



Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας & Τεχνολογίας Τροφίμων
Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας

Πτυχιακή Εργασία

«Ο Σχολικός Εκφοβισμός και Διατροφική Συμπεριφορά»

«Νικόλαος Αδαμίδης, Κουκάκης Μιχαήλ»

Επιβλέπων καθηγητής: «Αικατερίνη Χαρωνιτάκη»

ΣΗΤΕΙΑ, Μάιος, 2018



Technological Educational Institute of Crete
School of Agriculture, Food & Nutrition
Department of Nutrition & Dietetics

THESIS

SUBJECT: «School Bullying in Childhood Obesity»

EDITORS: «Nikolaos Adamidis, Koukakis Michael»

SUPERVISOR PROFESSOR: «Aikaterini Xaronitaki»

SITIA May , 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας, κα Χαρωνιτάκη Αικατερίνη, για την πολύτιμη βοήθεια της καθόλη τη διάρκεια εκπόνησης της. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας και τα αδέρφια μας για την υποστήριξη τους.

Περίληψη

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία ορίζεται ως ανώμαλη ή υπερβολική συσσώρευση λίπους που μπορούν να βλάψουν την υγεία. Η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος προκαλείται είτε από την κατανάλωση τροφίμων που είναι υψηλά σε ενέργεια και λίπος είτε από την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Η παιδική παχυσαρκία έχει αναδειχθεί ως ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο. Ο αυξανόμενος επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας έχει οδηγήσει στην εμφάνιση πολλαπλών σοβαρών προβλημάτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία, που όχι μόνο απειλούν την υγεία αυτών που επηρεάζουν αλλά επίσης οδηγούν τα παιδιά αυτά να συνεχίζουν να έχουν τα συγκεκριμένα προβλήματα και στο μέλλον. Παραδείγματος χάρη η παχυσαρκία σχετίζεται άμεσα με τον σχολικό εκφοβισμό. Ο σχολικός εκφοβισμός υπάρχει εδώ και πάρα πολλά χρόνια και εμφανίζεται στη δυτική λογοτεχνία για πάνω από 150 χρόνια-π.χ., Σήμερα, ο εκφοβισμός διαπερνά τον δημοφιλή πολιτισμό με τη μορφή της τηλεοπτικής πραγματικότητας των βίαιων βιντεοπαιχνιδιών και της ελεύθερης, καπιταλιστικής κοινωνία μας. Ο εκφοβισμός είναι η συστηματική κατάχρηση εξουσίας και ορίζεται ως η επιθετική συμπεριφορά ή εκ προθέσεως βλάβη από συναδέλφους η οποία εκτελείται επανειλημμένα και περιλαμβάνει μια ανισορροπία ισχύος, είτε πραγματική είτε αντιληπτή, μεταξύ του θύματος και του ατόμου που προκαλεί τον εκφοβισμό. Μπορεί να λάβει τη μορφή άμεσου εκφοβισμού, η οποία περιλαμβάνει φυσικές και λεκτικές πράξεις επιθετικότητας όπως το χτύπημα, η κλοπή, το παρατσούκλι, ή έμμεση εκφοβιστικότητα και χαρακτηρίζεται από τον κοινωνικό αποκλεισμό (π.χ. εσύ δεν μπορείς να παίξεις μαζί μας, δεν είσαι προσκεκλημένος κλπ) και τη φθορά φήμης. Πρόσφατες έρευνες υποδηλώνουν ότι το να είσαι υπέρβαρος ή παχύσαρκος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τον εκφοβισμό και τον εκφοβισμό από κάποιον συνομήλικό σου. Μεταξύ των παιδιών και των εφήβων που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι μπορεί να υπάρχει μια ορατή διαφορά που έχει ως αποτέλεσμα την υποβολή τους σε εκφοβισμό. Αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τα υπέρβαρα παιδιά και οι έφηβοι είναι συχνότερα στόχοι εκφοβισμού από τους συνηθισμένους συνομηλικούς τους και εκφοβίζονται πιο έντονα και εντατικά από όσους δεν είναι υπέρβαροι. Στην ερευνητική αυτή ανασκόπηση θα αναλύσουμε συγκεκριμένα τη σχέση μεταξύ της παιδικής παχυσαρκίας και του σχολικού εκφοβισμού τα οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους. Η διατροφική

συμπεριφορά ενός ατόμου μπορεί να αλλάξει κατά την βίωση της παχυσαρκίας και του εκφοβισμού ή και η ήδη υπάρχουσες διατροφικές συνήθειες μπορούν να οδηγήσουν στην παχυσαρκία και έπειτα στον στιγματισμό με βάση το βάρος. Συγκεκριμένα, τα υπέρβαρα / παχύσαρκα παιδιά μπορεί να γίνουν στόχοι εκφοβισμού συχνότερα από παιδιά με κανονικό βάρος αλλά επιπλέον λόγω της ψυχολογικής δυσφορίας που βιώνουν μπορεί επίσης να αντιληφθούν την εχθρότητα στις ουδέτερες αλληλεπιδράσεις και με αυτό τον τρόπο τα υπέρβαρα / παχύσαρκα άτομα μπορεί κατά συνέπεια να αναπτύξουν ψυχολογική δυσχέρεια και να μειώσουν τον εαυτό τους. Η πρόληψη του σχολικού εκφοβισμού χρειάζεται να μετατραπεί σε μια αναγκαία διαδικασία για να εξασφαλίσουμε τις καλύτερες συνθήκες διαβίωσης για τους νέους. Πολλοί ερευνητές, πρότειναν ότι με τη παρότρυνση των ενηλίκων, οι μαθητές θα πρέπει να εκπαιδεύονται για να αναλαμβάνουν δράση εναντίον του εκφοβισμού μέσω επίσημων βοηθητικών ρόλων ή ως σύμβουλοι των μαθητών.

Λέξεις – Κλειδιά

Παχυσαρκία, Εκφοβισμός, Διατροφή, Εκπαίδευση, Πρόληψη

Abstract

Overweight and obesity are defined as abnormal or excessive fat accumulation that may impair health. Obesity and overweight are caused by either eating high energy and fat foods or lack of physical activity. Childhood obesity has emerged as one of the most important public health problems around the world. The growing prevalence of childhood obesity has led to the appearance of many serious obesity-related problems that not only threaten the health of those who are affected, but also lead them to continue to experience specific problems in the future. For example, obesity is directly related to school bullying. School bullying has existed for many years and has been appearing in Western literature for more than 150 years, for example. Today, bullying permeates popular culture in the form of the television reality of violent video games and our free, capitalist society. Intimidation is the systematic misuse of power and is defined as aggressive behavior or deliberate harm by colleagues, which is repeated and involves an imbalance of power, whether real or perceived, between the victim and the person causing intimidation. It may take the form of direct intimidation involving physical and verbal aggressions such as hitting, theft, nicknaming, or indirect intimidation and characterized by social exclusion (eg you can not play with us, you are not invited, etc.) and the reputation of fame. Recent research suggests that being overweight or heavy is a risk factor for intimidation and intimidation by someone in your peer group. Among children and adolescents who are overweight or obese may there be a visible difference that results in their being intimidated. Several studies have found that overweight children and adolescents are more likely to be intimidated by their average peers and are more intimidated and intimidated than those who are not overweight. In this research review we will specifically analyze the relationship between childhood obesity and school bullying that are inextricably linked. A person's eating habits can change over the course of experiencing obesity and bullying, or even existing dietary habits can lead to obesity and then to weight-based stigmatization. In particular, overweight / obese children may become bullying targets more often than children of normal weight but also because of the psychological discomfort they experience may also perceive hostility in neutral interactions and thus overweight / obese individuals may develop psychological difficulty and reduce themselves. Preventing school bullying needs to be turned into a necessary

process to ensure the best living conditions for young people. Many researchers have suggested that by encouraging adults, students should be trained to take action against intimidation through official auxiliary roles or as counselors.

Keywords

Obesity, Intimidation, Nutrition, Nutrition, Education, Prevention

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	iv
Abstract.....	vi
Πίνακας Περιεχομένων.....	viii
Κατάλογος Πινακών	
Συνοτομογραφίες & Ακρωνύμια	
Εισαγωγή.....	1
Θεωρητικό Μέρος.....	3
Κεφάλαιο 1^ο «Παχυσαρκία».....	3
1.1 Παχυσαρκία & Υπερβάλλον Βάρος : Ορισμοί.....	3
1.2 Ορισμός δείκτης μάζας σώματος και καμπύλες ανάπτυξης.....	4
1.3 Επιδημιολογία Παχυσαρκίας.....	5
1.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στην Ανάπτυξης της Παχυσαρκίας.....	6
1.4.1 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	6
1.4.2 Γενετικοί Παράγοντες.....	7
1.4.3 Φυσική Δραστηριότητα.....	8
1.4.4 Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες.....	9
1.5 Πρόληψη Παιδικής Παχυσαρκίας.....	9
1.6 Θεραπεία Παιδικής Παχυσαρκίας.....	10
1.6.1 Ρόλος Σχολείου στη Θεραπεία της Παιδικής Παχυσαρκίας.....	12
1.6.2 Ρόλος Κοινωνίας στη Θεραπεία της Παιδικής Παχυσαρκίας.....	13
1.6.3 Ρόλος Διατροφής στην Θεραπεία της Παιδικής Παχυσαρκίας.....	13
1.6.4 Ρόλος Οικογενειακού Γεύματος στην Θεραπεία της Παιδικής Παχυσαρκίας.....	15
1.6.5 Συμπεριφορικές Τεχνικές ως θεραπεία της Παιδικής Παχυσαρκίας.....	15
1.6.6 Ρόλος Κατανάλωσης Γρήγορου Φαγητού από Εστιατόρια.....	17
1.7 Συνωδά Νοσήματα της Παιδικής Παχυσαρκίας.....	17
Κεφάλαιο 2^ο «Σχολικός Εκφοβισμός».....	20
2.1 Ορισμός Σχολικού Εκφοβισμού.....	20
2.2 Ιστορική Αναδρομή Σχολικού Εκφοβισμού.....	21
2.3 Πρόληψη Σχολικού Εκφοβισμού.....	26
2.4 Επιπτώσεις Σχολικού Εκφοβισμού στο θύμα/θύτη.....	30
2.5 Συνέπειες της θυματοποίησης σχετικά με το Βάρος στη Νεολαία.....	37
2.5.1 Συναισθηματικές Συνέπειες.....	37
2.5.2 Κοινωνικές και ακαδημαϊκές συνέπειες.....	38
2.5.3 Ψυχοκοινωνικές συνέπειες.....	39
2.5.3.1 Αυτοεκτίμηση.....	39
2.5.3.2 Κατάθλιψη.....	41
2.5.3.3 Δυσαρέσκεια Σώματος.....	43
2.5.3.4 Διαπροσωπικές Σχέσεις.....	45
2.5.3.5 Συμπεριφορές Αυτοκτονίας.....	46
2.5.3.6 Περιπτώσεις Σωματικής Υγείας.....	48
2.6 Εκπαιδευτικά Προγράμματα με βάση τον Εκφοβισμό.....	49
2.7 Κοινωνικό-Οικονομικό Μοντέλο Εκφοβισμού.....	50

2.8 Σχολικές Προσπάθειες για την Αντιμετώπιση του Σχολικού Εκφοβισμού.....	51
2.9 Συσχέτιση Σχολικού Εκφοβισμού και Παιδικής Παχυσαρκίας.....	53
2.9.1 Συσχέτιση της Εκπαίδευσης με τον Σχολικό Εκφοβισμό.....	54
2.9.2 Συσχέτιση της Νεολαίας με τον Σχολικό Εκφοβισμό.....	55
2.9.3 Συσχέτιση του Υπερβολικού Βάρους με τον Σχολικό Εκφοβισμό.....	57
2.9.4 Η φύση και η Έκταση του Στίγματος του Βάρους στα Παιδιά.....	59
2.9.5 Συσχέτιση του Σωματικού Βάρους και του Σχολικού Εκφοβισμού.....	60
2.10 Διαπροσωπικές Πηγές Στίγματος Βάρους.....	62
2.10.1 Συσχέτιση Συμμαθητών με το Στιγματισμό Βάρους τους Παιδιού.....	62
2.10.2 Συσχέτιση των Καθηγητών με το Στιγματισμό Βάρους του Παιδιού.....	64
2.10.3 Συσχέτιση των Γονέων με το Στιγματισμό του Βάρους του Παιδιού.....	66
Κεφάλαιο 3^ο «Μεθοδολογία».....	70
3.1 Σκοπός Έρευνας - Ερευνητικό ερώτημα.....	70
3.2 Επιλογή Μεθόδου - Δείγμα.....	70
3.3 Ερωτηματολόγια : Σχεδιασμός και Αξιοπιστία.....	70
3.4 Διαδικασία.....	73
3.5 Στατιστική Ανάλυση.....	73
3.6 Περιορισμοί Έρευνας.....	74
Κεφάλαιο 4^ο «Αποτελέσματα».....	75
4.1 Ερωτηματολόγιο Σχέσεων Συνομηλίκων (PRQ).....	75
4.2 Κλίμακα Διατροφικής Συμπεριφοράς (EAT-26).....	78
4.3 Ερωτηματολόγιο Σχολικού Εκφοβισμού (Olweus).....	83
4.4 Αξιοπιστία και Διαστάσεις Ερωτηματολογίων.....	91
4.5 Εξέταση Σχέσεων μεταξύ των Ερωτηματολογίων.....	93
Κεφάλαιο 5^ο «Συμπεράσματα».....	97
5.1 Συζήτηση.....	97
5.2 Συμπεράσματα.....	99
5.3 Πιθανές αδυναμίες μεθοδολογίας και προτάσεις για μελλοντική χρήση.....	101
Κεφάλαιο 6^ο «Βιβλιογραφία».....	103
Παράρτημα.....	142

Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων

Πίνακας 4.1.1 : Απαντήσεις για τις Σχέσεις Συνομηλίκων (PRQ).....	76
Πίνακας 4.2.1 : Απαντήσεις για την Διατροφική Συμπεριφορά (EAT-26).....	79
Πίνακας 4.2.2 : Απαντήσεις στα ερωτήματα της Συμπεριφοράς (EAT-26).....	82
Πίνακας 4.2.3 : Αθροιστική βαθμολογία και επιμέρους σκορ στην κλίμακα EAT-26.....	83
Πίνακας 4.3.1 : Απαντήσεις στα ερωτήματα 4 έως 13 για τον Σχολικό Εκφοβισμό (ως θύμα).....	84
Πίνακας 4.3.2 : Απαντήσεις στα ερωτήματα 26 έως 34 για τον Σχολικό Εκφοβισμό (ως θύτης).....	88
Πίνακας 4.4.1 : Αξιοπιστία και μέσοι όροι κλιμάκων και υποκλιμάκων της μελέτης.....	92
Πίνακας 4.4.2 : Συνολική κλίμακα Σχέσεων Συνομηλίκων (PRQ).....	93
Πίνακας 4.5.1 : Έλεγχοι κανονικότητας των δεδομένων των εργαλείων της μελέτης.....	94
Πίνακας 4.5.2 : Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των εργαλείων της μελέτης.....	95

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

Ακολουθούν κάποια παραδείγματα:

WHO : World Health Organization

BMI : Body Mass Index

PRQ : Peer Relationship Questionnaire

EAT-26 : Eating Attitudes Test

CDC : Center for Disease Control and Prevention

TD2M : Diabetes Mellitus 2

ΔΜΣ : Δείκτης Μάζας Σώματος

WT : Weight Teasing

Εισαγωγή

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία ορίζεται ως ανώμαλη ή υπερβολική συσσώρευση λίπους που μπορούν να βλάψουν την υγεία. (WHO, 2016)). Η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος προκαλείται είτε από την κατανάλωση τροφίμων που είναι υψηλά σε ενέργεια και λίπος είτε από την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. (WHO, 2016)

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 δεκαετιών, υπήρξε μια σημαντική αύξηση του επιπολασμού των υπέρβαρων και της παχυσαρκίας στα παιδιά σε όλο τον κόσμο. (Janssen, 2004) Η σημερινή νεολαία έχει να αντιμετωπίσει ένα σύνθετο και απαιτητικό κοινωνικό περιβάλλον που μπορεί να έχει επιβλαβείς συνέπειες για την εικόνα του σώματος τους και το σωματικό βάρος. Υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ του αυξημένου βάρους και του σχολικού εκφοβισμού αφού οι σχέσεις μεταξύ συμμαθητών στο σχολείο μπορεί να οδηγήσουν σε εκφοβισμό που σχετίζεται με το βάρος. (Puhl 2011;, Puhl, 2013 , Bucchianeri, 2013)

Εκφοβισμός ή θυματοποίηση ενός ατόμου σύμφωνα με τον Olweus, (Olweus 1993a,1996) θεωρείται όταν ένας μαθητής ή μαθήτρια εκφοβίζεται ή θυματοποιείται, όταν αυτός ή αυτή εκτίθεται, κατ 'επανάληψη και για μεγάλο χρονικό διάστημα, σε αρνητικές ενέργειες από την πλευρά ενός ή περισσότερων μαθητών. Ως αρνητική ενέργεια θεωρείται όταν κάποιος προκαλεί εκ προθέσεως, ή επιχειρεί να προκαλέσει, βλάβη ή δυσφορία πάνω στο άλλο άτομο σύμφωνα με τον ορισμό της επιθετικής συμπεριφοράς στις κοινωνικές επιστήμες. (Olweus, 1973b)

Υπάρχουν τρεις μορφές εκφοβισμού: φυσική (Συμπεριλαμβανομένων της σωματικής βίας, της κλοπής και καταστροφής της περιουσίας), λεκτική (π.χ. όπως ο χλευασμός, τα κακόβουλα πειράγματα και οι απειλές), και η ψυχολογική (Συμπεριλαμβανομένης της διάδοσης φημών, το χειρισμό κοινωνικών σχέσεων, τον αποκλεισμό από μια ομάδα συνομηλίκων, τους εκβιασμούς και εκφοβισμούς. (Blazer, 2005)

Όσον αφορά την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, υπάρχουν πολλοί μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν όπως το να δίνουν οι γονείς υγιή σνακ στα παιδιά, να μάθουν τα παιδιά μέσω των γονέων και του σχολείου τον υγιή τρόπο διατροφής, να

προωθηθεί η καθημερινή φυσική δραστηριότητα των παιδιών αλλά και να πραγματοποιούνται ενημερώσεις από εξειδικευμένους καθηγητές του σχολείου όχι απλά για το βάρος του παιδιού αλλά κυρίως για την βελτίωση της υγείας του. (American Academy of pediatrics 2003)

Ο εκφοβισμός μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ακαδημαϊκή, σωματική και συναισθηματική ζωή τόσο αυτών που προκαλούν τον εκφοβισμό όσο και στα θύματά τους, και τους παρευρισκομένους. Η συχνότητα εμφάνισης του εκφοβισμού στα σχολεία έχει αρνητικό αντίκτυπο σχετικά με την ευκαιρία των μαθητών να μάθουν σε ένα περιβάλλον που είναι ασφαλές και σίγουρο και πού αντιμετωπίζονται με σεβασμό (Blazer, 2005)

Όσον αφορά την αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού ανεξάρτητες έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική το 2014 και το 2015 και στην οποία πήραν μέρος οι γονείς οδήγησαν στο να προταθεί η λύση της δημιουργίας νόμων από την πολιτεία που να είναι ενάντια στον εκφοβισμό και ιδιαίτερα ενάντια στον εκφοβισμό που έχει σχέση με διάκριση του βάρους. (Puhl, Suh & Li 2016).

Σύμφωνα με μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Griffiths και συν., η παχυσαρκία είναι προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης του εκφοβισμού και στα αγόρια και στα κορίτσια. Τα προ-εφηβικά παχύσαρκα αγόρια και κορίτσια είναι πιο πιθανό να γίνουνθύματα εκφοβισμού επειδή αποκλίνουν από την ιδανική εμφάνιση. (Griffiths, Wolke, D., Page, & Horwood, 2006). Διάφορα στοιχεία δείχνουν ότι το να είσαι υπέρβαρος ή παχύσαρκος είναι ένα από τους πιο κοινούς λόγους όπου τα παιδιά ενοχλούνται ή εκφοβίζονται στο σχολείο και αυτό συμβαίνει περισσότερο από το να εκφοβίζονται εξαιτίας φυλής, θρησκείας ή κάποιας δυσμορφίας. (Krukowski, 2009) Σύμφωνα με μια έρευνα, τα υπέρβαρα παιδιά είναι πιο πιθανό να θυματοποιούνται από τους συμμαθητές, συχνά σε λεκτική μορφή και βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν μετέπειτα ψυχολογικά προβλήματα. (Sentenac, 2011). Επιπλέον, ο εκφοβισμός με βάση το βάρος σε υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά μπορεί να οδηγήσει όχι μόνο σε ακαδημαϊκή αποτυχία και απόρριψη από τους συμμαθητές (Puhl, 2009) Puhl, 2007) αλλά και σε αρνητικές συνέπειες για την υγεία όπως τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης τροφικών διαταραχών αλλά και έλλειψης φυσικής δραστηριότητας. (Puhl, 2015)

Θεωρητικό Μέρος

Κεφάλαιο 1^ο «Παχυσαρκία»

1.1 Παχυσαρκία & Υπερβάλλον βάρος : Ορισμοί

Η Παχυσαρκία ορίζεται ως η μη φυσιολογική ή η υπερβολική συσσώρευση λίπους η οποία ίσως βλάψει την υγεία. Συμβαίνει όταν η πρόσληψη ενέργειας (υπό μορφή τροφής) υπερβαίνει την κατανάλωση ενέργειας (υπό τη μορφή του μεταβολισμού εν ηρεμία συν την φυσική δραστηριότητα). Ο υπέρβαρος, από την άλλη πλευρά, έχει απλώς μεγαλύτερο βάρος από το φυσιολογικό για το ύψος του. (WHO, 2018). Η παιδική παχυσαρκία έχει αναδειχθεί ως ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο. (Ogden, 2014). Ο αυξανόμενος επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας έχει οδηγήσει στην εμφάνιση πολλαπλών σοβαρών προβλημάτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία, που όχι μόνο απειλούν την υγεία αυτών που επηρεάζουν αλλά επίσης οδηγούν τα παιδιά αυτά να συνεχίζουν να έχουν τα συγκεκριμένα προβλήματα και στο μέλλον. Επιπλέον η παιδική παχυσαρκία μπορεί να οδηγήσει και σε παχυσαρκία στους ενήλικες ιδιαίτερα σε αυτούς με σοβαρή παχυσαρκία ή με ένα ισχυρό οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας. (Whitaker , 1997).

1.2 Ορισμός Δείκτη Μάζας Σώματος & Καμπύλες ανάπτυξης

Ο δείκτης μάζας σώματος ορίζεται ως το βάρος ενός ατόμου σε κιλά διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους του σε μέτρα (kg / m^2). Το 1995 ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας αποδέχτηκε το δείκτη μάζα σώματος (BMI) ως την πιο κατάλληλη μέθοδο για την αξιολόγηση του μη υπέρβαρου και του υπέρβαρου πληθυσμού. (WHO, 2018).

Εξαιτίας της μη διαθεσιμότητας και του υψηλού κόστους των τεχνικών που μετράνε άμεσα το λίπος του σώματος, οι καμπύλες ανάπτυξης έχουν αποδειχθεί ως το αποδεκτό κλινικό πρότυπο μέτρησης, του να είσαι υπέρβαρος και παχύσαρκος σε παιδιά ηλικίας 2 χρονών η μεγαλύτερα. Γενικά οι καμπύλες ανάπτυξης παρέχουν μια λογική εκτίμηση του λιπώδους ιστού στον υγιή παιδιατρικό πληθυσμό. (Freedman, 2009).

Επιπλέον ο δείκτης μάζας σώματος ίσως υπερεκτιμά το λίπος στα παιδιά τα οποία είναι μικρά σε μέγεθος ή έχουν σχετικά υψηλή μυϊκή μάζα. Επιπλέον ίσως υποτιμούν την παχυσαρκία σε ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών τα οποία έχουν μειωμένη μυϊκή μάζα λόγω των χαμηλών επιπέδων φυσικής κατάστασης. (Javed, 2015). Ως εκ τούτου πρέπει να θεωρηθεί ότι ο δείκτης μάζας σώματος είναι ένα υποκατάστατο μέτρο της παχυσαρκίας και οι δυνατότητες του και τα όρια του θα πρέπει να εξετάζονται όταν χρησιμοποιούνται σε κλινικές έρευνες.

Για παιδιά μικρότερα από 2 ετών το βάρος προς το ύψος είναι το αποδεκτό μέτρο για τη μέτρηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας. Επιπλέον η περίμετρος μέσης και ο λόγος της μέσης προς τα ισχία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της κοιλιακής παχυσαρκίας λαμβάνοντας υπόψη ότι το πάχος των δερματοπτυχών είναι χρήσιμο ως δείκτης του λιπώδους ιστού. (Lee, 2006).

Το κέντρο ελέγχου και πρόληψης ασθενειών (CDC), προτείνει να χρησιμοποιούμε καμπύλες οι οποίες είναι βασισμένες στα πρότυπα τα οποία έχουν δημιουργηθεί από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (WHO), για τα νεογέννητα και για τα παιδιά τα οποία είναι νεότερα από 2 ετών. Επιπλέον, το κέντρο ελέγχου και πρόληψης ασθενειών προτείνει να χρησιμοποιούμε τις καμπύλες ανάπτυξης που έχουν δημιουργηθεί από τον ίδιο τον οργανισμό για τα παιδιά τα οποία είναι μεγαλύτερα από 2 ετών. (Kuczmarski, 2000).

Οι ακόλουθες επεξηγήσεις οι οποία βασίζονται στο (BMI) χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών και εφήβων ηλικίας 2-20 ετών :

- 1) Υπέρβαρος : ΔΜΣ ίσο η μεγαλύτερο από τα 85^ο εκατοστημόριο και λιγότερο από το 95^ο εκατοστημόριο για την ηλικία και το φύλο.
- 2) Παχυσαρκία : ΔΜΣ ίσο η μεγαλύτερο από το 95^ο εκατοστημόριο για την ηλικία και το φύλο.
- 3) Σοβαρή παχυσαρκία : ΔΜΣ ίσο η μεγαλύτερο από το 120 % του 95^{οο} εκατοστημορίου ή ΔΜΣ ίσο ή μεγαλύτερο από 35 kg/m². (Kelly, 2013)

1.3 Επιδημιολογία Παχυσαρκίας

Η παιδική παχυσαρκία, είναι ένα καλά διαδεδομένο πρόβλημα στην Ευρώπη. Παρόλαυτα, ενδοχωριακές και εξωχωριακές συγκρίσεις της επιδημιολογίας της παιδικής παχυσαρκίας μεταξύ χωρών, είναι δύσκολο να εκτιμηθούν εξαιτίας του μεγάλου αριθμού αξιολογήσεων και των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του αυξημένου βάρους και της παχυσαρκίας.

Κατά τα τελευταία 30 χρόνια, ο επιπολασμός του αυξημένου βάρους και της παχυσαρκίας στα παιδιά έχει αυξηθεί δραματικά στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες και σε ορισμένα μέρη της Αφρικής το πρόβλημα του αυξημένου βάρους έχει αντικαταστήσει την υποθρεψία (Martonelli, 2000).

Υπάρχουν ισχυρές εθνικές διαφορές όσον αφορά την επικράτηση της παιδική παχυσαρκίας. Περίπου το 30% των παιδιών στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα (Fox, 2003). Στην Ευρώπη, μια αναθεώρηση από 21 έρευνες υποδεικνύει γενικά χαμηλότερα επίπεδα αυξημένου βάρους μεταξύ των παιδιών από τις χώρες του Κεντρικού και Ανατολικού τμήματος της Ηπείρου σε σύγκριση με τις χώρες που περιβάλλουν τη Μεσόγειο (Lobstein, 2003).

Στην Ιταλία και την Ισπανία, πάνω από το 30% των παιδιών ηλικίας 7-11 ήταν παχύσαρκα ή υπέρβαρα, ενώ στη Δανία ή τη Τσεχική Δημοκρατία, η συχνότητα των

υπέρβαρων στην ίδια ηλικιακή ομάδα ήταν μόνο 12%. Στα παιδιά 14- 17 ετών, ο επιπολασμός των υπέρβαρων συμπεριλαμβανομένων της παχυσαρκίας ήταν μικρότερος από 22%, ανεξάρτητα από τη χώρα (Lobstein, 2003).

Όσον αφορά τη χώρα μας σύμφωνα με την επιδημιολογική έρευνα του κύριου τζορτζά και των συνεργάτων του παρουσιάστηκε ότι ο συνολικός επιπολασμός του να είσαι υπέρβαρος και παχύσαρκος σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών ήταν 31,2% στα αγόρια και 26,5% στα κορίτσια, ενώ ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ήταν 9,4% και 6,4% αντίστοιχα. Αυτή η επιδημία παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα είναι συγκρίσιμη με εκείνη που παρατηρείται σε άλλες μεσογειακές ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ισπανία, η Ιταλία, η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο και πλησιάζει τα ποσοστά που αναφέρθηκαν από τις ΗΠΑ, τουλάχιστον σε ορισμένες ηλικιακές κατηγορίες. (Tzortzas, 2011).

1.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας

Η παιδική παχυσαρκία οφείλεται σε μία αλληλεπίδραση ανάμεσα σε ένα περίπλοκο σύνολο σύστημα παραγόντων που σχετίζονται με το περιβάλλον, τα γενεαλογικά και οικολογικά αποτελέσματα όπως η οικογένεια, το σχολείο και η κοινωνία. (WHO, 2018)

1.4.1 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Οι αιτιολογικοί παράγοντες για την παιδική παχυσαρκία είναι πολύ πολύπλοκοι. Οι ψυχοκοινωνικές και οι συναισθηματικές δυστυχίες συνεισφέρουν στην πρόσληψη του εκτεταμένου βάρους στα παιδιά μέσω των διαφόρων ακατάλληλων στρατηγικών όπως ή αυξημένη κατανάλωση τροφής για να καταστείλουν τα αρνητικά συναισθήματα (Inclendon, 2011).

Έχει παρατηρηθεί ότι οι διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών ίσως σχετίζονται με το άγχος και την μελαγχολία (El-behadli, 2015). Οι αλλαγές στο περιβάλλον που

συμβάλλουν στην αυξημένη θερμιδική πρόσληψη συνοδεύονται από παράγοντες που προδιαθέτουν τη μείωση της θερμιδικής δαπάνης όπως τα χαμηλά επίπεδα φυσικής άσκησης και την αύξηση του χρόνου που δαπανούν τα παιδιά σε καθιστικές δραστηριότητες όπως η χρήση της τηλεόρασης, του κινητού και του υπολογιστή (Falbe, 2013).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 δεκαετιών, υπήρξε μια δραματική αλλαγή στον τρόπο ζωής που επηρέασε και την νέα γενιά. Τον περισσότερο χρόνο της καθημερινότητας τους τα παιδιά τον περνούσαν βλέποντας τηλεόραση ή παίζοντας παιχνίδια στον υπολογιστή αντί να βρίσκονται έξω και να παίζουν. Αυτή η συνήθεια σχετίζεται με την αντίληψη των γονέων ότι η γειτονιά δεν είναι ασφαλής και την απροθυμία τους να αφήσουν τα παιδιά τους να πάνε έξω να παίζουν (Lumeng, 2006).

Η παρακολούθηση τηλεόρασης σχετίζεται άμεσα με την παιδική παχυσαρκία όχι μόνο εξαιτίας της αδράνειας αλλά και λόγω των διαφημίσεων του ενεργειακά πυκνού φαγητού (Kaur, 2003). Κάποιες έρευνες αποδεικνύουν ότι οι επιλογές των παιδιών όσον αφορά το φαγητό μπορούν να επηρεαστούν επίσης από την έκθεση τους για 30 δευτερόλεπτα στις διαφημίσεις της τηλεόρασης.

Το γρήγορο φαγητό διαφημίζεται στα παιδιά μέσω των παιχνιδιών και των κοινωνικών εκδηλώσεων (Wilson, 1999). Επιπλέον πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της παιδικής παχυσαρκίας διαδραματίζει το σχολικό περιβάλλον αφού τα παιδιά βρίσκονται στο συγκεκριμένο περιβάλλον πολλές ώρες κατά τη διάρκεια της ημέρας κατά την οποία έχουν και τη μεγαλύτερη ενεργειακή δαπάνη (Heelan, 2015).

1.4.2 Γενετικοί Παράγοντες

Τα γονίδια μπορεί να διαδραματίσουν ανεκτικό ρόλο στην αποθήκευση λίπους σε συνδυασμό με τον καθιστικό τρόπο ζωής και την πυκνή σε ενέργεια διατροφή. Στην περίπτωση όπου ο πατέρας και η μητέρα είναι παχύσαρκοι, αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος του να είναι τα παιδιά τους υπέρβαρα καθώς και τη διατήρηση της αυξημένης λιπώδους μάζας του σώματος στην ενήλικη ζωή. Η παιδική παχυσαρκία επίσης σχετίζεται με τη χαμηλή οικογενειακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Reilly, 2005). Επιπλέον, οι

γονείς συνήθως δεν αντιλαμβάνονται ότι τα παιδιά τους είναι υπέρβαρα ή δεν θεωρούν την παχυσαρκία ως παράγοντα κίνδυνου που μπορεί να επηρεάσει την υγεία (Carnell, 2005).

1.4.3 Φυσική Δραστηριότητα

Ένας τρόπος ζωής που χαρακτηρίζεται από έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και υπερβολικής αδράνειας μπορεί να προκαλέσει παχυσαρκία στα παιδιά. Σύμφωνα με μια αντιπροσωπευτική μελέτη διατομής στην Αμερική τα παιδιά που ασχολούνται λιγότερο με έντονη σωματική δραστηριότητα ή που παρακολουθούσαν για πολλές ώρες τηλεόραση έτειναν στον να γίνουν πιο εύκολα υπέρβαρα (Andersen, 1998).

Η επίδραση των τηλεοπτικών εκπομπών σχετικά με τον κίνδυνο της παχυσαρκίας έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Αυτό συμβαίνει διότι η προβολή της τηλεόρασης θεωρείται ότι προωθεί την αύξηση του σωματικού βάρους όχι μόνο με την αντικατάσταση της φυσικής δραστηριότητας αλλά και με την αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης (Robinson, 1998 & Epstein, 2002). Πολλά παιδιά φαίνεται ότι καταναλώνουν παθητικά τρόφιμα με υψηλή ενεργειακή πυκνότητα ενώ παρακολουθούν τηλεόραση. Επιπλέον οι τηλεοπτικές διαφημίσεις μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τα διατροφικά πρότυπα των παιδιών. Παραδείγματος χάριν, πολλά παιδιά τα οποία βρίσκονται στην Αμερική και στην Βρετανία εκτίθενται καθημερινά σε 10 διαφορετικές διαφημίσεις τροφίμων την ώρα, οι περισσότερες από τις οποίες σχετίζονται με το γρήγορο φαγητό, τα αναψυκτικά, τα γλυκά και τα δημητριακά τα οποία περιέχουν ζάχαρη (Kotz, 1994 & Lewis, 1998).

Η έκθεση των παιδιών σε διαφημίσεις των 30 δευτερολέπτων αυξάνει την πιθανότητα τα παιδιά ηλικίας 3-5 ετών να επιλέξουν αργότερα τα τρόφιμα τα οποία έχουν διαφημιστεί όταν τους δίνεται η επιλογή του τροφίμου που επιθυμούν να καταναλώσουν (Borzekowski, 2001).

Επιπλέον, η παρακολούθηση της τηλεόρασης κατά τη διάρκεια του γεύματος είναι αντιστρόφως ανάλογη με την κατανάλωση τροφίμων που δεν διαφημίζονται όπως φρούτα και λαχανικά (Coon, 2001). Σύμφωνα με μια πειραματική μελέτη που έγινε από τον Robinson (1999), η παχυσαρκία αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια ενός ακαδημαϊκού

έτους στα παιδιά σε ένα σχολείο που ελεγχόταν και στο οποίο τα παιδιά συνέχισαν να παρακολουθούν τηλεόραση χωρίς να αλλάξουν τις συνήθειες σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου ενός σχολείου στο οποίο μειώθηκε η προβολή τηλεόρασης κατά 40 % (Robinson, 1999).

1.4.4 Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής όπως και σε άλλες χώρες η παχυσαρκία επηρεάζει τα άτομα με περιορισμένους οικονομικούς πόρους. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση επίσης συνδέεται με άλλους παράγοντες στους οποίους περιλαμβάνονται το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, ο αριθμός των γονέων στο σπίτι, η εθνικότητα και η αστική και γεωγραφική θέση. Ο κίνδυνος του να εξελιχθεί ένας άνθρωπος με χαμηλή οικονομική κατάσταση σε υπέρβαρο ή παχύσαρκο συνεχίζεται και αυξάνεται. Παραδείγματος χάριν, ένας άπορος έφηβος είναι πιο πιθανό να παραμείνει υπέρβαρος σε σχέση με έναν συνομήλικό του με καλύτερη οικονομική κατάσταση. (Centers for Disease Control and Prevention, 2010).

1.5 Πρόληψη Παιδικής Παχυσαρκίας

Η πρόληψη ιδιαίτερα στους νέους θεωρείται ως η καλύτερη προσέγγιση για την αποφυγή της αύξησης της παχυσαρκίας σε παγκόσμιο επίπεδο. Όμως μέχρι σήμερα υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία σχετικά με τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους για την πρόληψη της παχυσαρκίας στα παιδιά. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με τον μικρό μέγεθος δείγματος για το αναμενόμενο μέγεθος τις επίδρασης και με τη ανεπάρκεια στη διάρκεια της παρακολούθησης, σε πολλές μελέτες πρόληψης (Summerbell, 2005).

Δοκιμές που έγιναν στο παρελθόν οι οποίες παρενέβησαν στην πρόληψη μπορεί επίσης να έχουν αποτύχει στο να δείξουν αξιοσημείωτες επιπτώσεις κατά κάποιες περιπτώσεις επειδή απέτυχαν στο να αντιμετωπίσουν επαρκώς το ενεργειακό κενό (Hill,

2003), το οποίο χωρίζει τα παιδιά που παραμένουν αδύνατα από αυτά που βάζουν κιλά σε όλη την παιδική ηλικία.

Όσον αφορά την οικογενειακή πρόληψη, τα δυο σημαντικότερα μέτρα για την πρόληψη είναι η ενθάρρυνση των γονέων να προσφέρουν κατάλληλες μερίδες τροφίμων αλλά και να ενισχύουν την φυσική δραστηριότητα και να ελαχιστοποιήσουν την καθιστική ζωή (Hawkins, 2009). Ακόμη, όσον αφορά την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας μέσω του σχολείου τα περισσότερα προγράμματα πρόληψης περιλαμβάνουν την αλλαγή του θερμιδικού περιεχομένου των σχολικών περιεχομένων των σχολικών γευμάτων και αύξηση της σωματικής τους δραστηριότητας.

Ενας τομέας πολυσυζητημένος στις ΗΠΑ περιλαμβάνει την απομάκρυνση των μηχανημάτων αυτόματης πώλησης από τα σχολεία για να περιορίσει τη διαθεσιμότητα των τροφών πλούσια σε θερμίδες (Nielsen, 2002). Ακόμα και τα αρχιτεκτονικά σχέδια ενός σχολείου μπορεί να επιβάλλουν την αύξηση ενεργειακής δαπάνης με ένα πολυώροφο κτίριο με σκάλες ή κάποια ράμπα ώστε να ανεβαίνουν στον πάνω όροφο (Jouret, 2009).

1.6 Θεραπεία Παιδικής Παχυσαρκίας

Η επιστημονική επιτροπή αξιολόγησης, πρόληψης και θεραπείας του αυξημένου βάρους και της παχυσαρκίας στα παιδιά συνιστά μια σταδιακή προσέγγιση για τη διαχείριση του βάρους στα παιδιά (Spear, 2007). Η συγκεκριμένη προσέγγιση περιλαμβάνει 4 στάδια.

Το πρώτο στάδιο (Πρόληψη Plus) περιλαμβάνει ειδικές διατροφικές συστάσεις και συστάσεις για τη φυσική δραστηριότητα, όπως η ενθάρρυνση κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και ο περιορισμός των καθιστικών δραστηριοτήτων όπως η τηλεόραση, τα βιντεοπαιχνίδια, ή ακόμα και η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών.

Αν δεν υπάρχει βελτίωση στον ΔΜΣ σε 3 έως 6 μήνες, το στάδιο 2 (Δομημένη Διαχείριση βάρους) θα πρέπει να εφαρμοστεί. Αυτό το στάδιο περιλαμβάνει συστάσεις για μια χαμηλή πυκνή ενεργειακά ισορροπημένη διατροφή, δομημένα γεύματα, εποπτευόμενη σωματική δραστηριότητα τουλάχιστον 60 λεπτών την ημέρα, 1 ώρα ή

λιγότερο χρήση της τηλεόρασης και αυτό – παρακολούθηση της προσπάθειας του παιδιού μέσω της καταγραφής της κατανάλωσης των τροφίμων αλλά και της εκτέλεσης φυσικής δραστηριότητας. Η παραπομπή σε διαιτολόγους είναι απαραίτητη για αυτό το στάδιο. Μηνιαία επαφή συνιστάται και θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη με τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας.

Προαγωγή στο επόμενο στάδιο (στάδιο 3, Περιεκτική Διεπιστημονική Παρέμβαση) συνιστάται ανάλογα με τα αποτελέσματα της θεραπείας στο στάδιο 2, ανάλογα την ηλικία, τους κινδύνους για την υγεία, και τα κίνητρα που έχει ο ασθενής και η οικογένεια του. Το Στάδιο 3 χαρακτηρίζεται από πιο συχνή επαφή του τον ασθενή με τον ειδικό και την και πιο ενεργή χρήση των στρατηγικών συμπεριφοράς και παρακολούθησης. Εβδομαδιαίες επισκέψεις για τις πρώτες 8 έως 12 εβδομάδες, ακολουθούμενη από μηνιαίες επαφές, συνιστώνται ως πιο αποτελεσματικό μέτρο. Τέλος συνιστάται μέτρια ως ισχυρή γονική συμμετοχή για τα παιδιά κάτω των 12 ετών. Το στάδιο αυτό απαιτεί μια διεπιστημονική ομάδα με τεχνογνωσία στην παιδική παχυσαρκία, συμπεριλαμβανομένου ενός συμβούλου συμπεριφοράς (π.χ., κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, και εκπαιδευμένη νοσοκόμα), διαιτολόγο, και ειδικό άσκησης. Τα γραφεία πρωταρχικής φροντίδας με διαιτολόγους και τους συμβούλους της συμπεριφοράς μπορούν να προσφέρουν αυτές τις υπηρεσίες μαζί με τους εταίρους της κοινότητας όπως τα προγράμματα δημόσιας υγείας και τα τοπικά σχολεία.

Παιδιά με ανεπαρκή ανταπόκριση στη θεραπεία του σταδίου 3, οι κίνδυνοι για την υγεία και η θέληση του παιδιού θα πρέπει να προσδιοριστούν για το στάδιο 4 (Τριτοβάθμια Παρέμβαση Φροντίδας). Αυτό το στάδιο συνήθως περιλαμβάνει τη χρήση της αντικατάστασης γεύματος, χαμηλές σε ενέργεια δίαιτες, φάρμακα, ή / και χειρουργική επέμβαση. Το Στάδιο 4 απαιτεί μια διεπιστημονική ομάδα με εμπειρία στην παιδική παχυσαρκία σε ένα παιδιατρικό κέντρο διαχείρισης βάρους που έχει συγκεκριμένα κλινικά και ερευνητικά πρωτόκολλα για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και των κινδύνων (Spear, 2007).

1.6.1 Ρόλος Σχολείου στην Θεραπεία της Παιδικής Παχυσαρκίας

Αρχικά, το σχολείο παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ζωή των παιδιών επειδή τα παιδιά περνάνε τον περισσότερο χρόνο τους στο σχολείο. Υπάρχουν παρά πολλές στρατηγικές παρέμβασης βασισμένες στο σχολείο, οι οποίες βασίζονται είτε στη διατροφή είτε στη διατήρηση του βάρους μέσω της φυσικής άσκησης είτε βασίζονται μαζί και στη διατροφή και στη φυσική άσκηση για την επίτευξη του στόχου του βάρους των παιδιών (Hutchinson, 2010).

Το σχολείο μπορεί να ενθαρρύνει τα παιδιά να επιλέγουν υγιεινά τρόφιμα όπως το να μειώνουν την πρόσληψη υδατανθρακικών ροφημάτων η τροφίμων που περιέχουν ζάχαρη. Μπορεί να ενθαρρύνει τα παιδιά να πίνουν υγιεινούς φυσικούς χυμούς, νερό, να τρώνε λαχανικά και φρούτα. Επιπλέον το σχολείο μπορεί να παρέχει γεύματα με υγιεινά τρόφιμα τα οποία να είναι βασισμένα σε μια ισορροπημένη διατροφή (Rahman, 2011).

Επίσης το σχολείο μπορεί να εμπλέξει τα παιδιά στη φυσική δραστηριότητα με στρατηγικές όπως το να αυξήσει τη διάρκεια της γυμναστικής ή το να παρέχει μέτρια έως δυνατή άσκηση για μικρά χρονικά διαστήματα. Άλλη μια στρατηγική είναι το να ενθαρρύνει τα παιδιά να περπατάτε η να χρησιμοποιούν τις σκάλες αντί τα χρησιμοποιούν τον ανελκυστήρα. Επιπλέον το σχολείο μπορεί να ενθαρρύνει τα παιδιά να συμμετέχουν σε διάφορες φυσικές δραστηριότητες όπως διάφορα παιχνίδια ή ομάδες χορού χωρίς να υπάρχει ο ανταγωνισμός.

Τέλος, ένα πολύ σημαντικό είδος παρέμβασης του σχολείου είναι να προωθήσει προγράμματα μαζί με τη βοήθεια της κοινωνίας στα οποία τα παιδιά θα μαθαίνουν πως μπορούν να διατηρήσουν το βάρος τους μακροπρόθεσμα αλλά και πώς να γυμνάζονται (Hutchinson, 2010).

1.6.2 Ρόλος Κοινωνίας στην Θεραπεία της Παιδικής Παχυσαρκίας

Η κοινωνική στήριξη είναι πολύτιμη για την υλοποίηση παρεμβάσεων και τη διοργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων όπως εκθέσεις προώθησης υγιεινών τροφίμων οι οποίες προσδίδουν υγιή μηνύματα και εκπαιδεύουν και ενθαρρύνουν τους πολίτες να υιοθετήσουν ένα υγιεινό τρόπο ζωής. Η κοινωνία μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να επιλέξουν οικονομικά προσιτές και προσβάσιμες επιλογές τροφίμων αλλά και να ενθαρρύνει την υγιεινή διατροφή (Economos , 2007).

Οι κοινωνικές οργανώσεις μαζί με τους γονείς μπορούν να προωθήσουν την διατροφή και τη σωματική άσκηση βάσει διαφόρων δραστηριοτήτων για τα παιδιά. Επιπλέον, η κοινωνία μπορεί να προσπαθήσει να μετατρέψει την γειτονιά σε ασφαλή και προσιτή για τα παιδιά έτσι ώστε να τα παρακινήσει να αυξήσουν τη φυσική δραστηριότητα. Μπορεί να δημιουργήσει παιδικές χαρές, γυμναστήρια , ποδηλατοδρόμους έτσι ώστε να μειωθεί ο χρόνος παρακολούθησης τηλεόρασης στο σπίτι. Ως εκ τούτου, η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας μέσω των υγιών προγραμμάτων που προσφέρει είναι σημαντική για την μείωση της παιδικής παχυσαρκίας. (Tucker , 2006)

1.6.3 Ρόλος Διατροφής στην Θεραπεία της Παιδικής Παχυσαρκίας

Τις τελευταίες δεκαετίες, μεγάλος αριθμός ανθρώπων έχουν την δυνατότητα να προμηθευτούν φαγητό διότι η αξία των τροφίμων έχει μειωθεί σημαντικά σε σχέση με το εισόδημα ενώ και η έννοια των τροφίμων έχει μετατραπεί από το μέσο διατροφής σε δείκτη του τρόπου ζωής και πηγή ευχαρίστησης. Σαφώς και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας δεν είναι πιθανό να αντισταθμίσει μια πλούσια σε ενέργεια, κακή διατροφή.

Αρχικά , η συνολική ενεργειακή πρόσληψη είναι δύσκολο να μετρηθεί με ακρίβεια σε επίπεδο εθνικού πληθυσμού. Ωστόσο μια μικρή θερμιδική ανισορροπία αρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα για να οδηγήσει σε παχυσαρκία (Styne, 2005). Όσον αφορά την

αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας, ενώ για πολλά χρόνια έχει υποστηριχτεί ότι αυτή η αύξηση οφείλεται στην υψηλή πρόσληψη λίπους, διάφορες μελέτες έχουν καταλήξει σε αντιφατικά αποτελέσματα. Παρά το γεγονός ότι το λίπος που καταναλώνεται σε παραπάνω ποσότητα οδηγεί σε παχυσαρκία, δεν υπάρχουν αρκετά ισχυρές ενδείξεις ότι η πρόσληψη λίπους είναι ο κύριος λόγος για την ανοδική τάση της παιδικής παχυσαρκίας (Faroogi, 2000).

Όσον αφορά την διατροφική συμπεριφορά, παρατηρήθηκε ότι η κατανάλωση μικρότερου αριθμού γευμάτων την ημέρα από παιδιά σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας (Koletzko, 2010) Αρχικά το πρωινό θεωρείται το πρώτο γεύμα της ημέρα και το πιο σημαντικό. Η παράληψη του πρωινού έχει προταθεί ως ένας παράγοντας κινδύνου για την παχυσαρκία. Μια συστηματική έρευνα ανακάλυψε ότι παρόλο που οι καταναλωτές πρωινού καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες την ημέρα, εκείνοι θεωρούνταν πιο δύσκολο να γίνουν υπέρβαροι (Moreno, 2010). Σε μια πρόσφατη συστηματική έρευνα (Rampersaud, 2005) η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ευρώπη, παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά τα οποία καταναλώνουν πρωινό έχουν λιγότερο κίνδυνο να γίνουν υπέρβαρα η παχύσαρκα ενώ έχουν και λιγότερο δείκτη μάζα σώματος από αυτά που δεν καταναλώνουν πρωινό (Szajewska, 2010).

Τα παιδιά τα οποία δεν καταναλώνουν πρωινό βρέθηκαν να καταναλώνουν μεγαλύτερη ενέργεια από λίπος (Nicklas, 2000) και σνακ τα οποία είναι υψηλά σε λίπος (Resnicow, 1991). Η παράλειψη του πρωινού μπορεί να ακολουθηθεί από την αυξημένη όρεξη αργότερα μέσα στην ημέρα, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην υπερκατανάλωση ή στην επιλογή τροφίμων με την υψηλότερη ενεργειακή πυκνότητα η οποία οδηγεί σε μεγαλύτερη συνολική πρόσληψη. Εναλλακτικά, όταν ένας άνθρωπος ακολουθεί μια διατροφή με τρόφιμα με υψηλή ενεργειακή πυκνότητα, η κατανάλωση του πρωινού μπορεί να του ενισχύσει την ικανότητα του να συμμετέχει σε τακτική σωματική δραστηριότητα. (Wyatt, 2002)

1.6.4 Ρόλος Οικογενειακού Γεύματος στην Θεραπεία της Παιδικής Παχυσαρκίας

Η κατανάλωση οικογενειακού γεύματος έχει συνδεθεί με υγιή διατροφή πρόσληψη. Τα οικογενειακά γεύματα μπορούν ως εκ τούτου να έχουν σημασία για την πρόληψη και την διόρθωση της παιδικής παχυσαρκίας (Gillman, 2000). Η τακτική των οικογενειακών γευμάτων δίνουν την δυνατότητα στους γονείς να παρέχουν στα παιδιά τους θρεπτικό και υγιεινό φαγητό, να μπορούν να παρακολουθούν και να επιβλέπουν τα είδη των τροφίμων τα οποία τα παιδιά τους καταναλώνουν κάθε μέρα αλλά και να λειτουργούν οι ίδιοι ως πρότυπα για την ανάπτυξη υγιής διατροφικής συμπεριφοράς (Pearson, 2009)

1.6.5 Συμπεριφορικές Τεχνικές ως Θεραπεία της Παιδικής Παχυσαρκίας

Οι στρατηγικές για την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών σε μια μειωμένη θερμιδική πρόσληψη βασίζονται στις αρχές της συμπεριφοράς με το κοινωνικό γνωστικό μοντέλο του Bandura ως το πιο ευρύτερα χρησιμοποιημένο. Το συγκεκριμένο μοντέλο είναι βασισμένο στην ιδέα ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής επιτυγχάνονται μέσω των εκ προθέσεως συμπεριφορών όπως η αυτο-παρακολούθηση, ο καθορισμός διαφόρων στόχων και η επιβράβευση της επιτυχημένης αλλαγής.

Μια ευρέως υιοθετημένη προσέγγιση η οποία χρησιμοποιείται στα παιδιά είναι το σύστημα "φώτα οδικής κυκλοφορίας" (traffic lights) που αναπτύχθηκε από τους Epstein και τους συνεργάτες τους (Epstein, 1990). Η traffic light diet είναι μια χρήσιμη μέθοδος διατροφικής συμβουλής για τα παχύσαρκα παιδιά. Είναι μια απλή και εύκολη μέθοδος κατανόησης. Η συγκεκριμένη μέθοδος αποτελείται από τρόφιμα τα οποία αντιπροσωπεύουν το πράσινο, το κίτρινο και το κόκκινο φως.

Τα τρόφιμα τα οποία ανήκουν στο πράσινο φως είναι χαμηλά σε θερμίδες, έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες και χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και είναι πυκνά σε θρεπτικά συστατικά. Τα φρούτα και τα λαχανικά αντιπροσωπεύουν το πράσινο φως. Η πρόσληψη τροφίμων που ανήκουν στην κατηγορία των τροφίμων με πράσινο φως είναι απεριόριστη. Το κίτρινο φως αντιπροσωπεύει τα τρόφιμα τα οποία έχουν υψηλή

ενεργειακή πυκνότητα και περιέχουν πιο πολλές θερμίδες και πιο μεγάλο ποσοστό λίπους. Στα τρόφιμα με κίτρινο φως ανήκουν τα κρέατα με μειωμένη περιεκτικότητα λίπους, τα γαλακτοκομικά, το άμυλο και τα σιτηρά. Η πρόσληψη τροφίμων που αντιπροσωπεύουν το κίτρινο φως πρέπει να είναι σε κατάλληλη ποσότητα για ένα παιδί. Το κόκκινο φως αντιπροσωπεύει τρόφιμα τα οποία είναι σε υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες, ζάχαρη και λίπος. Τα τρόφιμα αυτά περιλαμβάνουν λιπαρά κρέατα, ζάχαρη, ποτά πρόσθετης ζάχαρης και τηγανητά γεύματα. Η λήψη τροφίμων τα οποία ανήκουν στο κόκκινο φως πρέπει να είναι σπάνια ή να αποφεύγεται. (Gahagan, 2011)

Η συνέντευξη κινητοποίησης έχει πρόσφατα υποστηριχθεί ως μια ιδιαίτερα χρήσιμη τεχνική για εκείνους που μπορεί να μην αισθάνονται έτοιμοι για αλλαγή (Miller, 2002). Η συγκεκριμένη προσέγγιση στηρίζεται στην ενσυναισθητική κατανόηση του θεραπευτή η οποία περιλαμβάνει την αντανάκλαστική ακρόαση, την κοινή λήψη αποφάσεων και τη ρύθμιση της ατζέντας (Resnicow, 2006). Μια πρόσφατη κατευθυντήρια γραμμή από το American Heart Association συνιστά την συνέντευξη κινητοποίησης για την επίτευξη της διαχείρισης του βάρους (Daniels, 2009).

Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης έναντι άλλων συμπεριφορικών προσεγγίσεων δεν είναι γνωστή. Επιπλέον, Η συνέντευξη κινητοποίησης είναι μια εκπαιδευτική μέθοδος που χρησιμοποιεί μια στοχοθετημένη προσέγγιση, η οποία μπορεί να ξεπεράσει την πρόκληση της συμμόρφωσης των ασθενών και των συγκρούσεων μεταξύ του ασθενούς και του συμβούλου για την προώθηση της αλλαγής.

Η συνέντευξη κινητοποίησης ιδρύθηκε αρχικά για την αποκατάσταση των ναρκωτικών. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η συνέντευξη κινητοποίησης είναι επίσης αποτελεσματική στην αλλαγή συμπεριφοράς σε μια σειρά άλλων προβλημάτων υγείας. Επίσης, η συνέντευξη κινητοποίησης είναι αποτελεσματική όσον αφορά την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας αλλά και για την αλλαγής της διατροφικής συνήθειας έτσι ώστε να προκαλέσει απώλεια βάρους στους ασθενείς που είναι υπέρβαροι/ παχύσαρκοι. (Burke, 2004). Η συνέντευξη κινητοποίησης μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή του οικογενειακού τρόπου ζωής και των διατροφικών συνηθειών που είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία στην αντιμετώπιση του υπερβολικού βάρους ή της παχυσαρκίας των παιδιών. Ο επαγγελματίας ο οποίος καθοδηγεί την συνέντευξη κινητοποίησης διεγείρει την

οικογένεια να εκφράσει τους δικούς της λόγους υπέρ και εναντίον της αλλαγής της προβληματικής συμπεριφοράς και να προβληματιστεί για τις ασυνέπειες ή το χάσμα μεταξύ των μελλοντικών στόχων και της τρέχουσας συμπεριφοράς. (Kirk, 2005).

1.6.6 Ρόλος Κατανάλωσης Φαγητού από Εστιατόρια Γρήγορου Φαγητού

Η αύξηση της κατανάλωσης φαγητού στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες ίσως έχει ιδιαίτερη σχέση με την επιδημία της παιδικής παχυσαρκίας. Ποιοτικά χαρακτηριστικά των γρήγορων τροφίμων περιλαμβάνουν το μεγάλο μέγεθος της μερίδας, την υψηλή ενεργειακή πυκνότητα του τροφίμου, την υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα και τρανς λιπαρά, την χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος, το υψηλό γλυκαιμικό φορτίο αλλά και την γευστικότητα η οποία μπορεί να προκαλέσει την υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους (French, 2001). Τα συγκεκριμένα διατροφικά χαρακτηριστικά μπορούν να επηρεάσουν τον κίνδυνο των καρδιαγγειακών νόσων αλλά και του διαβήτη. Σύμφωνα με μια έρευνα κοορτής του Tavera και άλλων ερευνητών (2005), η υψηλή κατανάλωση τηγανητών τροφίμων μακριά από το σπίτι συνδέθηκε με την αύξηση του Δείκτη μάζας σώματος σε σύγκριση με χαμηλή κατανάλωση (Taveras et al, 2005). Σύμφωνα λοιπόν με πολλές αναθεωρημένες μελέτες μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι η αύξηση της κατανάλωσης των τροφίμων από εστιατόρια γρήγορου φαγητού συνδέεται με την αύξηση του βάρους.

1.7 Συνωδά Νοσήματα της Παιδικής Παχυσαρκίας

Η παιδική παχυσαρκία συνδέεται με συνωδά νοσήματα που επηρεάζουν σχεδόν κάθε σύστημα του σώματος συμπεριλαμβανομένων, αλλά όχι περιοριστικά, το ενδοκρινικό, το γαστρεντερικό, τους πνεύμονες, τα καρδιαγγειακά και το μυοσκελετικό σύστημα. Πολλά από τα συνωδά νοσήματα που εμφανίστηκαν κατά τη νεανική ζωή με τη παχυσαρκία, συμπεριλαμβανομένου του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (T2DM), της δυσλιπιδαιμίας, την αποφρακτική άπνοια ύπνου (OSA), και τη στεατοηπατίτιδα,

θεωρούνταν προηγουμένως ασθένειες «ενηλίκων». Η σοβαρότητα αυτών των συνοδών νοσημάτων αυξάνεται τυπικά με τη σοβαρότητα της παχυσαρκίας (Skinner, 2015).

Όσον αφορά τα καρδιομεταβολικά και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα παιδιά με παχυσαρκία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο της υπερινσουλιναϊμίας, αντίσταση στην ινσουλίνη, προδιαβήτη, και ακολούθως σακχαρώδη διαβήτη 2 (Healthy Study Group, 2009; Pinhas-Hamiel, 1996; Molnar, 2004).

Ο επιπολασμός του προδιαβήτη και του σακχαρώδη διαβήτη 2 (T2DM) ποικίλλει ανάλογα με τη σοβαρότητα της παχυσαρκίας, τη φυλή, την εθνικότητα και την ηλικία του παιδιού. Αυτοί που παρουσιάζουν σακχαρώδη διαβήτη 2 (T2DM) κατά τη διάρκεια της εφηβείας φαίνεται να έχουν ταχύτερη επιδείνωση του γλυκαιμικού ελέγχου και της εξέλιξης των επιπλοκών σχετιζόμενων με το διαβήτη, όπως η μικρολευκωματινουρία, η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση σε σύγκριση με εκείνους οι οποίοι παρουσιάζουν την διαταραχή στη μετέπειτα ζωή τους (Copeland, 2011λ; Today Study Group, 2013).

Τα παιδιά με παχυσαρκία επίσης έχουν υψηλό επιπολασμό και άλλων καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου στους οποίους περιλαμβάνονται η αυξημένη αρτηριακή πίεση (Soroff, 2002; Friedemann, 2012), τα χαμηλά επίπεδα λιποπρωτεΐνης, η υψηλή πυκνότητα χοληστερόλης, και τα αυξημένα επίπεδα των τριγλυκεριδίων (Weiss, 2004; Calcaterra, 2008).

Τα υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα περιλαμβάνουν την υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, τη αύξηση της αριστερής κοιλίας και της αριστερής κοιλιακής διαμέτρου, και τη συστολική και διαστολική δυσλειτουργία (Crowley, 2011; & Clinali, 2006). Παιδιά τα οποία χαρακτηρίζονταν από υψηλό δείκτη δείκτη μάζας σώματος (BMI) κατά την παιδική ηλικία έχουν επίσης συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο θανατηφόρων και μη θανατηφόρων καρδιαγγειακών επεισοδίων κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους είτε είναι άνδρες είτε γυναίκες, αν και αυτό μπορεί να διαμεσολαβείται εν μέρει από την ένωση μεταξύ παιδικής παχυσαρκίας και της ενήλικης παχυσαρκίας (Baker, 2007).

Όσον αφορά τα πνευμονικά νοσήματα, τα παιδιά με παχυσαρκία έχουν σημαντικά υψηλότερη επικράτηση της αποφρακτική άπνοια ύπνου (OSA) από ότι τα παιδιά με υγιές βάρος (Spilsbury , 2015). Ο επιπολασμός και η σοβαρότητα του OSA αυξάνεται με την αύξηση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) (Kalra, 2006). Τα παιδιά με σοβαρή παχυσαρκία μπορεί επίσης να πάσχουν από κυψελιδικό υπεραερισμό ο οποίος σχετίζεται με σοβαρό υπερκορεσμό οξυγόνου (Verhulst, 2007). Η παιδική παχυσαρκία έχει επίσης παρατηρηθεί ότι συνδέεται με άσθμα.

Τέλος , όσον αφορά τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της παιδικής παχυσαρκίας, είναι κοινές και περιλαμβάνουν φτώχη αυτοεκτίμηση, άγχος, κατάθλιψη και μειωμένη ποιότητα ζωής (Straus, 2000; Swayer, 2011). Παιδιά τα οποία πάσχουν από παχυσαρκία είναι πιο πιθανό να γίνουν θύματα του εκφοβισμού και των διακρίσεων (Griffiths, 2006). Γυναίκες που έπασχαν από παχυσαρκία κατά την εφηβεία τους έχει παρατηρηθεί να έχουν το χαμηλότερο οικογενειακό εισόδημα, τα χαμηλότερα ποσοστά γάμου, και τα υψηλότερα ποσοστά φτώχειας, σε σύγκριση με τους συνομήλικους τους που έχουν φυσιολογικό βάρος (Gortmaker, 1993)

Κεφάλαιο 2^ο « Σχολικός Εκφοβισμός»

2.1 Ορισμός Σχολικού Εκφοβισμού

Ο εκφοβισμός είναι η συστηματική κατάχρηση εξουσίας και ορίζεται ως η επιθετική συμπεριφορά ή εκ προθέσεως βλάβη από συναδέλφους η οποία εκτελείται επανειλημμένα και περιλαμβάνει μια ανισορροπία ισχύος, είτε πραγματική είτε αντιληπτή, μεταξύ του θύματος και του ατόμου που προκαλεί τον εκφοβισμό. Μπορεί να λάβει τη μορφή άμεσου εκφοβισμού, η οποία περιλαμβάνει φυσικές και λεκτικές πράξεις επιθετικότητας όπως το χτύπημα, η κλοπή, το παρατσούκλι, ο έμμεσος εκφοβισμός ο οποίος χαρακτηρίζεται από τον κοινωνικό αποκλεισμό (π.χ. εσύ δεν μπορείς να παίζεις μαζί μας, δεν είσαι προσκεκλημένος κλπ) και τη φθορά φήμης (Bjorkqvist, 2009; Wolke, 2000; Crick, 1996).

Τα παιδιά μπορούν να συμμετάσχουν στον εκφοβισμό ως θύματα, ως εκφοβιστές, αλλά και ως αυτός που φοβερίζει και που είναι το θύμα παράλληλα, μια υποομάδα των θυμάτων που εμφανίζουν επίσης συμπεριφορά εκφοβισμού (Boultron, 1994).

Πρόσφατα υπήρξε πολύ μεγάλο ενδιαφέρον για τον ηλεκτρονικό αποκλεισμό, ο οποίος μπορεί να οριστεί γενικότερα ως οποιοσδήποτε εκφοβισμός που εκτελείται μέσω ηλεκτρονικών μέσων, όπως τα κινητά τηλέφωνα ή το διαδίκτυο. Ένα στα τρία παιδιά αναφέρουν ότι έχουν νιώσει τον εκφοβισμό κάποια στιγμή στη ζωή τους και ένα ποσοστό 10-14% είχαν την συγκεκριμένη εμπειρία χρόνιου εκφοβισμού, η οποία διήρκεσε πάνω από 6 μήνες (WHO, 2012). Μεταξύ του 2% και του 5% είναι αυτοί που φοβερίζουν και παρόμοιος αριθμός είναι οι θύτες/θύματα κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία. Οι ρυθμοί της παρενόχλησης στον κυβερνοχώρο είναι σημαντικά χαμηλότεροι στο περίπου 4,5% για τα θύματα και 2,8% για τους δράστες (θύτες/ θύματα), με έως και το 90% των θυμάτων παρενόχλησης στον κυβερνοχώρο να έχουν επίσης παραδοσιακά υπάρξει θύματα εκφοβισμού (πρόσωπο προς πρόσωπο) (Olweus, 2012).

Το να είναι κάποιος θύμα εκφοβισμού από τους συνομηλίκους του είναι η πιο συχνή μορφή κακοποίησης που αντιμετωπίζουν τα παιδιά, πολύ υψηλότερη από την κακοποίηση από τους γονείς ή άλλους ενήλικες δράστες (Radford, 2012). Η ζωή των θυμάτων, τα οποία έχουν βιώσει τον εκφοβισμό, μπορεί να επηρεαστεί και μελλοντικά μέσω μιας ποικιλίας πιθανών διαδρομών. Το να βιώνει κάποιος εκφοβιστική συμπεριφορά μπορεί να μεταβάλλει τις φυσιολογικές αντιδράσεις όσον αφορά το στρες, (Ouellet-Morin, 2011), να αλληλεπιδράσει με μια γενετική ευπάθεια όπως η μεταβολή στο γονίδιο μεταφοράς της σεροτονίνης (5-HTT), (Sugden, 2010) ή να επηρεάσει το μήκος των τελομερών (γήρανση) ή το επιγονιδίωμα (Shalev, 2012). Η αλλαγμένη δραστηριότητα του άξονα HPA και οι αλλοιωμένες αντιδράσεις κορτιζόλης μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης των προβλημάτων της ψυχικής υγείας (Harkness, 2011) και επίσης να αυξήσουν την ευαισθησία στην ασθένεια παρεμβαίνοντας με τις ανοσοποιητικές αποκρίσεις (Segerstrom, 2004). Επί προσθέτως, ο εκφοβισμός μπορεί να προκαλέσει κάποιο χρόνιο νόσημα και τα συναφή προβλήματα υγείας τα οποία μπορούν να παραμείνουν κατά την ενηλικίωση (Copeland, 2014). Ο κίνδυνος αποτυχίας να ολοκληρώσει κάποιος το γυμνάσιο ή το πανεπιστήμιο σε χρόνιους θύτες/θύματα αυξάνει τον κίνδυνο φτωχότερου εισοδήματος και εργασιακής απόδοσης (Wolke, 2013).

2.2 Ιστορική Αναδρομή Σχολικού Εκφοβισμού

Ο σχολικός εκφοβισμός υπάρχει εδώ και πάρα πολλά χρόνια και εμφανίζεται στη δυτική λογοτεχνία για πάνω από 150 χρόνια-π.χ., στο *Oliver Twist* του Charles Dickens (Dickens, 1839/1966) και του *Tom Brown του Thomas Hughes*, *Σχολικές ημέρες* (Hughes, 1857/1892). Σήμερα, ο εκφοβισμός διαπερνά τον δημοφιλή πολιτισμό με τη μορφή της τηλεοπτικής πραγματικότητας των βίαιων βιντεοπαιχνιδιών και της ελεύθερης, καπιταλιστικής κοινωνίας.

Αντίθετα, η εμπειρική έρευνα για τον εκφοβισμό είναι σχετικά πρόσφατη και επικεντρώνεται στις πρώτες μελέτες που εμφανίστηκαν τη δεκαετία του 1970 στη Σκανδιναβία (Olweus, 1978). Στη Βόρεια Αμερική, η ανησυχία του κοινού για το σχολικό εκφοβισμό αυξήθηκε δραματικά στα τέλη της δεκαετίας του 1990, οφειλόμενη σε μεγάλο βαθμό στους τραγικούς θανάτους της νεολαίας μέσω της αυτοκτονίας (Marr & Fields, 2001) ή δολοφονίας, ειδικότερα της δολοφονίας της Rina Virk το 1997 (Godfrey, 2005)

και της σφαγής του Columbine το 1998 (Cullen, 2009). Από τότε, ο εκφοβισμός έχει λάβει πρωτοφανή προσοχή στα μέσα ενημέρωσης και στον ακαδημαϊκό χώρο, και τα δύο σε εθνικό και διεθνές επίπεδο (π.χ., Jimerson, Swearer, & Espelage, 2010; Smith, Pepler & Rigby, 2004; Swearer, Espelage, Vaillancourt, & Hymel, 2010) και επιπλέον παραμένει σημαντική η ανησυχία μεταξύ των γονέων και των εκπαιδευτικών.

Το 2011 στη Διάσκεψη του Λευκού Οίκου των ΗΠΑ για τον εκφοβισμό συζητήθηκε αυτό το ειδικό ζήτημα, καλώντας αναγνωρισμένους μελετητές να εξετάσουν κριτικά την τρέχουσα έρευνα και τη θεωρία του σχολικού εκφοβισμού, σε μια προσπάθεια ενημέρωσης της μελλοντικής έρευνας και πρακτικής.

Οι πρώτες μελέτες για τον εκφοβισμό διεξήχθησαν στη Σκανδιναβία από τον Olweus (1973) αν και μια παρόμοια έννοια που ονομάζεται "mobbing" αναφέρθηκε από έναν θεράποντα ιατρό τον Peter-Paul Heinemann στα τέλη της δεκαετίας του '60 (Heinemann 1969). Το θέμα έγινε δημοφιλές στα μέσα επικοινωνίας μετά από μια σειρά αυτοκτονιών που διαπράχθηκαν από τους μαθητές σε διάφορες χώρες που αποδόθηκαν σε εκφοβισμό. Αυτή ήταν μια περίπτωση στη Νορβηγία, όπου τρία έφηβα αγόρια που εκφοβίστικαν από τους συνομηλίκους τους αυτοκτονήσαν τη δεκαετία του '80. Αυτό προκάλεσε την ανάπτυξη της πρώτης εθνικής εκστρατείας κατά του εκφοβισμού στη Νορβηγία (Olweus και Limber 2010). Παρόμοιες περιπτώσεις αναφέρθηκαν σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές. Από τη δημοσίευση των πρώτων μελετών σχετικά με τον εκφοβισμό, ο αριθμός των δημοσιεύσεων αυξάνεται εκθετικά, με τον συνολικό αριθμό να είναι περίπου 11.000 εγγράφα που δημοσιεύονται σε περιοδικά που περιλαμβάνονται στον ιστό της επιστήμης μέχρι το 2015. Μια ανασκόπηση αυτών των μελετών σε όλη την ιστορία του πεδίου έχει πρόσφατα δημοσιευθεί στο περιοδικό *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal* (Zych, Ortega-Ruiz, & Del Rey, 2015a). Μετά τις πρώτες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις σκανδιναβικές χώρες και την προσοχή που δόθηκε στον εκφοβισμό στα μέσα επικοινωνίας μετά από μια σειρά τραγικών γεγονότων που αποδίδονται σε αυτό το είδος της βίας, η έρευνα για τον εκφοβισμό άνθισε στη δεκαετία του 1990.

Κατά τη διάρκεια αυτών των ετών, ο Peter K. Smith και οι συνεργάτες του άρχισαν να μελετούν τον εκφοβισμό στο Ηνωμένο Βασίλειο, περιγράφοντας το φαινόμενο επί

6000 ευρέων δειγμάτων (Whitney and Smith 1993) ή 7000 (Rivers και Smith 1994) και διακρίνοντας τις άμεσες και έμμεσες μορφές του.

Οι Rigby και Slee (1991) άρχισαν να μελετούν τον εκφοβισμό στην Αυστραλία. Επίσης, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, περιγράφηκαν τα κυριότερα αποτελέσματα των προγραμμάτων κατά του εκφοβισμού του Olweus (Olweus 1994). Παρόλο που είχε ήδη αναφερθεί σε προηγούμενες μελέτες, το πρώτο ευρέως αποδεκτό άρθρο που αναφέρθηκε πολύ για τον εκφοβισμό ως ομαδική διαδικασία δημοσιεύθηκε από τον Salmivalli και άλλους το (1996). Σε αυτό το άρθρο, το φαινόμενο περιγράφηκε ως μια σύνθετη ψυχοκοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ των μαθητών, λαμβάνοντας υπόψη ρόλους όπως τους δράστες, τα θύματα και τους παρευρισκόμενους (εξωτερικούς, υπερασπιστές, βοηθούς και ενισχυτές). Μια οικολογική προσέγγιση εφαρμόστηκε για τον εκφοβισμό λαμβάνοντας υπόψη τους παραγόντες που επηρεάζουν τη φύση και τη δυναμική της από την Debra Pepler και συναδέλφους τους στον Καναδά (Atlas and Pepler 1998). Στη δεκαετία του 1990, πολλές μελέτες για τον εκφοβισμό δημοσιεύτηκαν σε πολλά διαφορετικά μέρη του κόσμου, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας στην Ισπανία (Ortega 1997) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (Farrington 1993).

Στην περίπτωση του σχολικού εκφοβισμού, έγινε μια σημαντική αρχή στις σκανδιναβικές χώρες, με την έκδοση του βιβλίου του Olweus (1978) για την επιθετικότητα στα σχολεία: «Εκείνοι που εκφοβίζουν και αυτοί που εκφοβίζονται». Οι εργασίες συνεχίστηκαν στη Νορβηγία και τη Σουηδία, και στη δεκαετία του 1980 υπήρξε το πρώτο παράδειγμα μιας εθνικής εκστρατείας παρέμβασης κατά του εκφοβισμού. Αυτό και τα συναφή έργα περιγράφονται από τον Olweus (1993) και οι πιο πρόσφατες εξελίξεις στον σχολικό εκφοβισμό περιγράφονται από τον Roland. Η επιτυχία αυτής της νορβηγικής έρευνας αναμφισβήτητα επηρέασε και ενέπνευσε την επακόλουθη έρευνα και τις δραστηριότητες επέμβασης σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Στην Ευρώπη, μια συνάντηση που φιλοξενήθηκε στο Stavanger, στη Νορβηγία, το 1987, ενήργησε ως πρόσκληση σε άλλους ερευνητές και επαγγελματίες. Η Φινλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία έχουν αρχίσει να αναπτύσσουν προγράμματα έρευνας. Μια ξεχωριστή παράδοσιακή έρευνα αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία. Μια συγκεκριμένη ιαπωνική λέξη, το ijime, αντιστοιχεί στενά (αν και όχι ακριβώς) με την αγγλική λέξη εκφοβισμού. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, υπήρξαν έρευνες σχετικά με τη φύση και τη συχνότητα

του ijime, το οποίο πιστεύεται ότι είναι ένα συγκεκριμένα ιαπωνικό πρόβλημα. Πάντως πρόωρα, μερικά ευρήματα (με βάση τις εκθέσεις των εκπαιδευτικών) παρουσίασαν μείωση του προβλήματος και η ερευνητική δραστηριότητα και η ανησυχία του κοινού μειώθηκαν αντίστοιχα για μια περίοδο. Ωστόσο, μια σειρά από αυτοκτονίες που προκλήθηκαν από τον σχολικό εκφοβισμό από το 1993 έως το 1995, οδήγησε σε μια δεύτερη φάση δραστηριότητας (Morita et al., 1999a), η οποία συνεχίζεται. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης πραγματοποιήθηκαν πολλές ανταλλαγές απόψεων μεταξύ ιαπωνικών και δυτικών ερευνητών, με κοινές ερευνητικές δραστηριότητες και δημοσιεύσεις (Morita, Smith, Junger-Tas, Olweus, & Catalano, 1999b; Smith, Madsen, & Moody, 1999).

Στη Φινλανδία, η ομάδα έρευνας με επικεφαλής τον Lagerspetz εργάστηκε για τον σχολικό εκφοβισμό για κάποια στιγμή (Lagerspetz, Björkqvist, Berts, & King, 1982). Αυτό είχε αναπτυχθεί κυρίως στο έργο του Björkqvist (1992) και των συναδέλφων του σχετικά με έμμεση και άμεση επιθετικότητα. Η Έμμεση επιθετικότητα είναι πιο εμφανής στις γυναίκες και αυτό ισχύει και για τον εκφοβισμό (Rivers & Smith, 1994). Αυτό εγείρει σημαντικά ζητήματα για την κατανόηση των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων στον εκφοβισμό και στην αντιμετώπιση του, διότι η έμμεση επιθετικότητα (όπως η φήμη και ο κοινωνικός αποκλεισμός) είναι πιο δύσκολο να εντοπιστούν και να αποθαρρυνθούν (Smith & Brain, 2000), το θέμα αυτό συζητά επίσης αυτά τα ζητήματα από την αυστραλιανή προοπτική.

Ο Salmivalli έκανε άλλη μια σημαντική καινοτομία εκ των προτέρων στον καθορισμό διαφορετικών ρόλων των συμμετεχόντων και στις σχέσεις «αυτός που εκφοβίζει-θύμα». Ο Salmivalli περιγράφει τους βασανιστές που είναι επικεφαλείς (που αναλαμβάνουν την πρωτοβουλία), τους φύλακες των ακολούθων (που στη συνέχεια συμμετέχουν), ενισχυτές (που ενθαρρύνουν τον φοβερό ή περιγελούν το θύμα), τους υπερασπιστές (που βοηθούν το θύμα) και τους παρευρισκόμενους (που παραμένουν εκτός των πραγμάτων), καθώς και τα ίδια τα θύματα (Salmivalli, Lagerspetz, Björkqvist, Österman, & Kaukiainen A. 1996). Προηγουμένως, συγγραφείς όπως ο Pica (1989), στη Σουηδία, είχαν διακρίνει ανάμεσα σε προκλητικά θύματα (που εν μέρει προκαλούν τον εκφοβισμό) και στα κλασικά θύματα (που συλλέγονται χωρίς πρόκληση). Αυτές οι

διαφορές μας βοηθούν να κοιτάξουμε περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τη δυναμική του εκφοβισμού και τα χαρακτηριστικά των εμπλεκόμενων.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο σημειώθηκαν εν μέρει ξεχωριστές εξελίξεις στην Αγγλία, στη Σκωτία και την Ουαλία. Στην Αγγλία, ο Σμιθ και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν έρευνες για τον εκφοβισμό (Whitney & Smith, 1993) και ανέφεραν μια εκστρατεία παρέμβασης στα σχολεία που διαμορφώθηκε εν μέρει στην πρώτη νορβηγική καμπάνια, αλλά προσέδωσε μεγαλύτερη προσοχή στη διαδικασία των μεταβλητών στην παρέμβαση (Smith & Sharp, 1994). Αυτό οδήγησε σε ένα βιβλίο, «Μην υποφέρετε μέσω της ησυχίας» (1994), που διατίθεται στα σχολεία σε εθνικό επίπεδο από το Υπουργείο Παιδείας, στο Λονδίνο. Στη Σκωτία, ο Mellor (1990) διενήργησε έρευνα και το Συμβούλιο της Σκωτίας (Εδιμβούργο) δημοσίευσε δύο βιβλία : «Δράση κατά του εκφοβισμού» (1991) και «Υποστήριξη των σχολείων κατά του εκφοβισμού» (1993). Στην Ουαλία, ο Tattum παρήγαγε πολλά βιβλία και βίντεο (π.χ., Tattum D, Tattum E, & Herbert, 1993) και δημιουργήθηκε μια Μονάδα κατά του εκφοβισμού στο Κάρντιφ. Και στην Ιρλανδία υπήρξαν έρευνες (Byrne, 1999) και οι εθνικές κατευθυντήριες γραμμές εκπονήθηκαν το 1993 από το Υπουργείο Παιδείας του Δουβλίνου για την αντιμετώπιση της συμπεριφοράς εκφοβισμού στα σχολεία. Έχει δημιουργηθεί ένα Κέντρο Καταστολής στο Πανεπιστήμιο του Τρινιτυ στο Δουβλίνο.

Τα τελευταία χρόνια, ο σχολικός εκφοβισμός έχει αναληφθεί ως έρευνα και πολιτική σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Γερμανίας (Lösel and Bliesener, 1999; Schäfer and Frey, 1998), Κάτω Χώρες (Smith & Brain, 2000) Βέλγιο (Vettenburg, 1999), Ιταλία (Fonzi, 1997), Ισπανία (Smith and Brain, 2000), Πορτογαλία (Almeida, 1999), Γαλλία (Pain, Barrier, & Robin, 1997) και Ελβετία (Alsaker & Brunner, 1999).

Η συμπεριφορά στην παιδική ηλικία. Αυτό έχει διασταυρωθεί με την ευρωπαϊκή παρά στη Βόρεια Αμερική έχει υπάρξει μακρά παράδοση έρευνας για επιθετική συμπεριφορά για να παράγει ένα σώμα έρευνας σχετικά με τη θυματοποίηση, επηρεασμένη από τα ερευνητικά σκέλη σχετικά με την κοινωνιομετρική κατάσταση και τις κοινωνικές δεξιότητες στην παιδική ηλικία (π.χ., Crick & Dodge, 1994; Dodge, 1998). Ο Crick, και άλλοι, έχουν επιδιώξει το ζήτημα της σχεσιακής επιθετικότητας και των επιπτώσεών της (π.χ., Crick and Grotpeter, 1995). Οι Kochenderfer και Ladd (1997) ανέφεραν μια

διαχρονική μελέτη της θυματοποίησης σε μικρά παιδιά, και ο Hodges και άλλοι (1997) σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για το θύμα. Περισσότερη έρευνα κατευθείαν σχετικά με τις σχέσεις θυμάτων-θύματος προέκυψε από τη δουλειά του Pepler και των συνεργάτων του στον Καναδά (π.χ., Pepler, Craig & Roberts 1998). Ο Ross (1996) αναθεωρεί τη Βορειοαμερικανική καθώς και ευρωπαϊκή έρευνα για τον εκφοβισμό και την πειρατεία. Στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία υπήρξαν επίσης διάφορες πρωτοβουλίες, όπως Το Πακέτο P.E.A.C.E στην Αυστραλία (Slee, 1996) και το πρόγραμμα Kia Kaha και άλλα στη Νέα ζηλανδία (Sullivan, 1999). Ο Rigby (1996) δίνει μια γενική εικόνα της έρευνας για τον εκφοβισμό σε διεθνές επίπεδο ενώ παρουσιάζει μεγάλο μέρος του αυστραλιανού έργου του ίδιου και των συναδέλφων του.

Όσον αφορά την Ελλάδα, Στην Ελλάδα, παρόλο που αναγνωρίζεται, το φαινόμενο του εκφοβισμού έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ως σοβαρό ζήτημα μόνο από το 2007 μετά τη μυστηριώδη εξαφάνιση (και υποψία δολοφονίας) ενός νεαρού φοιτητή που πιστεύεται ότι υπέστη εκφοβισμό από τους συνομήλικους του. Ο αριθμός των εμπειρικών μελετών που διεξήχθησαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών στη χώρα μας (Ανδρέου, Διδασκάλου & Βλάχου, 2007, Δελιγιάννη-Κουμιτζής, 2005, Κόκκινος & Παναγιώτου, 2004, Σαπουνά, 2008) δείχνουν ότι περίπου το 10% των μαθητών στα ελληνικά σχολεία δέχονται εκφοβισμό από τους συμμαθητές τους. (Deliyianni-Kouimtzi, 2005). Στη μελέτη τους, οι Tsiantis et al. (2007) ζήτησαν περαιτέρω διερεύνηση και υπογράμμισαν την ανάγκη συνολικής αξιολόγησης του προβλήματος που θα οδηγήσει σταδιακά στην ανάπτυξη μιας εθνικής πολιτικής στην Ελλάδα.

2.3 Πρόληψη Σχολικού Εκφοβισμού

Η πρόληψη του σχολικού εκφοβισμού χρειάζεται να μετατραπεί σε μια αναγκαία διαδικασία για να εξασφαλιστούν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης για τους νέους. Οι ερευνητές αξιολόγησαν πολλές μεθόδους για την πρόληψη του σχολικού εκφοβισμού. Ο εκφοβισμός περιλαμβάνει μια διαδικασία της ομάδας και έτσι η ομάδα θα έπρεπε να λογίζεται στη διαδικασία της πρόληψης (Samlivalli, 1999). Αυτή η προσέγγιση θα πρέπει να περιλαμβάνει τους παρευρισκόμενους (εξωτερικούς), οι οποίοι συχνά αγνοούνται κατά

τις συζητήσεις σχετικά με τον εκφοβισμό (Hazler, 1996). Ο Salmivalli (1999), πρότεινε ότι με τη παρότρυνση των ενηλίκων, οι μαθητές θα πρέπει να εκπαιδεύονται να αναλαμβάνουν δράση εναντίον του εκφοβισμού μέσω επίσημων βοηθητικών ρόλων ή ως σύμβουλοι των συμμαθητών τους. Βασισμένη σε μια φυσιολογική παρατήρηση η αλληλεπίδραση των συμμαθητών ήταν αποτελεσματική (Salmivalli, 1999)

Σε μια έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στο Τορόντο, στα δημοτικά σχολεία, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι οι μαθητές ήταν παρόντες στο 88% των περιπτώσεων που πραγματοποιήθηκε εκφοβισμός και παρενέβησαν στο 19% των περιπτώσεων (Hawkins, 2001). Τις περισσότερες φορές των περιπτώσεων (57%) όπου οι μαθητές παρενέβησαν, ήταν αποτελεσματικοί στο να σταματήσουν την συγκεκριμένη συμπεριφορά. Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις ήταν διαχωρισμένες μεταξύ των επιθετικών και των μη επιθετικών αντιδράσεων με ισότιμη αποτελεσματικότητα. Τα αγόρια και τα κορίτσια ήταν εξίσου αποτελεσματικά στην παρέμβαση τους. Αυτό το συγκεκριμένο αποτέλεσμα της παρατήρησης του 19% διαφέρει από το 43% των μαθητών οι οποίοι υποδηλώνουν ότι πάντα προσπαθούν να βοηθήσουν ένα άτομο που είναι θύμα εκφοβισμού (Charach, 1995).

Προσπάθειες να αυξηθούν οι παρεμβάσεις των μαθητών για να μειωθεί ο εκφοβισμός έδωσαν μέτρια αποτελέσματα. Μία έρευνα στην Αγγλία ανακάλυψε ότι η παρέμβαση η οποία είναι διαχειριζόμενη από τους μαθητές στα σχολεία με υψηλά επίπεδα επιθετικότητας δεν παρήγαγε σημαντικές μειώσεις ως προς τον εκφοβισμό ή την πιθανότητα να παρέμβουν οι ίδιοι. (Cowie, 2000). Μια Φιλανδική μελέτη μαθητών γυμνασίου ανακάλυψε μια μείωση του εκφοβισμού για τα κορίτσια του γυμνασίου ενώ για τα αγόρια όχι μετά την υλοποίηση μιας εκστρατείας παρέμβασης με την καθοδήγηση των μαθητών (Salmivalli, 2001).

Μία πιο κοινή προσέγγιση η οποία παρουσιάζεται στην βιβλιογραφία, περιλαμβάνει μια ολοκληρωτική σχολική προσέγγιση, η οποία ενσωματώνει πολλαπλές δραστηριότητες για να περιορίσει τον εκφοβισμό. Ενώ πολλά μη αξιολογημένα προγράμματα έχουν δημιουργηθεί βασισμένα στην ολική σχολική προσέγγιση, πολλά άλλα προγράμματα έχουν αξιολογηθεί (Garrity, 1997). Η πιο διαδεδομένη από αυτές τις αξιολογήσεις είναι η αξιολόγηση του Olweus για το νορβηγικό πρόγραμμα παρεμπόδισης του εκφοβισμού το οποίο παρέχει την βάση για επόμενες υιοθετημένες παρεμβάσεις. Το πρόγραμμα του Olweus, αξιολογήθηκε από το 1983 έως το 1985 με δυόμιση χιλιάδες

μαθητές ηλικίας από 11 έως 14 ετών σε 42 σχολεία στο Βέργεν, στη Νορβηγία. Αυτή η γεωγραφικού μήκους αξιολόγηση κοόρτης επιβεβαίωσε μια μείωση 50% στον αριθμό των μαθητών που ασκούν εκφοβισμό ως προς τους υπολοίπους αλλά και σε αυτούς που δέχονται τον εκφοβισμό. Το πρόγραμμα επιδιώκει να αυξήσει την επίγνωση ως προς τα πρόβληματα εκφοβισμού των μαθητών και των ενηλίκων στο σχολείο, αλλά και να ενθαρύνει την συμμετοχή των ενηλίκων στην λύση των προβλημάτων. Μέθοδοι οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για να επιτύχουν αυτούς τους στόχους περιλαμβάνουν την αξιολόγηση του προβλήματος, προγραμματίζοντας σχολικές συνελεύσεις, καλύτερη εποπτεία στις διακοπές, είτε δημιουργώντας ένα γκρουπ συντονισμού για την παρεμπόδιση του εκφοβισμού, δημιουργώντας συγκεντρώσεις καθηγητών-γονέων, καθιερώνοντας κανόνες στην τάξη ενάντια στον εκφοβισμό, συγκαλώντας συνεδριάσεις στην τάξη σχετικά με τον εκφοβισμό στις οποίες μιλάνε υποχρεωτικά αυτοί που δέχονται εκφοβισμό και αυτοί που το προκαλούν και παράλληλα καλούν σε συζήτηση και τους γονείς των παιδιών που εμπλέκονται (Olweus, 1993).

Η έρευνα βρήκε ότι διάφορες τάσεις ενάντια στον εκφοβισμό, μπορούν σημαντικά να προιδαέσουν συμμετοχή στον εκφοβισμό. Ένα πρόγραμμα αποφυγής του εκφοβισμού στο Βέλγιο ήταν εστιασμένο στο να αλλάξει τις τάσεις των μαθητών ενάντια στον εκφοβισμό. Το πρόγραμμα αποτελούνταν από 4 ομαδικές συνεδρίες οι οποίες ελέγχονταν και καθοδηγούνταν από τους καθηγητές των τάξεων. Οι συνεδρίες περιλάμβαναν ένα βίντεο σχετικά με τον εκφοβισμό, συζήτηση όσον αφορά τον ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν οι μαθητές, αποτελέσματα του εκφοβισμού καθώς και την καθιέρωση νόμων για την μη ανοχή του εκφοβισμού. Οι συμμαθητές επιπλέον ενθαρύνονταν να αναπτύξουν προσαρμοστικές τεχνικές για να αντιδρούν σε φαινόμενα εκφοβισμού. Επιτρεπτές τεχνικές μοντελοποίησης ρόλων και τα παιχνίδια ρόλων επιπλέον ενσωματώθηκαν. Συνεδρίες ώθησης κατά τη διάρκεια του χρόνου ενθαρύνονταν. Το πρόγραμμα αξιολόγησης βρήκε μικτά αποτελέσματα. Για τα δημοτικά σχολεία, καμία σημαντική αλλαγή δεν πραγματοποιήθηκε στις συμπεριφορές των μαθητών κατά τη διάρκεια των εκφοβιστικών καταστάσεων. Από την άλλη πλευρά αλλαγές στους μαθητές των γυμνασίων παρουσιάστηκαν μόνο στο πρώτο τέστ μετα τη δοκιμή αλλά όχι στο δεύτερο (Baldry, 2000).

Ένα πρόγραμμα υιοθέτησε τη νορβηγική παρέμβαση ενάντια στον εκφοβισμό για να δημιουργήσει μια φλαμανδική παρέμβαση ενάντια στον εκφοβισμό, η οποία περιλαμβάνει πτυχές του νορβηγικού προγράμματος αλλά έχοντας προσθέσει πολλαπλά χαρακτηριστικά όπως το βίντεο ενάντια στον εκφοβισμό, προπλάσματα, παιχνίδι ρόλων, συσκέψεις ενθάρρυνσης και εξωτερική υποστήριξη των σχολείων. Η αξιολόγηση παρουσίασε την μείωση του εκφοβισμού στα δημοτικά σχολεία αλλά όχι στα γυμνάσια. Η έρευνα αυτή δεν έκανε αναφορά στο μέγεθος της μείωσης στα δημοτικά σχολεία (Stevens, 2000).

Μία άλλη έρευνα η οποία ακολούθησε τη νορβηγική έρευνα ήταν το πρόγραμμα DFEsheffield ενάντια στον εκφοβισμό. Η αξιολόγηση έλαβε ανάμικτα αποτελέσματα (Eslea, 1998). Μειώσεις ως προς τον εκφοβισμό πραγματοποιήθηκαν όσον αφορά τα αγόρια ενώ αυξήσεις πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των κοριτσιών, ίσως επειδή υπήρχε περισσότερη προσοχή ως προς τα αγόρια λόγω ενός ανδρικού στερεότυπου σχετικά με τη συμπεριφορά του εκφοβισμού. Ανά φύλο, μειώσεις πραγματοποιήθηκαν όσον αφορά τον εκφοβισμό σε δύο σχολεία, μία αύξηση σε ένα σχολείο και στο τέταρτο σχολείο αρχικά μία μείωση αλλά στο τέλος υπήρξε αύξηση του εκφοβισμού. Κανένα σχολείο δεν εμφάνισε αύξηση όσον αφορά τον αριθμό των θυμάτων που ανέφεραν στα στελέχη του σχολείου ότι έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού. Ωστόσο όταν εφαρμόζονται παρεμβάσεις πρόληψης συμπεριφοράς εκφοβισμού, ο εκφοβισμός μπορεί να εκτιμηθεί λόγω της αύξησης της συνειδητοποίησης και το ότι πρέπει να το αναφέρουν, όταν στην πραγματικότητα καμία αύξηση δεν συμβαίνει στην πραγματική συμπεριφορά. (Cowie, 2000).

Άλλα προγράμματα υπάρχουν τα οποία δεν ακολουθούν το μοντέλο του Olweus. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ένα πρόγραμμα αντιμετώπισης της βίας σε ένα γυμνάσιο το οποίο ήταν επικεντρωμένο πάνω στον εκφοβισμό αποδείχτηκε επιτυχές. Το πρόγραμμα αποτελείται από 4 συστατικά τα οποία περιλαμβάνουν μηδέν ανοχή όσον αφορά διάφορα περιστατικά εκφοβισμού, συμπεριλαμβανόμενων των καταστάσεων κατά τη διάρκεια διαφόρων βίαιων πράξεων, ένα σχέδιο μοντελοποίησης της κατάλληλης συμπεριφοράς, ένα φυσικό στοιχείο εκπαίδευσης το οποίο είναι σχεδιασμένο για να διδάσκει την αυτορύθμιση και ένα πρόγραμμα καθοδήγησης όπου ενήλικες και συμμαθητές βοηθούν τους μαθητές στο να αποφύγουν τα πρόβληματα εκφοβισμού. Αυτή

η μελέτη επικεντρώθηκε στους στόχους των αποτελεσμάτων των πειθαρχικών παραπομπών, των αναστολών και των αποτελεσμάτων των δοκιμαστικών επιτευγμάτων. Το πρόγραμμα κατάφερε να μειώσει κατά 50 % τις πειθαρχικές παραπομπές και μειώνοντας τις αναστολές με επιπλέον βελτιώσεις κατά τη διάρκεια των τριών χρόνων από τότε που ιδρύθηκε το πρόγραμμα. Σημαντικά οφέλη δημιουργήθηκαν στα σκορ των μαθητών σε συγκεκριμένα ακαδημαϊκά τέστ επιτυχίας ανάμεσα σε σχολεία ελέγχου και σχολεία επέμβασης (Twemlow, 2001).

2.4 Επιπτώσεις Σχολικού Εκφοβισμού στο Θυμα/Θυτη

Οι επιπτώσεις της συμμετοχής στην εκφοβιστική συμπεριφορά φαίνεται ότι παραμένουν στους νέους (Ttofi, 2012). Πράγματι, εκείνοι που ήταν οι θύτες ή εκείνοι που ήταν τα θύματα τους κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή την εφηβεία αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο ως ενήλικες για προβλήματα υγείας και φτωχές κοινωνικές και συναισθηματικές προσαρμογές (Vanderbilt & Augustyn, 2010). Παρόλο που το επίπεδο έκθεσης δεν είναι σαφές, μελέτες υποδηλώνουν ότι η θυματοποίηση σχετίζεται με προβλήματα εσωτερικής και εξωτερικής διαχείρισης. Για παράδειγμα, μια μετα-ανάλυση 29 μελετών διαπίστωσε ότι ο παιδικός εκφοβισμός ή θυματοποίηση οδήγησε σε αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης που εξακολούθησαν να συμβαίνουν 36 χρόνια μετά τη θυματοποίηση, με μέση διάρκεια 6,9 ετών, μετά τη θυματοποίηση (Ttofi, 2011a). Επιπλέον, ως ενήλικες, τα θύματα του παιδικού εκφοβισμού διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να βιώσουν εσωτερικευμένες διαταραχές όπως το άγχος (Gladstone, 2006). Μια μετα-ανάλυση 51 αναφορών από 28 διαχρονικές μελέτες διαπίστωσε ότι η παιδική θνησιμότητα συσχετίστηκε με τη συνεχιζόμενη παρουσία επιθετικών (π.χ. μάχης) και βίαιων (π.χ. επίθεση, ληστεία, βιασμός, μεταφορά ή πυροβολισμός πυροβόλου όπλου) συμπεριφορών με μέσο όρο 6 έτη μετά την θυματοποίηση (Ttofi, 2012).

Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση 28 μελετών που συγκρίνει αυτούς που δεν προκαλούν εκφοβισμό με αυτούς που τον προκαλούν διαπίστωσε ότι αυτοί που προκαλούν εκφοβισμό επέδειξαν αυξημένα επίπεδα εγκληματικών ενεργειών προσβάλλοντας τους ακόμη και 11 χρόνια μετά τη διάπραξη του εκφοβισμού (Ttofi,

Farrington, Losel&Loeber, 2011b). Μία μελέτη η οποία περιλαμβάνεται σε αυτή τη μετα-ανάλυση χρησιμοποίησε ένα δείγμα 957 νέων από το Πρόγραμμα Υγιεινών Παιδιών, στο οποίο προσέλαβαν συμμετέχοντες από 10 προαστιακά δημόσια δημοτικά σχολεία στις ΗΠΑ της Περιοχής του Βορειοδυτικού Ειρηνικού (Kim, Catalano, Haggerty, & Abbott, 2011). Οι ερευνητές σ' αυτήν την έρευνα διαπίστωσαν ότι ο εκφοβισμός στην 5^η τάξη του δημοτικού σχολείου προέβλεπε αυξημένους ρυθμούς εκδήλωσης προβληματικών συμπεριφορών στην ηλικία των 21 ετών, συμπεριλαμβανομένης της βίας, την κατανάλωση αλκοόλ περισσότερα από 4 ποτά για τα κορίτσια ή 5 για τα αγόρια καθώς και τη χρήση μαριχουάνας. Επιπλέον, η μελέτη διαπίστωσε μέτριες συσχετίσεις μεταξύ του εκφοβισμού και των νέων ενηλίκων κάτω των 21 ετών και προβληματικές συμπεριφορές όπως η παρορμητικότητα ($r = .27$), η κακή οικογενειακή διαχείριση ($r = .39$), και η αντικοινωνική σχέση μεταξύ συμμαθητών. ($r = .41$) (Kim, Catalano, Haggerty & Abbott, 2011). Συνοπτικά, τα στοιχεία δείχνουν ότι η θυματοποίηση και ο εκφοβισμός σχετίζονται με τις συνεχιζόμενες κοινωνικές, ψυχολογικές και ακαδημαϊκές δυσκολίες. Οι πρώτες αναφορές υποδεικνύουν ότι τα προγράμματα πρόληψης της ασθένειας μπορεί να είναι αποτελεσματικά στη μείωση του εκφοβισμού. Επειδή ο εκφοβισμός εμφανίζεται να είναι μέρος μιας σειράς κινδύνων που σχετίζονται με αρνητικές αναπτυξιακές συνέπειες, μπορεί η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης εκφοβισμού να είναι σημαντική για την προώθηση θετικών αποτελεσμάτων της ποιότητας ζωής των νέων αυτών ατόμων. (Kim, Catalano, Haggerty & Abbott, 2011)

Ένα τεράστιο σώμα έρευνας δείχνει ότι ο εκφοβισμός – μια υποκατηγορία επιθετικής συμπεριφοράς η οποία χαρακτηρίζεται από εχθρική πρόθεση, ανισορροπία ισχύος και επανάληψη (π.χ., Olweus, 1993; Roland, 1989; Smith&Sharp, 1994) έχει πολλές αρνητικές συνέπειες. Τόσο οι θύτες όσο και τα θύματα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα υγείας και ευημερίας, και αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Isaacs, Hodges & Salmivalli, 2008; Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld & Gould, 2007), άγχος (Kaltiala-Heino, Rimpela, Rantanen, 2000), τάσεις αυτοκτονίας (Bonanno & Hymel, 2010; Klomeketal., 2007) και ψυχοσωματικά συμπτώματα (Kaltiala-Heinoetal, 2000).

Επιπλέον, τόσο οι θύτες όσο και τα θύματα δείχνουν περισσότερη σχολική αθωότητα και αισθάνονται πιο ανασφαλείς στα σχολεία (Berthold & Hoover, 2000) και

επίσης έχουν χαμηλότερο επίπεδο ακαδημαϊκών επιτευγμάτων σε σύγκριση με τους νέους που δεν συμμετέχουν (Glewetal, 2005; Junonene, 2000; Nansel, 2001). Επιπλέον οι αρνητικές επιπτώσεις του εκφοβισμού έχουν αποδειχθεί ότι επεκτείνονται στην ενηλικίωση (Gladstone, G. L., Parker, G. B., & Malhi, G. S, 2006).

Ο ρόλος αυτού που προκαλεί τον εκφοβισμό ή ο ρόλος του θύματος εκφοβισμού, μπορούν να επηρεάσουν την υγεία με πολλούς τρόπους (Karataş & Öztürk, 2009). Όταν ο εκφοβισμός συνεχίζεται, το θύμα μπορεί να πάσχει από κατάθλιψη, να αναπτύσσει μειωμένο αυτοσεβασμό, να γίνει αντικοινωνικό και ακόμη μπορεί να αυτοκτονήσει (Çetinkaya, Nur, Ayvaz, Özdemir, & Kavakci, 2009; O'Conner, 2007). Αυτοί που προκαλούν τον εκφοβισμό είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν επικίνδυνες συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνευματωχών ποτών αλλά και η οπλοφορία στο σχολείο (Ball & Bindler, 2008; Genç, 2007). Επιπλέον, οι συγκεκριμένοι έχουν λιγότερη επιτυχία στο σχολείο (Bilgiç, 2007; Genç, 2007). Η τουρκική λογοτεχνία αποκαλύπτει ότι οι οικογένειες και οι δάσκαλοι γνωρίζουν την ύπαρξη εκφοβισμού στα σχολεία (Kartal & Bilgin, 2009). Ωστόσο, οι οικογένειες, οι εκπαιδευτικοί και οι σπουδαστές δεν συμφωνούν για τους τύπους παρενόχλησης που έχουν βιώσει, τα αίτια τους, ή οποιεσδήποτε πιθανές λύσεις που θα λύσουν το ζήτημα (İrfaner, 2009; Kartal&Bilgin, 2008; Tekin, 2006; Unalmış, 2010).

Η εκφοβιστικότητα στην παιδική ηλικία έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα σημαντικό κόστος για τα άτομα, τις οικογένειές τους και την κοινωνία ευρύτερα. Στις ΗΠΑ, έχει εκτιμηθεί ότι η πρόληψη του σχολικού εκφοβισμού στο γυμνάσιο έχει ως αποτέλεσμα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής οφέλη με κόστος 1.4 εκατομμύρια δολάρια ανά άτομο (Masiello, 2012). Μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο, πάνω από 16.000 νέοι ηλικίας 11-15 ετών εκτιμάται ότι απουσιάζουν από το κρατικό σχολείο με τον εκφοβισμό ως βασική αιτία και 78.000 απουσιάζουν, όταν ο εκφοβισμός είναι ένας από τους λόγους που δόθηκε για την απουσία τους (Brown, 2011).

Πολλά από τα εκφοβισμένα παιδιά υποφέρουν σιωπηλά και είναι απρόθυμα να μιλήσουν στους γονείς ή τους δασκάλους για τις εμπειρίες τους, λόγω του φόβου τους για αντιποίνα ή λόγω της ντροπής (Chamberlain, 2010). Έως και το 50% των παιδιών λένε ότι θα το κάνουν σπάνια ή ποτέ, δηλαδή το να το πούν στους γονείς τους, ενώ μεταξύ του 35% και του 60% δεν θα το έλεγε στον δάσκαλό τους (Radford, 2013).

Λαμβάνοντας υπόψη αυτή την απόδειξη των κακών επιπτώσεων του εκφοβισμού και το γεγονός ότι τα παιδιά θα έχουν περάσει πολύ περισσότερο χρόνο με τους συνομηλίκους τους από τους γονείς τους μέχρι την ηλικία των 18 ετών είναι περισσότερο από έκπληξη το γεγονός ότι ο εκφοβισμός από την παιδική ηλικία δεν είναι στο προσκήνιο ως σημαντικό θέμα δημόσιας υγείας (Scrabstein, 2012).

Τα παιδιά σχεδόν ποτέ δεν ρωτήθηκαν για τις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους από επαγγελματίες υγείας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι κακώς εκπαιδευμένοι για τον εκφοβισμό και δυσκολεύονται να θέσουν το θέμα ή να το αντιμετωπίσουν (Dale, 2014).

Ωστόσο, είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη ότι πολλά παιδιά απέχουν από το σχολείο λόγω του εκφοβισμού και των συγγενών με αυτό προβλημάτων υγείας που προκαλεί ο εκφοβισμός και ότι η εκφοβιστικότητα ρίχνει μια μακρά σκιά πάνω από τις ζωές τους. Για να αποφευχθεί η βία κατά του εαυτού τους (π.χ. αυτοτραυματισμός) και για να μειωθούν τα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας, είναι επιτακτική η ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίσουν τον εκφοβισμό.

Μια συνοπτική περίληψη των συνεπειών του εκφοβισμού κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία μελέτησε τα αποτελέσματα μέχρι την ηλικία των 17 χρόνων. Τα παιδιά που ήταν θύματα εκφοβισμού έχουν βρεθεί συστηματικά να είναι σε υψηλότερο κίνδυνο για κοινά σωματικά προβλήματα όπως κρυολογήματα ή ψυχοσωματικά προβλήματα όπως πονοκεφάλους, πόνους στο στομάχι ή προβλήματα ύπνου και είναι περισσότερο πιθανό να γίνουν καπνιστές (Gini, 2009; Wolke, 2014). Έχουν επίσης αναφερθεί θύματα να αναπτύσσουν συχνότερα προβλήματα εσωτερικοποίησης και διαταραχή άγχους ή διαταραχή κατάθλιψης (Zwierzynska, 2013).

Τα γενετικά ευαίσθητα σχέδια επέτρεψαν τη σύγκριση μονοζυγωτικών δίδυμων που είναι γενετικά ίδιοι και ζουν στα ίδια νοικοκυριά, αλλά ήταν ασύμφωνοι όσον αφορά τις εμπειρίες του εκφοβισμού. Τα προβλήματα αντίληψης διαπιστώθηκε ότι είχαν αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου μόνο σε όσους είχαν εκφοβιστεί, προσφέροντας ισχυρές αποδείξεις ότι ο εκφοβισμός παραπάνω από άλλους παράγοντες έχει ως αποτέλεσμα τις αυξήσεις στα προβλήματα αντίληψης. (Arseneault, 2008)

Επιπλέον, τα θύματα του εκφοβισμού διατρέχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο αυτοτραυματισμού ή σκέψης για αυτοκτονία κατά την εφηβεία (Lereya, 2013; Fisher, 2012). Παράλληλα, εκείνοι που έχουν βρεθεί στη θέση θύματος ή θύτη εκφοβισμού στο δημοτικό σχολείο έχει διαπιστωθεί ότι προβλέπουν οριακά συμπτώματα προσωπικότητας και ψυχωτικές εμπειρίες, όπως διάφορες ψευδαισθήσεις ή ψευδαισθήσεις από την εφηβεία (Schreier, 2009).

Ερευνα διαπίστωσε ότι όποιοι είχαν εκτεθεί σε διάφορες μορφές εκφοβισμού ή ήταν σε έκθεση εκφοβισμού για μεγάλα χρονικά διαστήματα (χρόνιος εκφοβισμός) τείνουν να εμφανίζουν περισσότερες δυσμενείς επιδράσεις (Schreier, 2009). Αντίθετα, στις σταθερά μετριοπαθείς έως ισχυρές σχέσεις με τα σωματικά και ψυχικά αποτελέσματα υγείας, η σχέση μεταξύ του να έχεις εκφοβιστεί και της κακής ακαδημαϊκής λειτουργίας δεν ήταν τόσο ισχυρή όπως αναμενόταν (Vaillancourt, 2013).

Μια μετα-ανάλυση υποδεικνύει μόνο μια μικρή αρνητική επίδραση της θυματοποίησης σε σχέση με την ακαδημαϊκή απόδοση και οι επιπτώσεις διέφεραν αν ο εκφοβισμός ήταν αυτοαναφερόμενος ή από συνομηλικούς ή καθηγητές (Nakamoto, 2010). Αυτές οι μελέτες που ξεχώρισαν μεταξύ θυτών / θυμάτων συνήθως ανέφεραν ότι οι θύτες / θύματα είχαν ελαφρώς υψηλότερο κίνδυνο σωματικών και ψυχικών προβλημάτων υγείας από ότι τα άλλα παιδιά (Wolker, 2001; Arseneault, 2010). Επιπλέον, οι περισσότερες μελέτες θεωρούν τους θύτες αλλά και αυτούς που φοβερίζουν ως θύματα. Ωστόσο, όπως υπογραμμίστηκε παραπάνω, οι δύο ρόλοι είναι αρκετά διαφορετικοί και συγκεκριμένα ενώ αυτοί που φοβερίζουν είναι πολύ ικανοί χειριστές, αυτοί που φοβερίζουν αλλά ταυτόχρονα είναι και θύματα περιγράφονται ως παρορμητικοί και φτωχοί στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους (Junonen, 2003). Δεν γνωρίζουμε πολλά για τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας των παιδιών που φοβερίζουν, αλλά υπάρχουν κάποιες προτάσεις ότι μπορεί επίσης να παρουσιάζουν ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης ή αυτοτραυματισμού, (Kaltiala, 2010), ωστόσο, λιγότερο από τα θύματα. Ομοίως, η σχέση μεταξύ του να είναι κάποιος, εκείνος ο οποίος εκφοβίζει και της σωματικής υγείας είναι ασθενέστερη από ό,τι το να έχει ταυτόχρονα 2 ρόλους, δηλαδή το να είναι και θύμα αλλά και εκείνος που εκφοβίζει άλλα άτομα. (Gini, 2009). Επίσης έχει ακόμη βρεθεί ότι εκείνοι που εκφοβίζουν είναι πιο υγιείς και ισχυρότεροι από τα παιδιά που δεν εμπλέκονται καθόλου στον εκφοβισμό. (Wolke, 2001).

Η συμπεριφορά του εκφοβισμού έχει βρεθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο των συνεπειών εφόσον συμβαίνει στην εφηβεία (Ttofi, 2011), ωστόσο, η ανάλυση δεν διέκρινε μεταξύ αυτών που προκαλούν τον εκφοβισμό και των θυμάτων και δεν συμπεριλάμβανε πληροφορίες σχετικά με την πολυ-θυματοποίηση (π.χ. γονείς). Αυτοί που προκαλούν τον εκφοβισμό είναι επίσης πιο πιθανό να παρουσιάσουν παραβατική συμπεριφορά και να προβούν σε βίαιες πράξεις κατά την εφηβεία. (Foshee, 2014).

Τα παιδιά που υπήρξαν θύματα εκφοβισμού σταθερά βρέθηκαν να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για προβλήματα εσωτερικοποίησης, ειδικότερα με διαγνώσεις διαταραχής άγχους (Stapinski, 2014) και κατάθλιψης κατά την ενηλικίωση και τη μέση ενηλικίωση (18-50 ετών.) Επιπλέον, τα θύματα διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχωσικών εμπειριών στην ηλικία των 18 ετών και επιπλέον είχαν σκέψεις για αυτοκτονία, απόπειρες και ολοκληρωμένες αυτοκτονίες (Takizawa, 2014). Τα θύματα επίσης ανέφεραν ότι είχαν κακή γενική υγεία (Sigurdson, 2014), συμπεριλαμβανομένου του σωματικού πόνου, των πονοκεφάλων και της βραδύτερης ανάρρωσης από ασθένειες (Wolke, 2013).

Επιπλέον, τα θύματα των παιδιών βρέθηκαν να έχουν χαμηλότερα εκπαιδευτικά προσόντα, να μην μπορούν να αποκτήσουν σωστή οικονομική διαχείριση (Wolke, 2013) και να κερδίζουν λιγότερα από τους συνομηλίκους τους ακόμη και στην ηλικία των 50 (Takizawa, 2014; Brown, 2008). Τα θύματα βρέθηκαν επίσης να έχουν περισσότερα προβλήματα στη δημιουργία ή τη διατήρηση φίλων και ήταν λιγότερο πιθανόν να ζήσουν με έναν σύντροφο και να έχουν κοινωνική στήριξη.

Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της χρήσης ουσιών, της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και της θυματοποίησης. Οι μελέτες που διέκριναν τα θύματα και αυτούς που εκφοβίζουν/θύματα έδειξαν ότι συνήθως εκείνοι που εκφοβίζουν/θύματα είχαν ελαφρώς υψηλότερο κίνδυνο για άγχος, κατάθλιψη, ψυχωσικές εμπειρίες, απόπειρες αυτοκτονίας και κακή γενική υγεία από τα καθαρά θύματα (Copeland, 2013).

Είχαν επίσης χαμηλότερα εκπαιδευτικά προσόντα και προβλήματα στη διατήρηση μιας εργασίας και την τήρηση των οικονομικών υποχρεώσεων. (Wolke, 2013; Sigurdson, 2014). Αντίθετα από τα καθαρά θύματα, εκείνοι που εκφοβίζουν / θύματα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αντικοινωνικής συμπεριφορά και ήταν πιο πιθανό να γίνουν γονείς σε νεαρή ηλικία (Sourander, 2007; Lehti, 2011).

Παρόλαυτα , δεν ξέρουμε τίποτα περισσότερο για τα άτομα που είναι καθαρά θύτες, αλλά σε οποιαδήποτε έρευνα μελετήθηκαν, δεν βρέθηκαν σε αυξημένο κίνδυνο για οποιαδήποτε ψυχικό ή γενικά πρόβλημα υγείας. Πράγματι, ήταν πιο υγιείς από τους συνομηλίκους τους, συναισθηματικά και σωματικά. Ωστόσο, εκείνοι που προκαλούν εκφοβισμό καθαρά, μπορεί να είναι πιο αποκλίνοντες και πιθανότερο να είναι λιγότερο μορφωμένοι και άνεργοι. Επιπλέον αναφέρθηκε ότι είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν αντικοινωνική συμπεριφορά, και να κατηγορηθούν για σοβαρό έγκλημα, διάρρηξη ή παράνομη χρήση ναρκωτικών. Ωστόσο, πολλές από αυτές τις επιπτώσεις στην εγκληματικότητα μπορεί να εξαφανίζονται όταν ελέγχονται σε συνδυασμό με άλλες δυσμενείς οικογενειακές καταστάσεις (Wolke, 2013).

Οι προσεκτικά ελεγχόμενες προοπτικές μελέτες οι οποίες εξετάζονται εδώ παρέχουν μια συγκλίνουσα εικόνα των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της ύπαρξης των εκφοβισμένων στην παιδική ηλικία. Πρώτον, οι συνέπειες του εκφοβισμού επεκτείνονται πέρα από τις συνέπειες άλλων αντιξοότητων της παιδικής ηλικίας και της κακοποίησης των ενηλίκων (Copeland, 2013). Στην πραγματικότητα, σε σύγκριση με την εμπειρία της φροντίδας στην παιδική ηλικία, οι συνέπειες του συχνού εκφοβισμού είναι τόσο επιζήμιες όσο θα ήταν και 40 χρόνια μετά (Takizawa, 2014). Δεύτερον, υπάρχει μια σχέση μεταξύ δόσης και αποτελέσματος μεταξύ της θύματοποίησης από τους συνομηλίκους και των αποτελεσμάτων στην εφηβεία και την ενηλικίωση. Αυτοί που εκφοβίζονται συχνότερα (Takizawa, 2014) πιο σοβαρά (δηλαδή άμεσα και έμμεσα) (Zwierzynska, 2013) ή περισσότερο χρονικά (δηλαδή, σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα), έχουν χειρότερα αποτελέσματα. Τρίτον, ακόμη και εκείνοι που σταμάτησαν να είναι εκείνοι που εκφοβίστηκαν κατά τη σχολική ηλικία, έδειξαν κάποια παρατεταμένα αποτελέσματα όσον αφορά την υγεία τους, την αυτοεκτίμηση και την ποιότητα ζωής τους τα επόμενα χρόνια σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ποτέ εκφοβίσει (Bogart, 2014). αλλά σημαντικά λιγότερο από αυτούς που παραμένουν θύματα για χρόνια (χρόνια θύματα). Τέταρτον, εκείνοι που είναι θύματα και εκείνοι που εκφοβίζουν αλλά ταυτόχρονα έχουν δεχτεί εκφοβισμό έχουν εξεταστεί χωριστά. Εκείνοι που φοβερίζουν φαίνεται να παρουσιάζουν τα φτωχότερα αποτελέσματα σχετικά με τη διανοητική τους υγεία, την οικονομική προσαρμογή, τις κοινωνικές σχέσεις και της πρώιμης γονικής μέριμνας. Τέλος, μελέτες

που συνέκριναν μεταξύ τους αυτούς που φοβερίζουν και αυτούς που φοβερίζονται αλλά παράλληλα είναι και θύματα βρήκαν μερικές αρνητικές συνέπειες από την ύπαρξη του καθαρού μπουλινγκ στα αποτελέσματα των ενηλίκων. Αυτό είναι σύμφωνο με μια άποψη ότι αυτοί που φοβερίζονται είναι πολύ εξειδικευμένοι κοινωνικοί χειριστές και δείχνουν λίγη ενσυναίσθηση (Sutton, 2013)

2.5 Συνέπειες της Θυματοποίησης με βάση το Βάρος στη Νεολαία

Υπό το πρίσμα της ευπάθειας του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας των νεών για να ξεπεραστεί το πείραγμα με βάση το βάρος αλλά και ο εκφοβισμός, είναι σημαντικό να εξεταστεί το αντίκτυπο που έχουν οι εμπειρίες αυτές ειδικά για τα παιδιά και τους εφήβους που απευθύνονται. Μέχρι στιγμής, η έρευνα μέχρι σήμερα δείχνει ότι η θυματοποίηση βάσει βάρους μπορεί να εμποδίσει τη συναισθηματική, κοινωνική, ακαδημαϊκή και σωματική ευεξία. Παρόμοια με την έρευνα για τους ενήλικες, τα στοιχεία δείχνουν ότι ορισμένες από τις συνέπειες που έχει η νεανική εμπειρία από τη θυματοποίηση που βασίζεται στο βάρος μπορεί να ενισχύσει το υπερβολικό βάρος και να παρεμβαίνει στις συμπεριφορές της υγείας (Rebecca, 2013).

Σε παρόμοια μελέτη, οι Pearce και συνεργάτες (2002) βρήκαν σημαντικές διαφορές στα δύο φύλα, συγκεκριμένα τα παχύσαρκα αγόρια είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν εμφανή σημάδια θυματοποίησης σε σύγκριση με αγόρια μεσαίου βάρους, ενώ από την άλλη πλευρά τα παχύσαρκα κορίτσια είναι περισσότερο πιθανόν να βιώσουν σχετική θυματοποίηση σε σύγκριση με τα αντίστοιχα κορίτσια μεσαίου βάρους.

2.5.1 Συναισθηματικές Συνέπειες

Ο εκφοβισμός με βάση το βάρος μπορεί να συμβάλει σε αρνητικές συναισθηματικές συνέπειες για τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα παιδιά αλλά και για τους εφήβους (Eisenberg, 2003). Μεταξύ των κλινικών και των μη κλινικών δειγμάτων της παχύσαρκης νεολαίας, η μεροληψία κατά βάρος αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης, άγχους,

χαμηλής αυτοεκτίμησης και δυσαρέσκειας του σώματος. Είναι σημαντικό ότι αυτά τα ευρήματα παραμένουν ακόμη και μετά τον έλεγχο για τον ΔΜΣ και άλλες μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο και η ηλικία εμφάνισης της παχυσαρκίας, οι οποίες δείχνουν ότι το στίγμα, και όχι το σωματικό βάρος για τον κάθε άνθρωπο, οδηγεί σε αυτά τα αρνητικά συναισθηματικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, ο εκφοβισμός με βάση το βάρος, παρά το πραγματικό σωματικό βάρος, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται σημαντικά με την κακή εικόνα του σώματος μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών (Eisenberg, 2003; McCormack, 2011).

Επιπλέον, μια μελέτη 4.746 εφήβων διαπίστωσε ότι η βιαιοπραγία με βάση το βάρος σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης (Quinlan, 2009; Eisenberg, 2003). Ίσως η πιο σοβαρή συναισθηματική συνέπεια του στιγματισμού μεταξύ των νέων είναι ο αυξημένος κίνδυνος όσον αφορά τις συμπεριφορές περι αυτοκτονίας. Οι παχύσαρκοι έφηβοι παρουσιάζουν περισσότερες αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρες, με μια μελέτη που διαπίστωσε ότι τα παχύσαρκα κορίτσια ήταν σχεδόν δύο φορές πιο πιθανό να αναφέρουν μια απόπειρα αυτοκτονίας από ό, τι ο μέσος όρος των συμμαθητών τους (Eaton, 2005; Falkner, 2001). Ο χλευασμός με βάση το βάρος είναι το κλειδί για την κατανόηση αυτής της σχέσης. Οι έφηβοι που στιγματίζονται για το βάρος τους είναι 2-3 φορές πιο πιθανό να αναφέρουν τάσεις αυτοκτονίας. Επιπλέον, μία μελέτη διαπίστωσε ότι πάνω από το ήμισυ των κοριτσιών που βιώνουν βιαιοπραγία βασισμένη στο βάρος από συνομηλίκους τους αλλά και από την οικογένεια θεωρούν ότι μπορούν να αυτοκτονήσουν. Ανάμεσα στα αγόρια, το 13% των οποίων είχαν εκφοβιστεί για το βάρος τους ανέφεραν απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με το 4% που δεν είχαν εκφοβιστεί. (Eaton, 2005; Falkner, 2001).

2.5.2 Κοινωνικές και Ακαδημαϊκές Συνέπειες

Ο χλευασμός που βασίζεται στο βάρος μπορεί επίσης να θέσει σε κίνδυνο τις ικανότητες των εφήβων για να σχηματίσουν υποστηρικτικές κοινωνικές σχέσεις με τους συνομηλίκους τους. Θεμελιώδεις έρευνες κατέδειξαν ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι μαθητές του σχολείου προτιμούνται λιγότερο και έχουν υψηλότερα επίπεδα απόρριψης

από τους μαθητές μέσου βάρους (Strauss, 1985). Οι πιο πρόσφατες έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση της Εθνικής Μακροχρόνιας Μελέτης της Υγείας των Εφήβων (N ¼ 90,118) διαπίστωσε ότι μεταξύ των εφήβων ηλικίας 13-18 ετών, οι έφηβοι οι οποίοι ήταν υπέρβαροι ήταν σημαντικά πιο πιθανό να βιώσουν την κοινωνική απομόνωση και ήταν λιγότερο πιθανό να επιλεχθούν ως φίλοι από ό,τι οι αδύνατοι μαθητές (Strauss, 2003). Άλλες εργασίες με έφηβους (N = 9943) διαπίστωσαν ότι τα παχύσαρκα κορίτσια και τα αγόρια ξόδεψαν λιγότερο χρόνο με φίλους και ανέφεραν ασθενέστερους κοινωνικούς δεσμούς από τους πιο αδύνατους συνομηλίκους, αφού έλεγξαν τις μεταβλητές όπως το επίπεδο βαθμού, την φυλή και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (SES) (Falkner, 2001). Κατά συνέπεια, οι υπέρβαροι νέοι αντιλαμβάνονται ότι η κατάστασή τους μπορεί να επηρεάσει τις κοινωνικές τους σχέσεις, με μια μελέτη να διαπιστώνει ότι το 69% των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας 9-11 ετών πιστεύουν ότι θα έχουν περισσότερους φίλους εάν χάσουν βάρος (Pierce, 1997). Οι θετικοί κοινωνικοί δεσμοί είναι ιδιαίτερα σημαντικοί για τα παιδιά και τους εφήβους και ενδέχεται να έχουν αντίκτυπο στην ακαδημαϊκή επίδοση. Μια μελέτη από τους Krukowski και τους συνεργάτες τους, το 2009 σε 1071 άτομα διαπίστωσε ότι όταν ελέγχθηκε ο εκφοβισμός σύμφωνα με το βάρος, τα υπέρβαρα παιδιά δεν παρουσίαζαν πλέον φτωχότερες σχολικές επιδόσεις σε σύγκριση με τους αντίστοιχους μαθητές μεσαίου βάρους (Krukowski, 2009). Ο γλευασμός με βάση το βάρος μπορεί επίσης να χρησιμεύσει για την απομάκρυνση των μαθητών από το σχολικό τους περιβάλλον. Μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι οι έφηβοι ανέφεραν ότι οι βαθμοί τους ήταν χαμηλοί και ότι αποφεύγουν να πηγαίνουν στο σχολείο ανταποκρινόμενοι σε εμπειρίες πειράγματος με βάση το βάρος και τον εκφοβισμό. Η πιθανότητα των φοιτητών που αναφέρουν αυτές τις αντιδράσεις αυξήθηκε κατά 5% ανά περιστατικό πειράγματος, ακόμη και μετά την καταμέτρηση του φύλου, της φυλής, της ηλικίας, των βαθμών και της κατάστασης βάρους τους (Puhl, 2012)

2.5.3 Ψυχοκοινωνικές Συνέπειες

Οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες συνήθως απασχολούν ένα πολύ μεγάλο μέρος παιδιών τα οποία λόγω του βάρους τους στοχοποιούνται. Λόγω της στοχοποίησης του τα παιδιά αυτά αρχίζουν να αποκτούν χαμηλή αυτοεκτίμηση για τον εαυτό τους, να έχουν μειωμένη διάθεση για άσκηση ενώ πολλές φορές φτάνουν στα όρια της κατάθλιψης. Ως

αποτέλεσμα αυτών των συνεπειών πολλά παιδιά θεωρούν ότι λόγω του στιγματισμού τους δεν εκλαμβάνουν από κανέναν άνθρωπο τον σεβασμό. (Puhl, & Brownell, 2001).

2.5.3.1 Αυτοεκτίμηση

Η πρώτη ολοκληρωμένη ανασκόπηση της αυτοεκτίμησης και της παχυσαρκίας στους νέους διεξήχθη από τον Story και τον Perry (1995), οι οποίοι εξέτασαν 35 μελέτες και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια συγκρατημένη σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και χαμηλής αυτοεκτίμησης στα παιδιά αλλά και ότι η βαθμολογία της αυτοεκτίμησης των παχύσαρκων παιδιών πέφτει συχνά περίπου στο φυσιολογικό εύρος (Frenchetal, 1995). Μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση από τους Wardle και Cooke (2005) έδειξε ότι επιπλέον οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν κατά την τελευταία δεκαετία είναι κατά κύριο λόγο συνεπείς σε αυτά τα ευρήματα.

Συγκεκριμένα, σε κοινοτικά και κλινικά δείγματα παχύσαρκων νέων υπήρχαν λίγα στοιχεία που να δείχνουν ότι τα παχύσαρκα παιδιά είναι συνήθως πιο ευάλωτα στο να αποκτήσουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, τα κλινικά δείγματα των παχύσαρκων παιδιών εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεξέτασης από ό,τι αυτά της παχυσαρκίας ή του μέσου βάρους της κοινότητας από αυτούς που συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου. Άλλες μελέτες που έχουν εξετάσει την εξέλιξη της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της παχυσαρκίας δείχνουν γενικά ότι το υπερβολικό βάρος στα παιδιά προβλέπει τη μελλοντική χαμηλή αυτοεκτίμηση (Brownetal, 1998; Davison & Birch, 2001, 2002; Hesketh, Wake, & Waters, 2004; Strauss, 2000; Tiggemann, 2005).

Μπορεί να ισχύει ότι το να είσαι υπέρβαρος αυξάνει την ευαισθησία σε συγκεκριμένους τύπους χαμηλής αυτοεκτίμησης στα παιδιά, όπως οι αντιλήψεις της χαμηλής αυτοεκτίμησης της φυσικής εμφάνισης και της αθλητικής ικανότητας (Phillips & Hill, 1998) αλλά και η φτωχότερη σωματική εκτίμηση όπως και η αντιληπτική γνωστική ικανότητα του ατόμου (Davison & Birch, 2001).

Αρκετές μεταβλητές σχετικές με το στιγματισμό μπορούν να διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της αυτοεκτίμησης. Μια μελέτη εφήβων έδειξε ότι τα πειράγματα με βάση το βάρος από τους συνομηλίκους και την κριτική των γονιών για το

αυξημένο βάρος διαμεσολαβούσε για τη σχέση μεταξύ του υπερβολικού βάρους και τη χαμηλότερη αυτοεκτίμηση των νέων (Davison & Birch, 2002), και η έρευνα μεταξύ των εφήβων διαπίστωσε ότι τα πειράγματα ως προς το βάρος συσχετίστηκαν με φτωχότερη αυτοεκτίμηση μεταξύ των γυναικών και των αρσενικών εφήβων (Eisenberg, 2003). Άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι αρνητικές αυτο-αντιλήψεις σε παχύσαρκα κορίτσια ηλικίας 5 ετών συνδέονταν με τις απόψεις των πατέρων για την παχυσαρκία της κόρης τους (Davison & Birch, 2001). Σε μια μελέτη ηλικίας 9-11 ετών, τα παχύσαρκα παιδιά που ήταν περισσότερο ευάλωτα στη χαμηλή αυτοεκτίμηση ήταν αυτά που πίστευαν ότι αυτά ήταν υπεύθυνα για την ύπαρξη υπερβολικού βάρους και πιο θετικός αυτοέλεγχος παρουσιάστηκε μεταξύ των υπέρβαρων παιδιών που απέδωσαν το αυξημένο βάρος τους σε εξωτερικές αιτίες πέρα από τον έλεγχό τους (Pierce & Wardle, 1997). Κλινικά δείγματα παχύσαρκων νέων μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για χαμηλή αυτοεκτίμηση εάν η θεραπεία για απώλεια βάρους σημαίνει προσωπική ευθύνη για το βάρος ή την ανάληψη ευθύνης για το ότι δεν είναι σε θέση να χάσουν βάρος (Wardle & Cooke, 2005). Ως αποτέλεσμα, η εσωτερικοποίηση του στίγματος μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την αυτοεκτίμηση στα παχύσαρκα παιδιά. Απαιτείται περισσότερη δουλειά για την αποσαφήνιση αυτής της σχέσης και για να εντοπιστεί εάν η μείωση της έκθεσης στο στίγμα θα αυξήσει την αυτοεκτίμηση.

2.5.3.2 Κατάθλιψη

Η φύση της σχέσης μεταξύ της παχυσαρκίας και της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους δεν είναι ακόμη σταθερά αποδεδειγμένη. Μερικές μελέτες δείχνουν αυξημένη ευπάθεια στην κατάθλιψη, αλλά τα αποτελέσματα είναι συχνά μικρά και τα μέτρα για την αξιολόγηση της κατάθλιψης, των συμπτμάτων και του ΔΜΣ διαφέρουν σημαντικά (Wardle & Cooke, 2005).

Όπως και η αυτοεκτίμηση, η έρευνα τείνει να δείχνει ότι τα παχύσαρκα παιδιά δεν φαίνεται να διαφέρουν σε επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με αυτά του μέσου όρου (Brewis, 2003; Eisenbergetal, 2003; Wardle, Williamson, Johnson, & Edwards, 2006) αλλά όμως τα κλινικά δείγματα δείχνουν ότι τα παχύσαρκα παιδιά εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από αυτά που εμφανίζουν τα παιδιά μέσου βάρους της ομάδας

ελέγχου (Britzet, 2000; Eremis, 2004). Όσον αφορά την αιτιολογική οδό μεταξύ της κατάθλιψης και της παχυσαρκίας σε παιδιά, διάφορες μελέτες εφήβων κοριτσιών βρήκαν ότι η παχυσαρκία δεν συσχετίστηκε με κατάθλιψη στις περιόδους παρακολούθησης (Stice & Bearman, 2001), ενώ η έρευνα μεταξύ αγοριών έχει αποδείξει ότι είναι μέτρια η σχέση από την παιδική ηλικία μεταξύ της χρόνιας παχυσαρκίας και των υψηλότερων επιπέδων κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου (Mustillo, 2003). Άλλοι ανέφεραν αντίθετα ευρήματα. Μία μελέτη διαπίστωσε ότι η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία προβλέπει εξέλιξη της παχυσαρκίας σε μονοετή παρακολούθηση (Goodman & Whitaker, 2002). Μια άλλη διαχρονική έρευνα 1.027 εφήβων ανέφερε ότι η εφηβική κατάθλιψη συσχετίστηκε με την παχυσαρκία στην ενηλικίωση (Richardson, 2003) και μια πρόσφατη κοινοτική μελέτη κοόρτης 820 νέων έδειξε ότι η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία συσχετιζόταν με υψηλότερο βάρος με την πάροδο του χρόνου μεταξύ γυναικείας νεολαίας αλλά όχι αρσενικών νέων (Anderson, Cohen, Naumova, & Must, 2006).

Μία άλλη εργασία υποδηλώνει ότι το πείραγμα με τη μορφή του στιγματισμού του βάρους μπορεί να μεσολαβήσει μεταξύ της σχέσης ανάμεσα στην κατάθλιψη και την παχυσαρκία στους νέους (Puhl, R. M., & Latner, J. D. 2007).

Ο Eisenberg και οι συνεργάτες του εξέτασαν τον στιγματισμό με βάση το βάρος σε 4.746 εφήβους και διαπίστωσαν ότι ο στιγματισμός που βασίζεται στο βάρος σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα κατάθλιψης, ανεξάρτητα από το γεγονός του φύλου ή της εθνικότητας (Eisenberg, 2003).

Επιπλέον, σε μια έρευνα όπου ο στιγματισμός ήταν η μεταβλητή ελέγχου, το βάρος έδειξε να μην σχετίζεται με τα περισσότερα αποτελέσματα υποδηλώνοντας ότι ο ίδιος ο στιγματισμός, παρά το βάρος, μπορεί να είναι ο σχετικός παράγοντας που προβλέπει την αρνητική συναισθηματική ευεξία. Ομοίως, μια μελέτη κοριτσιών μέσης εκπαίδευσης παρουσίασε ότι ο πατρικός και ο μητρικός εκφοβισμός με βάση το βάρος προέβλεψε την παρουσίαση κατάθλιψης έπειτα τον έλεγχο του δείκτη μάζας σώματος (Keery, Boutelle, vandenBerg, & Thompson, 2005). Κατά συνέπεια πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες για να προσδιοριστεί ο τρόπος με τον οποίο η προκατάληψη και το στίγμα επηρεάζουν την ευπάθεια κατάθλιψης στους υπέρβαρους και τους παχύσαρκους νέους.

2.5.3.3 Δυσαρέσκεια Σώματος

Μια εκτενής βιβλιογραφία έχει εξετάσει την εικόνα του σώματος μεταξύ των υπέρβαρων παιδιών και των εφήβων. Δύο πρόσφατες ανασκοπήσεις αυτής της βιβλιογραφίας καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η σωματική δυσαρέσκεια είναι υψηλότερη στα υπέρβαρα και στα παχύσαρκα παιδιά από ό, τι στα παιδιά με μέσο βάρος και αυτό φαίνεται πρακτικά αληθινό για τα κορίτσια τα οποία είναι υπέρβαρα (Ricciardelli & McCabe, 2001; Wardle&Cooke, 2005). Αν και πολύ μικρή έρευνα έχει αξιολογήσει τη δυσαρέσκεια του σώματος σε κλινικά δείγματα νέων (Braet, Tanghe, Decaluwe, Moens, & Rosseel, 2004), υπάρχουν συνεπή ευρήματα σε πολυάριθμες μελέτες με βάση την κοινότητα παρουσιάζοντας μεγαλύτερη σωματική δυσαρέσκεια μεταξύ των παιδιών και των εφήβων με υψηλότερο ΔΜΣ (Buddeburg-Fischer, Klaghofer&Reed, 1999; Davison, Markey & Birch, 2003; French et al., 1995; Israel & Ivanova, 2002; Pesa, Syre, & Jones, 2000; Renman, Engstrom, Silfverdal & Aman, 1999; Strauss & Pollack, 2003). Η δυσαρέσκεια του σώματος μπορεί επίσης να έχει σημαντικές επιπτώσεις στον αυτοσεβασμό στα παχύσαρκα παιδιά. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση που αναφέρθηκε μεταξύ των υπέρβαρων εφήβων γυναικών δεν ήταν πλέον σημαντική μετά την ελεγχόμενη εικόνα του σώματος τους (Pesaetal, 2000).

Ο στιγματισμός του βάρους μπορεί να έχει ιδιαίτερη επιρροή στην ανάπτυξη της κακής εικόνας του σώματος ανάμεσα στους παχύσαρκους νέους. Οι Thompson, Coover, Richards, Johnson και Cattarin (1995) διαπίστωσαν ότι ο στιγματισμός με βάση το βάρος σχετίζονταν σημαντικά με την ανάπτυξη της κακής εικόνας του σώματος και των διαταραχών διατροφής σε εφήβους (N 379) και ότι το πραγματικό σωματικό βάρος δεν σχετίζονταν με την αυτοεικόνα.

Σε μια άλλη μελέτη για υπέρβαρους εφήβους, ο στιγματισμός με βάση το βάρος σχετιζόταν με τη δυσαρέσκεια του σώματος μεταξύ αγόριων και κοριτσιών, ανεξάρτητα από την εθνικότητα και την κατηγορία βάρους (Eisenberg, 2003).

Άλλες μελέτες παρουσιάζουν ότι ο στιγματισμός με βάση την εμφάνιση που πραγματοποιείται από τους γονείς και τα αδέρφια είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της δυσαρέσκειας του σώματος μεταξύ των κοριτσιών της μέσης

εκπαίδευσης (N 372), ακόμη και μετά που ο δείκτης μάζας σώματος θα τεθεί ως εξαρτημένη μεταβλητή (Keery, 2005).

Η δυσαρέσκεια του σώματος που προκύπτει από το στιγματισμό του βάρους του σώματος μπορεί με τη σειρά της να οδηγεί σε άλλα αρνητικά αποτελέσματα. Μια μελέτη σε παιδιά 10-15 ετών τα οποία ήταν κορίτσια (N 87) διαπίστωσε ότι το επίπεδο παχυσαρκίας προέβλεψε το στιγματισμό με βάση το βάρος, το οποίο με τη σειρά του προέβλεπε τη δυσαρέσκεια του σώματος και οδήγησε σε ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές για μια τριετή περίοδο (Cattarin & Thompson, 1994).

Μια αναδρομική μελέτη ενηλίκων επίσης ανέφερε ότι πιο συχνά τα παιδιά στιγματιζόντουσαν για το βάρος τους κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, μεγαλύτερο επίπεδο σωματικής δυσαρέσκειας είχαν όμως ως ενήλικες, που με τη σειρά του συσχετιζόνταν με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση (Grilo, Wilfley, Brownell, & Rodin, 1994). Μία διαπολιτισμική εργασία συμπλήρωσε τα ευρήματα αυτά. Σε μια μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε σε 96 κορίτσια τα οποία ήταν στην κατηγορία των εφήβων από την Ινδία, ο στιγματισμός διαμεσολαβούσε στην επίδραση του ΔΜΣ σχετικά με τη δυσαρέσκεια του σώματος και συσχετιζόνταν με περιοριστικές συμπεριφορές κατανάλωσης (Shroff & Thompson, 2004). Μεταξύ 634 εφήβων γυναικών από τη Σουηδία και την Αυστραλία, ο στιγματισμός με βάση το βάρος μεσολαβούσε μεταξύ της σχέσης του ΔΜΣ και της σωματικής δυσαρέσκειας (Lunner, 2000). Μια άλλη μελέτη 470 αυστραλιανών κοριτσιών εφήβων έδειξε ότι τα άτομα με τον υψηλότερο ΔΜΣ ήταν πιθανότερο να στιγματιστούν, το οποίο με τη σειρά του επηρέασε άμεσα τη δυσαρέσκεια του σώματος (VandenBerg, Wertheim, Thompson & Paxton, 2002).

Αυτή η μελέτη συμφωνεί με τα προηγούμενα ευρήματα ότι η δυσαρέσκεια του σώματος είχε προβλεφθεί πιο έντονα από τις εμπειρίες πειράγματος που σχετίζονται με το βάρος παρά από το πραγματικό σωματικό βάρος. Αυτό το εύρημα παρέχει πρόσθετη υποστήριξη ότι ο στιγματισμός επηρεάζει άμεσα τη δυσαρέσκεια του σώματος, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει άμεσα τις διατροφικές συνήθειες (Thompson, 1995). Συνολικά, αυτή η έρευνα υποδηλώνει ότι ο στιγματισμός μπορεί να είναι ένας παράγοντας κίνδυνου για την ανάπτυξη της σωματικής δυσαρέσκειας σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά και εφήβους. Κατόπιν των ανωτέρω απαιτείται περισσότερη έρευνα για να προσδιοριστεί αν ορισμένοι τύποι πειράγματος με βάση το βάρος, όπως οι εμφανείς, σχεσιακές ή φυσικές

μορφές θυματοποίησης, επηρεάζουν την εικόνα του σώματος στους νέους αλλά και να ερευνηθεί ο αντίκτυπος αυτών των εμπειριών για τα παιδιά και τους εφήβους διαφόρων ηλικιών και εθνικής προέλευσης.

2.5.3.4 Διαπροσωπικές Σχέσεις

Ένας λόγος για τον οποίο η εφηβεία είναι ένας ιδιαίτερα ευαίσθητος χρόνος για τις εμπειρίες του στίγματος τους βάρους είναι ότι ο σχηματισμός των κοινωνικών σχέσεων είναι ιδιαίτερα σημαντικός κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Η βιβλιογραφία σε αυτόν τον τομέα υποδηλώνει ότι τα αρνητικά σχόλια σχετικά με την παχυσαρκία από τους συνομηλίκους μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τις κοινωνικές σχέσεις για τα υπέρβαρα παιδιά.

Έρευνα με παιδιά σχολικής ηλικίας έχει τεκμηριώσει ότι τα παχύσαρκα παιδιά προτιμούνται λιγότερο και απορρίπτονται συχνότερα από συμμαθητές από ό,τι παιδιά μέσου βάρους (Strauss, Smith, Frame, & Forehand, 1985). Αυτό το εύρημα προέκυψε πρώτα στη βιβλιογραφία σχεδόν πριν από 40 χρόνια με τη χρήση των μεθόδων υποψηφιότητας με μαθητές δημοτικού σχολείου, για τις οποίες τα υπέρβαρα αγόρια ήταν λιγότερο πιθανό να οριστούν ως στενοί φίλοι από τους συνομηλίκους τους.

Παρόλα αυτά βρέθηκε μια μελέτη η οποία δεν βρήκε διαφορές μεταξύ των υπέρβαρων και των μη υπέρβαρων κοριτσιών ηλικίας 9 ετών (Phillips & Hill, 1998). Επιπλέον όταν ο ΔΜΣ αυξήθηκε στους φοιτητές, αυτοί έλαβαν λιγότερες προτάσεις φιλίας. Μια άλλη μελέτη 9.943 έφηβων ανέφερε ότι οι παχύσαρκοι μαθητές ήταν λιγότερο πιθανό να δαπανήσουν χρόνο με μαθητές κανονικού βάρους (Falkner et al., 2001). Μετά τον έλεγχο για το επίπεδο βαθμού, τη φυλή και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (SES), τα παχύσαρκα κορίτσια ήταν λιγότερο πιθανό να αλληλεπιδράσουν με φίλους που δεν είχαν αυξημένο βάρος και οι παχύσαρκοι άνδρες ήταν λιγότερο πιθανό να περάσουν χρόνο με τους φίλους τους και πιο πιθανό να αναφέρουν ότι αισθάνθηκαν ότι οι φίλοι δεν τους νοιάζονταν πια από όταν ήταν υπέρβαρα αγόρια.

Οι σχέσεις μπορεί επίσης να επηρεαστούν από την προκατάληψη βάρους στην εφηβική ηλικία. Οι παχύσαρκοι έφηβοι είναι λιγότερο πιθανό να κληθούν σε ραντεβού και είναι πιο δυσαρεστημένοι με την κατάσταση σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους με

σταθερό βάρος. (Pearce, 2002). Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι μόνο το 12% των εφήβων είχε βγεί ραντεβού με κάποιον που ήταν υπέρβαρος, και οι κανονικού βάρους έφηβοι εξέφρασαν ότι ήταν δυσάρεστα να βρίσκεσαι σε ραντεβού με ένα υπέρβαρο άτομο (Sobal, Nicolopoulos & Lee, 1995). Από εκείνους που έβγαιναν ραντεβού, τα έφηβα κορίτσια ήταν περισσότερο πιθανό να έχουν κανονίσει ραντεβού με έναν υπέρβαρο σύντροφο από ό,τι οι άνδρες εφήβοι.

Φαίνεται ότι τα υπέρβαρα παιδιά γνωρίζουν ότι το βάρος τους είναι ο λόγος της κοινωνικής απόρριψης. Σε μια μελέτη ηλικίας 9-11 ετών, τα υπέρβαρα παιδιά ανέφεραν ότι πίστευαν ότι το υπερβολικό βάρος τους εμποδίζει τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις με τους συνομηλίκους και το 69% πιστεύει ότι εάν χάσουν βάρος, θα έχουν περισσότερους φίλους (Pierce & Wardle, 1997). Οι έφηβοι οι οποίοι είναι υπέρβαροι έχουν αναφέρει επίσης ότι αναμένουν την απόρριψη και την κοινωνική απομόνωση.

Ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι η μεροληψία του βάρους δεν απευθύνεται μόνο στα παχύσαρκα άτομα, αλλά επίσης στιγματίζει τα άτομα που συνάπτουν μια κοινωνική σχέση με ένα παχύσαρκο άτομο (Hebl & Mannix, 2003). Αυτή η έννοια της "διάδοσης του στιγματισμού" χρειάζεται να εξεταστεί περαιτέρω για να καθοριστεί αν οι συνομηλικοί και οι φίλοι των παχύσαρκων παιδιών προσπαθούν να αποφύγουν αρνητικές αξιολογήσεις μέσω της απομάκρυνσης από τους παχύσαρκους συνομηλίκους.

2.5.3.5 Συμπεριφορές Αυτοκτονίας

Μια από τις πιο ανησυχητικές συνέπειες της παχυσαρκίας στους νέους μπορεί να είναι ο αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονικών συμπεριφορών. Πολλές μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες έχουν καταδείξει ότι οι παχύσαρκοι έφηβοι είναι πιο πιθανό να υποστηρίξουν την ιδέα της αυτοκτονίας (Ackard, Neumark, Sztainer, Story, & Perry, 2003; Eaton, Lowry, Brener, Galuska & Crosby, 2005; Falkner et al., 2001). Για παράδειγμα, στη μελέτη 9.443 εφήβων, ο Falkner και οι συνεργάτες του απέδειξαν ότι τα παχύσαρκα κορίτσια είχαν 1,7 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν μια απόπειρα αυτοκτονίας στο προηγούμενο έτος από ό,τι οι πιο αδύναμοι συνομηλικοί, ακόμα και μετά τον έλεγχο για το επίπεδο βαθμού, της φυλή και του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (Falkner, 2001).

Επιπλέον, η έρευνα έχει παρουσιάσει ότι ο ΔΜΣ και οι αυτο-αντιλήψεις του να είναι κάποιος ελαφρώς ή πολύ υπέρβαρος σχετίζονταν θετικά με την ιδέα της αυτοκτονίας μεταξύ καυκάσιων, ισπανόφωνων και μαύρων μαθητών, και ότι μεταξύ των καυκάσιων μαθητών το να έχει κάποιος την αντίληψη ότι ο ίδιος είναι πολύ υπέρβαρος σχετίζεται με περισσότερες προσπάθειες αυτοκτονίας. Επίσης μεταξύ των φοιτητών του Καυκάσου, το να αντιλαμβάνεται κάποιος τον εαυτό του ως υπέρβαρο συσχετίστηκε με μεγαλύτερες προσπάθειες αυτοκτονίας (Eaton, 2005).

Ίσως να μην προκαλεί έκπληξη ότι η θυματοποίηση και ο στιγματισμός με βάση το βάρος αναδύονται ως παράγοντες κινδύνου για τάσεις και απόπειρες αυτοκτονίας μεταξύ των υπέρβαρων εφήβων. Κατά τη διερεύνησή περισσότερων από 4.000 εφήβων σχετικά με τον στιγματισμό με βάση το βάρος, ο Eisenberg και οι συνεργάτες του (2003) διαπίστωσαν ότι ο στιγματισμός σχετίζεται με τάσεις και προσπάθειες αυτοκτονίας τόσο για τα κορίτσια όσο και για τα αγόρια, και επιπλέον εκείνοι που είχαν στιγματιστεί με βάση το βάρος τους ήταν 2-3 φορές πιο πιθανό να αναφέρουν τάσεις αυτοκτονίας από ό,τι οι έφηβοι που δεν είχαν στιγματιστεί. Ομοίως, ο Neumark - Sztainer και οι συνεργάτες του (2002) διαπίστωσαν ότι το 51% των κοριτσιών που ήταν θύματα όσον αφορούσε το βάρος από τους συνομηλίκους και τα μέλη της οικογένειας είχαν σκεφτεί την αυτοκτονία σε σύγκριση με το 25% αυτών που δεν είχαν στιγματιστεί. Μεταξύ των αγοριών, το 13% εκείνων που είχαν στιγματιστεί από την οικογένεια τους σχετικά με το βάρος τους ανέφεραν την απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με το 4% που δεν είχε στιγματιστεί. Αν και χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να κατανοηθεί καλύτερα ο βαθμός στον οποίο το στίγμα και ο πειραματισμός αυξάνουν την ευπάθεια σε αυτοκτονικές συμπεριφορές σε υπέρβαρους και παχύσαρκους νέους, τα σημερινά ευρήματα είναι απογοητευτικά. Συνεπώς κρίνεται απαραίτητη η μελέτη της επίδρασης των στιγματιστικών εμπειριών στην συναισθηματική ευημερία σε αυτόν τον πληθυσμό.

2.5.3.6 Περιπτώσεις Σωματικής Υγείας

Η σωματική υγεία μπορεί επίσης να επηρεαστεί από το στίγμα του βάρους με άμεσο και έμμεσο τρόπο. Οι υπέρβαροι έφηβοι που δέχονται συχνά πειράγματα με βάση το βάρος είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν σε διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς, όπως το τσιμπολόγημα, η χρόνια δίαιτα, ο έμετος και η ανθυγιεινή χρήση χάπιων διατροφής ή καθαρτικών, ακόμα και όταν ελέγχεται το BMI. (Libbey, 2008) Ομοίως, μία έρευνα έχει αποδείξει ότι το πείραγμα που βασίζεται στο βάρος προέβλεψε ότι το τσιμπολόγημα θα φτασει σε έξαρση σε 5 χρόνια παρακολούθησης μεταξύ των αρσενικών και των θηλυκών, ακόμη και μετά τον έλεγχο άλλων παραγόντων (Haines, 2006). Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι το πείραγμα το οποίο βασίζεται στο βάρος και όχι μόνο το σωματικό βάρος, συμβάλλει στη διαταραχή του φαγητού. Η θυματοποίηση με βάση το βάρος έχει επίσης συσχετιστεί με μειωμένη σωματική δραστηριότητα και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο (Matthews, 2003; Gray, 2008). Για παράδειγμα, οι νέοι με υπερβολικό βάρος που έχουν υποστεί βία από τους συνομηλίκους τους είναι λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν σε φυσική δραστηριότητα ενώ δείχνουν να συμμετέχουν σε διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα (Storch, 2007). Λαμβάνοντας υπόψη πρόσφατες έρευνες που υποδηλώνουν ότι οι νέοι με υπερβολικό βάρος ή οι παχυσαρκοί συχνά εκφοβίζονται σε σωματικές δραστηριότητες όπως η τάξη κατά την οποία πραγματοποιείται η γυμναστική (Petersonj, 2012) είναι πιθανό να αποφεύγουν τη σωματική δραστηριότητα για να ξεφύγουν από τη θυματοποίηση. Τα υπέρβαρα αλλά και τα παχύσαρκα κορίτσια μπορεί επίσης να διατρέχουν κίνδυνο αυξημένης συχνότητας χρήσης ουσιών η οποία έχει τεκμηριωθεί ως μια στρατηγική αντιμετώπισης του στρες που σχετίζεται με τη στοχοποίηση σε σχέση με το βάρος (Farhat, 2010). Τελικά, η τλαιπωρία που προκύπτει από τη θυματοποίηση με βάση το βάρος μπορεί να αυξήσει για τους νέους και τους εφήβους τον κίνδυνο για κακές επιπτώσεις στην υγεία, όπως η υπέρταση και η δυσανεξία στη γλυκόζη (Matthews, 2003). Η αναγνώριση ότι ο εκφοβισμός συμβάλλει στις συνέπειες για την υγεία για τα παχύσαρκα παιδιά αποτελεί ανησυχία και οι γονείς γίνονται όλο και περισσότερο ενήμεροι.

Παρατηρήσεις από μια εθνική αντιπροσωπευτική έρευνα, το 2008 στα νοικοκυρια 2064 ατόμων σχετικά με τις ανησυχίες των γονέων για την υγεία διαπίστωσε ότι οι γονείς

με παιδιά με υπερβολικό βάρος ή παχύσαρκα παιδιά χαρακτηρίζουν τον εκφοβισμό ως την κορυφαία ανησυχία τους για την υγεία του παιδιού τους (C.S. MottChildren'sHospital, 2008).

2.6 Εκπαιδευτικά Προγράμματα σχετικά με τον Εκφοβισμό

Οι προσεγγίσεις ολόκληρου του σχολικού συστήματος για τη μείωση του εκφοβισμού είναι σχετικά ατελέσφοροι. Τα προγράμματα καταπολέμησης του εκφοβισμού παρουσιάζουν προβλήματα για πέντε κρίσιμους λόγους. Πρώτον, όπως προαναφέρθηκε, πολλές αν όχι οι περισσότερες μελέτες παρέμβασης βασίστηκαν στην αυτοαναφορά των δεικτών του εκφοβισμού και της θυματοποίησης, οι οποίοι μπορεί να μην είναι επαρκείς, έγκυρες και ακριβείς για την ανίχνευση αλλαγής της συμπεριφοράς. Δεύτερον τα περισσότερα προγράμματα καταπολέμησης του εκφοβισμού δεν είναι καλά τεκμηριωμένα σε έναν οδηγό με θεωρητικό πλαίσιο που θα ενημερώνει την ανάπτυξη του προγράμματος και την αξιολόγηση. Τρίτον, οι περισσότεροι αποτυγχάνουν να κατευθύνουν τις παρεμβάσεις στην κοινότητα που προάγει και στηρίζει τη διάπραξη του εκφοβισμού όπως οι συμμαθητές και οι οικογένειες. Τέταρτον, πολλά από αυτά τα προγράμματα δεν αντιμετωπίζουν τα μεταβαλλόμενα δημογραφικά στοιχεία των κοινοτήτων και αποτυγχάνουν να συμπεριλάβουν παράγοντες όπως η φυλή, η αναπηρία και ο σεξουαλικός προσανατολισμός. Τέλος, τα σχολικά προγράμματα σχεδιάζονται έτσι ώστε να προσεγγίζουν όλους τους μαθητές, όταν στην πραγματικότητα είναι σχετικά μικρό το ποσοστό των μαθητών που ασχολούνται άμεσα με τη διάπραξη του εκφοβισμού (συνήθως το 10% -20% των μαθητών είναι οι δράστες του εκφοβισμού). Τα Εκπαιδευτικά προγράμματα σπάνια περιλαμβάνουν άμεση παρέμβαση για τους δράστες, οι οποίοι χρειάζονται να διδάσκονται πώς να εμπλέκονται σε κοινωνικές συμπεριφορές (Sweeper, 2009)

2.7 Κοινωνικό-Οικολογικό Μοντέλο Εκφοβισμού

Υποστηρίζεται από πολλούς ερευνητές ότι ένα κοινωνικο-οικολογικό πλαίσιο είναι ιδιαίτερα χρήσιμο (Espelage & Swearer, 2004; Espelage & Swearer, 2010). Το πλαίσιο αυτό αντικατοπτρίζει τη συμπεριφορά των νέων όπως διαμορφώνεται από μεμονωμένα χαρακτηριστικά και μια σειρά από ένθετα συστηματικά συστήματα των σχολείων, των ενηλίκων, των γειτονιών και της κοινωνίας (Benbenishty & Astor, 2005, Bronfenbrenner, 1979).

Η οικολογική προοπτική παρέχει ένα εννοιολογικό πλαίσιο για τη διερεύνηση των συνδυασμένων επιπτώσεων των κοινωνικών πλαισίων και επιρροών στην ανάπτυξη της συμπεριφοράς. Στο πλαίσιο αυτό, τα συστήματα που επηρεάζουν άμεσα τα παιδιά και τους εφήβους περιλαμβάνουν οικογένειες, σχολεία, ομάδες συνομηλίκων, σχέσεις δασκάλου-μαθητή, γονέα-παιδιού, σχέσεις γονέων-σχολείων, γειτονίες και πολιτιστικές προσδοκίες. Αυτή η προοπτική έχει χρησιμοποιηθεί για την πρόβλεψη της σχολικής βίας σε μια μελέτη στο Ισραήλ (με δείγμα 10.400 μαθητών στις τάξεις 7-11 σε 162 σχολεία σε ολόκληρο το Ισραήλ), που δείχνουν ότι οι μεταβλητές όπως το φύλο, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ένας θρησκευτικός / πολιτιστικός εστιασμένος τύπος σχολείου έναντι άλλου, γεμάτες τάξεις και το σχολικό κλίμα συνδέονται με εμπλοκή στη σχολική βία (Khoury-Kassabri, Benbenishty, Astor, & Zeira, 2004).

Αν και μια κοινωνικο-οικολογική προοπτική για τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των συστημάτων στη σχολική βία έχει μελετηθεί στη βιβλιογραφία, η εφαρμογή αυτού του πλαισίου στην εκφοβιστική βιβλιογραφία εξελίχθηκε πιο αργά. Μια κοινωνικο-οικολογική προοπτική προσφέρει μια ολιστική άποψη του εκφοβισμού, αλλά σε αυτό το πλαίσιο βρίσκονται προσανατολισμένες οι διαδικασίες θεωρίας της συμπεριφοράς και της αλλαγής συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους. Για παράδειγμα, διερευνάται εάν οι θετικές επιρροές από τους συνομηλίκους ή το θετικό σχολικό κλίμα εμποδίζει τους εφήβους να συμμετάσχουν στον εκφοβισμό. Αναλύεται επίσης ο τρόπος που οι αναπτυξιακές απαιτήσεις της εφηβείας ενθαρρύνουν τη χρήση του εκφοβισμού για την εδραίωση της κυριαρχίας μέσα σε μια ομάδα συνομηλίκων. Σε ατομικό επίπεδο, ερευνώνται οι γνωστικοί παράγοντες που υποστηρίζουν ή αναστέλλουν την εμπλοκή στον εκφοβισμό (Doll & Swearer, 2006). Μελλοντική εμπειρική έρευνα στην πρόληψη του

εκφοβισμού και στη παρέμβαση θα πρέπει να εξετάσουν αυτά τα ερωτήματα με βάση την κοινωνικο-οικολογική θεωρία.

2.8 Σχολικές Προσπάθειες για την Αντιμετώπιση του Σχολικού Εκφοβισμού

Οι σχολικές προσπάθειες κατά του εκφοβισμού συχνά περιλαμβάνουν καθολικά προγράμματα τα οποία ανταποκρίνονται σε όλο το σχολικό πληθυσμό, συνήθως με στόχο την αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τον εκφοβισμό και τη μείωση συμπεριφορών εκφοβισμού μεταξύ των μαθητών. Αν και κάποιες έρευνες έχουν επιδείξει σημαντικά και θετικά αποτελέσματα για τις αντι-εκφοβιστικές παρεμβάσεις και προσπάθειες πρόληψης στα σχολεία (π.χ., Cross, Hall, Hamilton, Pintabona, & Erceg, 2004; Freyetal, 2009; Olweus, 1993α, 2004; Salmivalli, Kaukiainen, Voeten&Sinisammal, 2004), δεν είχαν όλες οι προσπάθειες σταθερή επιτυχία (π.χ., Bauer, Lozano, & Rivara, 2007, Hanewinkel, 2004; Limber, Nation, Tracy, Melton & Flerx, 2004). Στην πραγματικότητα, τέσσερις πρόσφατες μελέτες που αξιολογούν τις σχολικές προσπάθειες κατά του εκφοβισμού έδωσαν μικτά αποτελέσματα. (Sweeper, 2009)

Αποτελέσματα από μια μετα-ανάλυση του 2004 που αφορούσε 14 πλήρη σχολικά προγράμματα των Smith, Schneider, Smith και Ananiadou (Smith, 2004) βρήκαν μεγέθη μικρού έως αμελητέου αποτελέσματος για τις επιθυμητές αλλαγές στις αυτοαξιολογήσεις των μαθητών σχετικά με τη θυματοποίηση και τη διάπραξη παραπτωματικών πράξεων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα αποτελέσματα του προγράμματος ήταν στην πραγματικότητα αρνητικά, με συνέπεια την αύξηση του εκφοβισμού μεταξύ των μαθητών. Αυτές οι αυξήσεις που αναφέρθηκαν ωστόσο, μπορεί να αντανάκλουν την αύξηση της ευαισθητοποίησης και την επαγρύπνηση σχετικά με τις συμπεριφορές εκφοβισμού. Η εγκυρότητα των αυτο-αναφορών σπάνια αμφισβητείται στις μελέτες παρενόχλησης. Στην πραγματικότητα, πολύ συχνά οι ερευνητές βασίζονται σε ανώνυμες αυτοαναφορές για τη μέτρηση των αποτελέσματος του προγράμματος, χωρίς επιβεβαίωση από άλλες πηγές.

Αυτός ο σημαντικός περιορισμός τονίζεται από τον Frey και άλλους (Frey, 2009) σε μια πρόσφατη διαχρονική μελέτη των βημάτων για την τήρηση του προγράμματος

κατά του εκφοβισμού στην οποία διαπιστώθηκε ότι η "αλλαγή" συνδέεται στενά με τη μέθοδο η οποία χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει την αλλαγή (δηλ. οι παρατηρήσεις εναντίον των αναφορών των καθηγητών και μαθητών).

Οι Vreeman και Carroll (2007) εξέτασαν τα ευρήματα 26 μελέτων αξιολόγησης διαφόρων σχολικών προσπαθειών κατά του εκφοβισμού, διακρίνοντας τα μεταξύ προγραμμάτων στα πλαίσια της τάξης, ολόκληρου του σχολικού συγκροτήματος / πολυεπιστημονικών παρεμβάσεων και στοχοθετημένων κοινωνικών και συμπεριφορικών ικανοτήτων κατάρτισης για τους θύτες και τα θύματα. Τα πιο ελπιδοφόρα αποτελέσματα ήταν εκείνα τα οποία αναφέρθηκαν για προσπάθειες καταπολέμησης του εκφοβισμού σε ολόκληρο το σχολείο, συμπεριλαμβανομένων αυτών που στόχευαν στην θέσπιση κανόνων και στην ενημέρωση των συνεπειών για τον εκφοβισμό σε σχολεία, για την κατάρτιση των εκπαιδευτικών, τις στρατηγικές επίλυσης συγκρούσεων και τα προγράμματα διδασκαλίας στην τάξη αλλά και για την ατομική εκπαίδευση. Τα ευρέως διαδεδομένα προγράμματα στο σχολείο βρέθηκαν να είναι πολύ πιο αποτελεσματικά στη μείωση του εκφοβισμού και της θυματοποίησης από τα προγράμματα σπουδών στην τάξη ή τις στρατηγικές κατάρτισης των κοινωνικών δεξιοτήτων αν και τουλάχιστον κάποια έδειξε μερικά θετικά οφέλη αυτών των δύο τελευταίων προσεγγίσεων.

Από τις δέκα μελέτες που αξιολογούν το σύνολο των σχολικών προγραμμάτων, 2 μελέτες εξέτασαν τον αντίκτυπο του πρωτοποριακού προγράμματος πρόληψης του εκφοβισμού από τον Olweus (OBPP), που διεξήχθησαν στη Νορβηγία, τα οποία απέδωσαν διαφορετικά αποτελέσματα. Αν και ο Olweus (1993α, 1994) ανέφερε μειώσεις τόσο στον εκφοβισμό όσο και στη θυματοποίηση, ο Roland (1993, 2000) ανέφερε αυξήσεις του εκφοβισμού (για τα αγόρια) και για τη θυματοποίηση (για αγόρια και κορίτσια). Σε Επτά από τα άλλα 8 σχολεία οι παρεμβάσεις κατέδειξαν τουλάχιστον ορισμένες σημαντικές βελτιώσεις οσον αφορά τον εκφοβισμό ή τη θυματοποίηση, αν και τα αποτελέσματα ποικίλλουν ανάμεσα στα υποδείγματα και τα διάφορα μέτρα που έχουν παρθεί.

Παρά τα μάλλον απογοητευτικά αποτελέσματα αυτών των δύο μετα-αναλύσεων, μια τρίτη πρόσφατη μετα-ανάλυση των Ttofi, Farrington, και του Baldry (2008) έδωσαν μερικά μικτά αποτελέσματα. Σε μια έκθεση για το σουηδικό Εθνικό Συμβούλιο για την

Πρόληψη του Εγκλήματος, οι συγγραφείς αξιολόγησαν 30 εκφοβιστικές παρεμβάσεις, εκ των οποίων οι 13 βασίστηκαν στην OBPP. Αυτή η μετα-ανάλυση ήταν αξιοσημείωτη λόγω των αυστηρών διαδικασιών επιλογής που χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη (δηλαδή εστίαση στη μείωση του σχολικού εκφοβισμού, σαφής ορισμός του εκφοβισμού, πως ο εκφοβισμός μετράται χρησιμοποιώντας τις αυτοαναφορές, μελέτες που περιελάμβαναν τόσο πειραματικές όσο και συνθήκες ελέγχου, συμπερίληψη του μεγέθους των αποτελεσμάτων αλλά και μεγέθη δειγμάτων τα οποία είναι 200 ή μεγαλύτερα). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο εκφοβισμός και η θυματοποίηση μειώθηκαν κατά 17% έως 23% σε σύγκριση με τα πειραματικά σχολεία σε σχέση με τα σχολεία ελέγχου, με προγράμματα βασισμένα στο OBPP τα οποία ήταν τα πιο αποτελεσματικά. Ο Ttofi και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι οι μειώσεις στον εκφοβισμό συσχετίστηκαν με την εκπαίδευση των γονέων, τις πειθαρχικές μεθόδους (διχοτομημένες ως τιμωρητικές έναντι μη ποινικής δίωξης), την επικοινωνία στο σπίτι-σχολείο, τους κανόνες στην τάξη, την διαχείριση της τάξης και την χρήση εκπαιδευτικών βίντεο. (Ttofi, 2008)

2.9 Συσχέτιση Σχολικού Εκφοβισμού και Παιδικής Παχυσαρκίας

Πρόσφατες έρευνες υποδηλώνουν ότι το να είσαι υπέρβαρος ή παχύχαρκος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τον εκφοβισμό και τον εκφοβισμό από κάποιον συνομήλικό σου. Για παράδειγμα, οι Griffiths et al. (2005) διαπίστωσαν ότι τα παχύσαρκα παιδιά ήταν πιο πιθανό να είναι εμφανή θύματα εκφοβισμού, σε σύγκριση με τα παιδιά με μέσο βάρος (μέση ηλικία δείγματος 7,5 έτη). Άλλες μελέτες κοόρτης με μεγαλύτερα παιδιά έχουν επίσης βρει στοιχεία που επιβεβαιώνουν την διαπίστωση αυτή (Janssen, Craig, Boyce, & Pickett, 2004). Συγκεκριμένα χρησιμοποιώντας αυτο-αναφορές ύψους/βάρους και εκφοβισμού, οι Janssen και συνεργάτες (2004) διαπίστωσαν ότι η κατάσταση υπέρβαρου/παχυσαρκίας σχετίζεται με την θυματοποίηση μέσω του εκφοβισμού από άλλους συμμαθητές τους σε παιδιά ηλικίας 11 έως 14 ετών αλλά όχι σε παιδιά ηλικίας 15-16 ετών.

2.9.1 Συσχέτιση της Εκπαίδευσης με τον Σχολικό Εκφοβισμό

Οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι φοιτητές αντιμετωπίζουν τον στιγματισμό λόγω τους βάρους τους από τους συμμαθητές τους αλλά και τους εκπαιδευτικούς τους μέσα σε εκπαιδευτικά πλαίσια. (Puhl, 2009).

Τα αρνητικά στερεότυπα με βάση το βάρος ως προς τους παχύσαρκους μαθητές όλο και περισσότερο αναφέρονται από τους εκπαιδευτικούς. (Neumark-Sztainer, 2009). Η έρευνα καταδεικνύει ότι οι εκπαιδευτικοί έχουν: α) προκατειλημμένες αντιλήψεις για το υπερβολικό βάρος και τις ικανότητες των νέων, βλέποντάς τους να έχουν φτωχότερες κοινωνικές, συλλογιστικές, σωματικές και συνεργατικές δεξιότητες ακόμα και από τους μη εξωστρεφείς μαθητές, καθώς και β) χαμηλότερες προσδοκίες για τους μαθητές με υπερβολικό βάρος (Greenleaf, 2005). Αυτές οι προκαταλήψεις ενδέχεται να περιορίσουν τις διαθέσιμες εκπαιδευτικές ευκαιρίες για τους μαθητές με υπερβολικό βάρος.

Πρόσφατη μελέτη από τους Burmeister και τους συνεργάτες τους, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2012 διαπίστωσε ότι οι μαθητές με υψηλότερους ΔΜΣ ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό από ό,τι οι μαθητές μεσαίου βάρους να λαμβάνουν προσφορές για μεταπτυχιακά προγράμματα μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος της διαδικασίας συνέντευξης τους, παρά τη λήψη περισσότερων θετικών επιστολών συστάσεων συνολικά (Burmeister, 2012).

Οι παχύσαρκοι μαθητές αναφέρουν επίσης την ευαισθητοποίηση σχετικά με την προκατάληψη σε βάρους από τους εκπαιδευτικούς, (Bauer, 2004) με την προηγούμενη αναφορά να τεκμηριώνει ότι πάνω από το ένα τρίτο των υπέρβαρων και παχύσαρκων γυναικών (N ¼ 2449) ανέφεραν ότι έζησαν τον στιγματισμό λόγω βάρους από έναν δάσκαλο ή εκπαιδευτικό, με ποσοστό άνω του 20% να δείχνει ότι τέτοιες εμπειρίες εμφανίστηκαν σε πολλαπλές περιπτώσεις (Puhl, 2006).

Πρόσφατη έρευνα έχει αποδείξει περαιτέρω ότι οι εμπειρίες που βασίζονται στον εκφοβισμό με βάση το βάρος επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ της κακής σχολικής απόδοσης και του δείκτη μάζας σώματος ανάμεσα στους μαθητές (Krukowski, 2009).

Χρειάζεται περισσότερη έρευνα στον τομέα αυτό για να καθοριστεί η φύση και η έκταση του στίγματος που συμβάλλει στην διαφορά των εκπαιδευτικών αποτελεσμάτων

μεταξύ των μαθητών με υπερβολικό βάρος και των λεπτότερων συμμαθητών τους, ώστε να μπορέσει να επηρεάζει και να μην αποτελεί το υπερβολικό βάρος παράγοντα αρνητικό για τα εκπαιδευτικά αποτελέσματα που φέρουν τα παιδιά.

2.9.2 Συσχέτιση Νεολαίας και Σχολικού Εκφοβισμού

Για τους νέους που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, ο στιγματισμός βάρους μεταφράζεται σε διαδεδομένη θυματοποίηση, πειράγματα και εκφοβισμό. Αυτές οι εμπειρίες μπορεί να είναι σαφείς (π.χ.: προφορικά πειράγματα, παρατσούκλια, σωματική βία) ή μπορεί να πάρει πιο λεπτές μορφές όπως η σχετική θυματοποίηση (π.χ. κοινωνικός αποκλεισμός, αποφυγή ή αντικείμενο φημών).

Μελέτες αυτοαναφοράς, κοόρτης και πειραματικές μελέτες οι οποίες εξέτασαν αυτές τις εμπειρίες σε υπέρβαρους και παχύσαρκους νέους έδειξαν ότι η προκατάληψη βάρους και τα αρνητικά στερεότυπα έχουν καθιερωθεί νωρίς στην παιδική ηλικία (Puhl, 2007).

Μεταξύ των παιδιών τα οποία είναι έως τριών ετών, οι υπέρβαροι συνομηλικοί περιγράφονται ως: άσχημοι, ανόητοι, τεμπέληδες και ανεπιθύμητοι συμπαίκτες, ενώ από την ηλικία των τεσσάρων ετών τα παιδιά μπορούν να αναγνωρίσουν το υπερβολικό βάρος ως λόγο αρνητικών στάσεων απέναντι στους συνομηλίκους που είναι πιο βαρείς. (Cramer, 1998).

Καθώς τα παιδιά εισέρχονται στο δημοτικό σχολείο, τα στερεότυπα επιδεινώνονται με τους μαθητές να αναφέρουν ότι οι υπέρβαροι συνομήλικοι είναι: άσχημοι, εγωιστές, τεμπέληδες και ηλίθιοι, εκφοβίζονται και έχουν λίγους φίλους (Wardle, 1995).

Οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι νέοι στο δημοτικό σχολείο αντιμετωπίζουν λιγότερη αποδοχή από τους συνομηλίκους τους, έχουν λιγότερους φίλους και βιώνουν υψηλότερα ποσοστά εκφοβισμού από τους πιο αδύνατους συνομηλίκους τους, ακόμη και μετά τον έλεγχο των μεταβλητών του φύλου, της φυλής, των κοινωνικών δεξιοτήτων και του βαθμού (Krukowski, 2009; Lumeng, 2010; Zeller, 2008).

Στις τάξεις, Τρίτη έως έκτη δημοτικού, η πιθανότητα πραγματοποίησης εκφοβισμού είναι 63% υψηλότερη για ένα παχύσαρκο παιδί σε σύγκριση με έναν συνομήλικό του με υγιές βάρος (Lumeng, 2010).

Στο γυμνάσιο, ο εκφοβισμός είναι περισσότερο σοβαρός, συχνός και αναστατωτικός για τους νέους που είναι υπέρβαροι σε σύγκριση με τους μη υπέρβαρους συνομηλίκους (Hayden-Wade, 2005) και προκαλεί πιο αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις σε σύγκριση με το να εκφοβίζεται για άλλους λόγους (Carlson Jones, 2005). Αυτό φαίνεται ιδιαίτερα εμφανές μεταξύ των κοριτσιών και των νέων με αυξημένο βάρος (Faith, 2002). Μια μελέτη 4.746 μαθητών μέσης και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης διαπίστωσε ότι το 30% των κοριτσιών και το 24% των αγοριών ανέφεραν ότι πραγματοποιήθηκε ένα είδος εκφοβισμού με βάση το βάρος από τους συμμαθητές τους. Για τους μαθητές με ή πάνω από το 95ο εκατοστημόριο όσον αφορά τον ΔΜΣ, τα ποσοστά θυματοποίησης αυξήθηκαν στο 63% για τα κορίτσια και στο 58% για τα αγόρια (Neumark-Sztainer, 2002). Ομοίως, μια μελέτη 8.210 νέων έδειξε ότι το 36% των παχύσαρκων αγοριών και το 34% των παχύσαρκων κοριτσιών ανέφεραν ότι ήταν θύματα πειράγματος με βάση το βάρος καθώς και διάφορων άλλων μορφών εκφοβισμού (Griffiths, 2006).

Σε όλη τη διάρκεια της εφηβείας, ο εκφοβισμός με βάση το βάρος παραμένει ευρέως διαδεδομένος. Σε πρόσφατη έρευνα που εξέτασε την θυματοποίηση σε έφηβους ηλικίας 13-19 ετών (N ¼ 1555), οι μαθητές ανέφεραν ότι το βάρος είναι ο πιο συνηθισμένος λόγος για τον οποίο οι συμμαθητές τους ήταν θύματα εκφοβισμού στο σχολείο από τους συνομηλίκους τους, ο οποίος ήταν και ο συχνότερος από άλλους λόγους εκφοβισμού όπως ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η φυλή. Η έρευνα αυτή διαπίστωσε επίσης ότι το 92% των εφήβων ανέφερε ότι παρατήρησε ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι συμμαθητές τους σχολιάζονται στο σχολείο, το 85% παρατηρεί ότι αυτό συμβαίνει συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια φυσικών δραστηριοτήτων (π.χ. ώρα γυμναστικής), το 67% τους θεώρησε αποκλεισμένους από τις κοινωνικές εκδηλώσεις και το 57% των παιδιών μαρτυρούν ότι θεωρούν ότι απειλούνται προφορικά ενώ το 54% τους θεωρεί σωματικά παρενοχλημένους (Puhl, 2011).

Επιπλέον, η Εθνική Ένωση Εκπαίδευσης (2011) παρακολούθησε 5.056 καθηγητές σε όλο τον κόσμο σχετικά με τις αντιλήψεις τους για διαφορετικές μορφές εκφοβισμού

απέναντι σε μαθητές και κατά παρόμοιο τρόπο διαπίστωσε ότι ο εκφοβισμός με βάση το βάρος θεωρήθηκε ως η πιο προβληματική μορφή εκφοβισμού στο σχολικό περιβάλλον.

Από τα αποτελέσματα όλων των ανωτέρω ερευνών τεκμηριώνεται ότι υπάρχει στιγματισμός λόγω βάρους στο σχολικό περιβάλλον και ο εκφοβισμός εις βάρος των υπέρβαρων και τους παχύσαρκων μαθητών είναι σημαντικός και υποδεικνύει μια σαφή ανάγκη για παρέμβαση για τον εντοπισμό των νέων που κινδυνεύουν περισσότερο αλλά και για την εφαρμογή μέτρων που θα βοηθήσουν στην προστασία των υπέρβαρων και παχύσαρκων μαθητών από το διάχυτο πείραγμα και τα βασανιστήρια (Bradshaw, 2011).

2.9.3 Συσχέτιση του Υπερβολικού Βάρους με τον Σχολικό Εκφοβισμό

Μεταξύ των παιδιών και των εφήβων που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι μπορεί να υπάρχει μια ορατή διαφορά που έχει ως αποτέλεσμα την υποβολή τους σε εκφοβισμό. Αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τα υπέρβαρα παιδιά και οι έφηβοι είναι συχνότερα στόχοι εκφοβισμού από τους συνηθισμένους συνομηλίκους τους και εκφοβίζονται πιο έντονα και εντατικά από όσους δεν είναι υπέρβαροι (Brixval, Rayce, Rasmussen, Holstein, & Due, 2012; Danielsen, 2012; Hayden-Wade, 2005; Lumeng, 2010; McCormack, 2011).

Το να εκφοβίζεται κάποιος εξαιτίας του υπερβολικού βάρους μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενείς προσπάθειες αντιμετώπισης, όπως η αποφυγή σωματικής άσκησης ή επιδοκίμασία του φαγητού (Puhl & Luedicke, 2012).

Τα υπέρβαρα / παχύσαρκα παιδιά μπορεί να γίνουν στόχοι εκφοβισμού συχνότερα από παιδιά με κανονικό βάρος αλλά επιπλέον λόγω της ψυχολογικής δυσφορίας που βιώνουν μπορεί επίσης να αντιληφθούν την εχθρότητα στις ουδέτερες αλληλεπιδράσεις και με αυτό τον τρόπο τα υπέρβαρα / παχύσαρκα άτομα μπορεί κατά συνέπεια να αναπτύξουν ψυχολογική δυσχέρεια και να μειώσουν τον εαυτό τους (Danielsen, 2012; Greenwood & DalCin, 2012). Συνεπώς οι παχύσαρκοι / υπέρβαροι έφηβοι μπορούν επίσης να αντιληφθούν ότι εκφοβίζονται και ότι τους αποφεύγουν λόγω της παραμορφωμένης επεξεργασίας των κοινωνικών πληροφοριών. Ένας έφηβος με αρνητική αυτο-αντίληψη μπορεί να αναμένει αρνητική προσοχή και να το αντιληφθεί στις

κοινωνικές αλληλεπιδράσεις που επιδιώκουν άλλοι να παραμείνουν ουδέτεροι ή και θετικοί, όπως μπορεί να συμβαίνει μεταξύ των εφήβων με κατάθλιψη και διαταραχής άγχους (Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011).

Παρόλο που οι νέοι εκφοβίζονται για διάφορους λόγους, οι παλαιότερες μελέτες δείχνουν ότι ο πρωταρχικός λόγος είναι το βάρος τους (Puhl, 2011). Οι μεροληψίες σωματικού βάρους αρχίζουν νωρίς στην παιδική ηλικία (Puhl, 2013) και οι αρνητικές στάσεις που σχετίζονται με το βάρος υφίστανται ήδη από την ηλικία των τριών ή τεσσάρων ετών (Goldfield, 2010). Οι μαθητές δημοτικού σχολείου με υπερβολικό βάρος αλλά και οι παχύσαρκοι βιώνουν στιγματισμό και αυξημένο εκφοβισμό, γεγονός που αυξάνει τη σοβαρότητα και τη συχνότητα καθώς εισέρχονται στο γυμνάσιο και το συγκεκριμένο συμβάν εξακολουθεί να επικρατεί σε όλο το γυμνάσιο (Puhl RM, 2013). Τα ευρήματα δείχνουν ότι έως και ένας στους τέσσερις νέους είναι θύματα πειράγματος σχετικά με το βάρος (WT). Οι προεκτάσεις του WT είναι παρόμοιες σε κάθε φυλή / εθνικότητα, αλλά ποικίλλουν ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) (vandenBerg, 2010; Madowitz, 2012; Neumark-Sztainer, 2002).

Ο εκφοβισμός που σχετίζεται με το βάρος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ψυχική υγεία της νεολαίας. Συνδέεται με την αύξηση της σοβαρότητας και της συχνότητας του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Eisenberg, 2013). Η νεολαία που ζει με τη παχυσαρκία και είναι θύματα του εκφοβισμού λόγω του βάρους είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και κακή δυσαρέσκεια του σώματος από ό,τι η νεολαία που ζει με παχυσαρκία και δεν είναι θύματα εκφοβισμού λόγω του βάρους. Τα θύματα τα οποία εκφοβίζονται λόγω του βάρους είναι δύο έως τρεις φορές πιο πιθανό να προβούν σε αυτοκτονία (Olfson, 2014). Η κακή ψυχική υγεία είναι ένας τομέας ανησυχίας μεταξύ των νέων λόγω του αυξανόμενου επιπολασμού του (Fryers, 2013) και της σχέσης τους με τις ψυχιατρικές διαταραχές στην ενηλικίωση (Hayden-Wade, 2015).

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα υπέρβαρα / παχύσαρκα κορίτσια βρίσκονται περισσότερο σε περιπτώσεις διακρίσεων λόγω βάρους από ότι τα υπέρβαρα / παχύσαρκα αγόρια. Οι διακρίσεις κατά παχύσαρκων ατόμων παρατηρούνται και μεταξύ των νέων, και πιθανότατα τα κορίτσια ίσως είναι πιο πιθανόν να ασκήσουν εκφοβισμό εναντίων των συμμαθητών τους (Latner, 2003). Επιπλέον, είναι πιθανότερο τα κορίτσια να καπνίζουν

περισσότερο από τα αγόρια, να πίνουν και να χρησιμοποιούν ναρκωτικά όταν ανησυχούν υπερβολικά για την έγκριση των συνομηλίκων (Roarback, 2002).

Η μελέτη αυτή δείχνει επίσης τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά τη σχέση υπέρβαρου / παχυσαρκίας με επιθετικές συμπεριφορές. Σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους με φυσιολογικό βάρος υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος των νεότερων παχύσαρκων αγοριών να γίνουν θύματα εκφοβισμού, συμπέρασμα που συμπίπτει με διάφορα ευρήματα από προηγούμενες μελέτες. Η σχέση του υπερβολικού βάρους / παχυσαρκίας με την εκφοβιστική συμπεριφορά θα μπορούσε να προκύψει από τις διαταραχές των σχέσεων μεταξύ τους αλλά και λόγω της μεροληψίας βάρους. Οι παρατηρούμενες διαφορές φύλου στη επιθετική συμπεριφορά που σχετίζεται με το υπερβολικό βάρος / παχυσαρκία είναι σύμφωνες με προηγούμενες έρευνες που δείχνουν ότι τα αγόρια είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν εξωτερικές συμπεριφορές προβλημάτων από τα κορίτσια (JanssenI, 2004; Griffiths, 2006).

2.9.4 Φύση και η Εκταση του Στίγματος Βάρους στα Παιδιά

Ο στιγματισμός με βάση το βάρος προς τα υπέρβαρα παιδιά έχει τεκμηριωθεί στη βιβλιογραφία για πάνω από 40 χρόνια. Η πλειοψηφία της έρευνας σχετικά με το στίγμα όσον αφορά τα παιδιά, έχει εξετάσει προκατειλημμένες στάσεις, τα στερεότυπα και τις προθέσεις συμπεριφοράς, παρά των άμεσων μορφών διακρίσεων. Όπως επισημάνθηκε παραπάνω, το στίγμα βάρους έχει εκτιμηθεί σε παιδιά και εφήβους με ποικίλες διαφορετικές μεθόδους, μέσα στις οποίες περιλαμβάνονται οι πειραματικές εργαστηριακές μελέτες, οι αυτοαναφερόμενες προτιμήσεις του συμπαίκτη- συνομηλίκου, οι φιγούρες-στόχοι, η σημασιολογική διαφορετική αξιολόγηση των συνομηλίκων αλλά και υπονηφιότητες φιλίας, οι ποιοτικές συνεντεύξεις, αλλά και ότι ζητούν από τα παιδιά να αποδώσουν ποικίλα θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά σε εικόνες ή φωτογραφίες στόχους με διαφορετικά μεγέθη σώματος (Bell & Morgan, 2000; Tiggemann & Wilson-Barrett, 1998; Wardle, Volz & Golding, 1995).

Ωστόσο, για τη μελέτη του στιγματισμού μεταξύ πολύ μικρών παιδιών, έχουν εφαρμοστεί πρόσθετες προσεγγίσεις, όπως η αφήγηση ιστοριών, μέθοδοι που περιλαμβάνουν την περιγραφή ερεθισμάτων στο πλαίσιο μιας ιστορίας και στη συνέχεια

ζητείται από τα παιδιά να ταυτοποιήσουν τις εικόνες των παιδιών με διάφορα μεγέθη σώματος με τους χαρακτήρες που τους αφηγήθηκαν (Cramer & Steinwert, 1998; Bell & Morgan, 2000; Tiggemann & Wilson-Barrett, 1998; Wardle, Volz, & Golding, 1995).

2.9.5 Συσχέτιση Σωματικού Βάρους και Σχολικού εκφοβισμού

Καθώς τα περισσότερα παιδιά πλέον γίνονται υπέρβαρα, είναι κρίσιμο να καθοριστεί εάν τα παιδιά με υψηλότερα επίπεδα παχυσαρκίας βιώνουν περισσότερο συχνές ή σοβαρές μορφές στιγματισμού λόγω τους βάρους τους από ότι τα παιδιά τα οποία είναι σε μικρότερο βαθμό υπέρβαρα αλλά και να μάθουν πώς το δικό τους σωματικό βάρος επηρεάζει τη στάση τους σχετικά με την παχυσαρκία.

Ερευνα όσον αφορά τη θυματοποίηση με βάση το βάρος υποδεικνύει ότι η ευπάθεια στο βάρος μπορεί να είναι μεγαλύτερη μεταξύ των παιδιών στα υψηλότερα επίπεδα παχυσαρκίας. Μια πρόσφατη διαχρονική μελέτη σε 8.210 νέους εντόπισε πιθανές οδούς για την παχυσαρκία και τη θυματοποίηση και διαπίστωσε ότι το βάρος σώματος πρόβλεπε σημαντικά τη μελλοντική θυματοποίηση (Griffiths, Wolke D, Page , 2006). Συγκεκριμένα, τα παχύσαρκα αγόρια και τα κορίτσια (πάνω από το 95ο εκατοστημόριο) ήταν πιο πιθανό να πέσουν θύματα ορατού εκφοβισμού 1 χρόνο αργότερα, αλλά αυτό δεν συνέβαινε για τα υπέρβαρα κορίτσια και αγόρια (μεταξύ του 85ου και 95ου εκατοστημορίου). Αυτά τα ευρήματα συμπίπτουν με τα ευρήματα άλλης έρευνας που τεκμηριώνει ότι οι παχύσαρκοι εφήβοι αναφέρουν πιο εμφανή θυματοποίηση από ό,τι οι υπέρβαροι έφηβοι (Pearce, Boergers, & Prinstein 2002). Μια μελέτη σε παιδιά ηλικίας 10-14 ετών (N 156) διαπίστωσε ότι ο στιγματισμός με βάση το βάρος ήταν πιο σοβαρός, συχνός και αναστατώνει τα υπέρβαρα παιδιά σε σύγκριση με τα μη υπέρβαρα παιδιά (Hayden-Wadeetal, 2005). Επιπλέον, ο βαθμός του πειράγματος σχετίζεται θετικά με τις ανησυχίες για το βάρος, τη μοναξιά, χαμηλή εμπιστοσύνη στη φυσική εμφάνιση και την υψηλή προτίμηση για μοναχικές δραστηριότητες, ανεξάρτητα από το φύλο, το βάρος και την κατάσταση των παιδιών. Η προτίμηση για ενεργές και κοινωνικές δραστηριότητες ήταν χαμηλότερη μεταξύ των παιδιών που ήταν βαρύτερα και ανέφεραν υψηλό βαθμό εκφοβισμού.

Επιπλέον, μια μελέτη η οποία διεξήχθη στον Καναδά εξέτασε 5.749 νέους ηλικίας 11-16 ετών, και συμπέρανε ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι έφηβοι σε όλες αυτές τις ηλικιακές ομάδες (με εξαίρεση τα αγόρια ηλικίας 15-16 ετών) ήταν πιο πιθανό να είναι θύματα συμπεριφορών εκφοβισμού από ό, τι τα παιδιά με μέσο βάρος (Janssen, Craig, Boyce & Pickett, 2004). Με την αύξηση στο ΔΜΣ, υπήρχε μεγαλύτερη πιθανότητα λεκτικής, σωματικής, και σχετικής θυματοποίησης από τους συνομηλίκους τους. Τα αγόρια ηλικίας 15-16 ετών με αυξημένο ΔΜΣ εμφάνισαν περισσότερες εκφοβιστικές συμπεριφορές σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους με μέσο βάρος. Μεταξύ των κοριτσιών της ίδιας ηλικιακής ομάδας υπήρξε αυξημένη πιθανότητα τόσο να υποστούν βία όσο και να παρουσιαστούν ως θύματα εκφοβισμού.

Ομοίως, μια βρετανική μελέτη 2.127 μαθητών μέσης εκπαίδευσης έδειξε ότι το υπερβολικό βάρος σχετίζεται θετικά με τη θυματοποίηση και ότι η παχυσαρκία μεταξύ 11 και 15 ετών ήταν εκείνη που προηγείται λόγω υψηλότερης θυματοποίησης και χαμηλότερης αυτοεκτίμησης (Sweeting, Wright & Minnis, 2005).

Ορισμένες μελέτες έχουν αναφέρει ότι τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα παιδιά είναι εξίσου πιθανό να υποστηρίζουν διάφορες αρνητικές στάσεις και στερεότυπα σχετικά με την παχυσαρκία ως παιδιά με μέσο βάρους σε μια σειρά από ηλικίες. Σε 113 παιδιά προσχολικής ηλικίας, οι Cramer και Steinwert (1998) διαπίστωσαν ότι τα αρνητικά στερεότυπα παραμένουν ανεξάρτητα από το βάρος του ίδιου του παιδιού και ότι σε ορισμένα καθήκοντα αξιολόγησης τα υπέρβαρα παιδιά προσχολικής ηλικίας απέδειξαν πραγματικά ισχυρότερα στερεότυπα από ό, τι έκαναν οι μη υπέρβαροι συνομήλικοί τους (Cramer, 1998). Μια μελέτη παιδιών ηλικίας 7-9 ετών αναφέρει ότι ο δείκτης μάζας σώματος δεν επηρέασε τα παιδιά με το να αξιολογήσουν αρνητικά διάφορους υπέρβαρων στόχους σύμφωνα με διάφορα γραμμικά σχέδια ατόμων-στόχων. (Kraig & Keel, 2001) αλλά και μία έρευνα με 9χρονα κορίτσια δεν βρήκε καμία σχέση μεταξύ του σωματικού βάρους και των αρνητικών στερεοτύπων, παρά το γεγονός ότι το ένα τρίτο των κοριτσιών ήταν υπέρβαρα και το 14% ήταν παχύσαρκα (Davison & Birch, 2004). Αυτά τα ευρήματα παράλληρίζουν τα αποτελέσματα άλλων μελετών (Countsetal, 1986; Tiggemann & Anesbury, 2000) και είναι παρόμοια με τα ευρήματα μεταξύ των ενηλίκων που δείχνουν ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα είναι απλά πιθανό να υιοθετήσουν στάσεις στιγματισμού όπως είναι τα μη υπέρβαρα άτομα (Latneretal, 2005; Schwartz, Vartanian,

Nosek & Brownell, 2006; Wang, Brownell & Wadden, 2004). Αυτές οι έρευνες δείχνουν ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά μπορεί να εσωτερικοποιήσουν το κοινωνικό στίγμα και τα αρνητικά στερεότυπα. Σε αντίθεση με πολλές άλλες κοινωνικές ομάδες που στιγματίζονται και εμφανίζουν θετικές "ομαδικές" προτιμήσεις (Tafjel & Turner, 1986), τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα παιδιά μπορεί να βρουν μικρή υποστήριξη ή προστασία από τους συνομηλίκους τους που μπορεί επίσης να έχουν αρνητικές αντιλήψεις και περαιτέρω να διαιωνίζουν το στίγμα.

Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να αντιληφθούμε πώς το στίγμα του βάρους εσωτερικοποιείται από τα παιδιά, πόσο ο βαθμός στιγματισμού από τα μηνύματα που λαμβάνονται από τους γονείς, τους συνομηλίκους και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αυξάνει τις πιθανότητες εσωτερίκευσης · και αν (και σε ποιο βαθμό) η εσωτερίκευση αυξάνει την ευπάθεια στις δυσμενείς συνέπειες όπως τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη χειρότερη συναισθηματική προσαρμογή, και τις ανθυγιεινές συμπεριφορές διατροφής και τις πρακτικές απώλειες βάρους.

2.10 Διαπροσωπικές Πηγές Στίγματος Βάρους

Τα παιδιά και οι έφηβοι οι οποίοι είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι είναι πιο ευάλωτοι στον στιγματισμό και στην προκατάληψη εξαιτίας του βάρους τους. Αν και δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι συνομηλικοί συχνά υποστηρίζουν αρνητικές στάσεις προς τους παχύσαρκους νέους, υπάρχει μια αυξανόμενη βιβλιογραφική τεκμηρίωση ότι οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς εκφράζουν επίσης την προκατάληψη βάρους ως προς τα παιδιά.

2.10.1 Συσχέτιση Συμμεθητών με το Στιγματισμό Βάρους του Παιδιού

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία δείχνει σταθερά ότι τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα λόγω του βάρους τους από τους συμμεθητές τους. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι αρνητικές συμπεριφορές προς τους υπέρβαρους και

τους παχύσαρκους συμμαθητές αρχίζουν ήδη από την ηλικία των 3. Σε μία μελέτη 113 παιδιών προσχολικής ηλικίας, το στίγμα βάρους ήταν παρόν από την ηλικία των 3 ετών (Cramer & Steinwert, 1998). Συγκεκριμένα, τα άτομα ηλικίας 3-5 ετών ήταν πολύ πιθανότερο να αποδίδουν αρνητικά χαρακτηριστικά στα άτομα που είναι υπέρβαρα (συμπεριλαμβανομένων το να τους αποκαλούν ηλίθιους, άσχημους και κακούς) σε σύγκριση με τα μη υπέρβαρα και ως αποτέλεσμα τα παιδιά προτιμούσαν συντριπτικά το λεπτό άτομο για συμπαίχτη σε σύγκριση με τον υπέρβαρο άτομο. Μια παρόμοια μελέτη έδειξε ότι τα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 3 ετών αποδίδουν σε άτομα που απεικονίζονται ως "παχουλοί" αρνητικά χαρακτηριστικά όπως: ανόητα, δυνατά, άσχημα, τεμπέλικα, λυπημένα και με έλλειψη φίλων (Brylinsky & Moore, 1994).

Μεταξύ των παιδιών δημοτικού σχολείου, αυτές οι τάσεις συνεχίζονται και σε ορισμένες περιπτώσεις, επιδεινώνονται. Παιδιά ηλικίας 4-11 ετών (N 180) αποδίδουν πολλαπλά αρνητικά χαρακτηριστικά σε παχύσαρκους, συμπεριλαμβανομένων το να είναι κάποιος άσχημος, εγωιστής, τεμπέλης, ηλίθιος και ψεύτης , να πειράζει, και να έχει λίγους φίλους (Wardle, 1995). Πρόσθετες μελέτες που αξιολογούν τη μεροληψία βάρους σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα ανέφερε παρόμοια ευρήματα. Με τη χρήση μεθόδων λίστας ελέγχου στόχων οι οποίοι είχαν σχεδιασθεί πάνω σε χάρτι ως σιλουέτες - άτομα τα παιδιά ηλικίας 7-12 ετών περιγράφουν τα υπέρβαρα παιδιά ως τεμπέληδες, λιγότερο δημοφιλή, λιγότερο ευτυχισμένους και λιγότερο ελκυστικούς (Tiggemann & Wilson-Barrett, 1998). Τα άτομα ηλικίας 6-11 ετών αποδίδουν αρνητικά χαρακτηριστικά σε υπέρβαρους στόχους, όπως τεμπέληδες, παραπλανητικοί, βρώμικοι, απατεώνες και ηλίθιους, ενώ τα παιδιά ηλικίας 7-9 χρόνων αποδίδουν περισσότερες αρνητικές αξιολογήσεις (όπως η φτωχότερη κοινωνική λειτουργία και η ακαδημαϊκή επιτυχία) στα υπέρβαρα παιδιά-στόχους παρά στους λεπτότερους στόχους (Hill & Silver, 1995) Με τη χρήση φωτογραφιών των παχύσαρκων και μεσαίου βάρους συνομηλίκων που περιγράφηκαν ως δυνητικοί εταίροι για να παίξουν ένα παιχνίδι, οι μαθητές του δημοτικού ανέφεραν ότι ο παχύσαρκος στόχος είναι ο χειρότερος συμπαίκτης και ένας φτωχότερος ηγέτης, αλλά και στον παχύσαρκο στόχο αποδόθηκαν λιγότερα θετικά χαρακτηριστικά από ό, τι στο στόχο μέσου βάρους (Counts, C. R., Jones, C., Frame, C. L., Jarvie, G. J., & Strauss, C, 1986). Μια παραλλαγή της μεθόδου της απόδοσης κάποιων επιθέτων βρέθηκε ότι τα παιδιά στις τάξεις μεταξύ της τρίτης δημοτικού και της έκτης, αποδίδουν περισσότερα αρνητικά χαρακτηριστικά στους παχύσαρκους στόχους μετά την επίδειξη μιας παράστασης

παιδικών ηθοποιών που φορούσαν ένα κοστούμι λίπους ή κανένα κοστούμι (Bell & Morgan, 2000). Τα παιδιά των δημοτικών σχολείων αποδίδουν περισσότερες αρνητικές αξιολογήσεις σε παχύσαρκους από ό,τι σε λεπτότερους στόχους σε μια ποικιλία από χαρακτηριστικά που κυμαίνονται από την τεμπελιά και την έλλειψη σκληρής δουλειάς αλλά και τις χαμηλότερες προτιμήσεις από τους φίλους (Tiggemann & Anesbury, 2000; Tiggemann & Wilson-Barrett, 1998). Επίσης αναφέρουν ότι οι αρνητικές νοοτροπίες παραμένουν στην εφηβεία και μπορεί να γίνουν χειρότερες καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν (Crystal, D. S., Watanabe, H., & Chen, R. S. 2000).

2.10.2 Συσχέτιση των Καθηγητών με το Στιγματισμό Βάρους του Παιδιού

Πάνω από μια δεκαετία πριν, η Εθνική Ένωση Εκπαίδευσης (1994) εξέδωσε μια έκθεση σχετικά με τη διάκριση του βάρους καταλήγοντας στο ότι το σχολείο ως θεσμός είναι ένας χώρος για τον συνεχιζόμενο οστρακισμό, τον στιγματισμό και τις διακρίσεις για υπέρβαρους και παχύσαρκους νέους από το νηπιαγωγείο έως την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Δεδομένης της κοινής εμφάνισης του στιγματισμού του βάρους από τους συνομηλίκους, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι πολλές από αυτές τις διακρίσεις εμφανίζονται στο σχολικό περιβάλλον όπου τα παιδιά δαπανούν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους.

Αυτό που είναι απροσδόκητο, όμως, είναι ότι μερικές έρευνες δείχνουν τους δάσκαλους και τους εκπαιδευτικούς ως πρόσθετες πηγές στιγματισμού βάρους ως προς τα παιδιά. Παρά το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί και άλλα μέλη του προσωπικού του σχολείου οφείλουν να επενδύουν στην ευημερία των μαθητών τους, δεν έχουν ανοσία στις κοινωνικές συμπεριφορές που στιγματίζουν παχύσαρκα άτομα και μπορούν να διαγωνίζονται τα προβλήματα των υπέρβαρων μαθητών. Σε μια μελέτη που εξετάζει τη στάση απέναντι στην παχυσαρκία μεταξύ 115 καθηγητών δημοτικού και γυμνασίου, το ένα πέμπτο των ερωτηθέντων ανέφερε πεποιθήσεις ότι τα παχύσαρκα άτομα είναι ακατάλληλα, λιγότερο πιθανό να πετύχουν από ότι τα είναι λεπτότερα άτομα, πιο συναισθηματικά και πιο πιθανό να έχουν οικογενειακά προβλήματα (Neumark-Sztainer, 1999). Πολλοί δάσκαλοι δεν συσχετίζουν την παχυσαρκία με κοινά στερεότυπα, αλλά

πάνω από το ήμισυ πιστεύουν ότι η παχυσαρκία συχνά προκαλείται από μια μορφή αποζημίωσης για την έλλειψη αγάπης ή προσοχής και το 43% συμφώνησε έντονα ότι οι περισσότεροι άνθρωποι αισθάνονται δυσάρεστα όταν συνδέονται με παχύσαρκους ανθρώπους. Σε μια μελέτη εξετάζοντας τις πεποιθήσεις για την παχυσαρκία μεταξύ των 227 διευθυντών των δημοτικών σχολείων πάνω από το 50% ανέφερε έλλειψη αυτοέλεγχου και ψυχολογικά προβλήματα ως σημαντικά να συμβάλλουν στην παχυσαρκία και παρόλο που συμφώνησαν ότι η παχυσαρκία θέτει τα παιδιά σε κίνδυνο απόρριψης από συνομηλίκους και ότι τα σχολεία πρέπει να κάνουν περισσότερα για να μετριάσουν την παιδική παχυσαρκία, το 25% δήλωσε επίσης ότι πίστευαν ότι οι εκπαιδευτικοί στο σχολείο τους δεν υποστηρίζουν την εφαρμογή σχολικών προγραμμάτων θεραπείας για να βοηθήσουν τα παχύσαρκα παιδιά (Price, Desmond & Stelzer, 1987).

Μία μελέτη αμφισβήτησε τα ευρήματα της υπάρχουσας μελέτης, τεκμηριώνοντας τις ευνοϊκές στάσεις μεταξύ των εκπαιδευτικών (N 258) προς την κατεύθυνση των παχύσαρκων παιδιών (Hague & White, 2005). Ωστόσο, οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη αντικατόπτριζαν ένα αυτο-επιλεγμένο δείγμα εκπαιδευτικών που επέλεξαν να συμμετάσχουν σε ένα διαδικτυακό μάθημα με θέμα την παχυσαρκία και το στίγμα του βάρους, γεγονός που υποδηλώνει ότι ήταν πιο ευαίσθητοι σε θέματα μεροληψίας. Όταν παρατηρήθηκαν οι αρνητικές στάσεις, αυτά ήταν πιο πιθανό να εμφανιστούν μεταξύ των εκπαιδευτικών που ήταν άνδρες από ό, τι μεταξύ των γυναικών εκπαιδευτικών και μεταξύ ατόμων με λιγότερη επαγγελματική εκπαίδευση.

Καθώς οι έφηβοι εισέρχονται στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, μπορεί να εμφανιστεί η προκατάληψη από εκπαιδευτικούς σε νέες μορφές. Σε μια μελέτη που εξετάζει τα σχολικά αρχεία και τις αιτήσεις σε ένα κολέγιο με 1.165 μαθητές γυμνασίου, οι παχύσαρκοι μαθητές είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν δεκτοί στο κολλέγιο παρά ότι εμφανίζουν ισοδύναμα ποσοστά εφαρμογής αλλά και ισοδύναμες ακαδημαϊκές επιδόσεις με μη παχύσαρκα άτομα (Canning & Mayer, 1966). Αυτό ήταν ιδιαίτερα εμφανές για τους παχύσαρκα κορίτσια, τα οποία έγιναν δεκτά λιγότερο συχνά από τα αγόρια. Επίσης, προέκυψαν νομικές υποθέσεις στις οποίες οι πανεπιστημιακοί παθολόγοι έχουν καταθέσει αγωγές εναντίον καθηγητών και εκπαιδευτικών ιδρυμάτων για διακρίσεις λόγω βάρους,

μερικές από τις οποίες έχουν φτάσει στο Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών (Weiler & Helms, 1993).

Συνολικά, τα περιορισμένα δεδομένα σε αυτόν τον τομέα υποδηλώνουν ότι τα παιδιά με υπερβολικό βάρος μπορεί να είναι λάβουν αρνητική κριτική για το βάρος τους στο σχολείο από τους καθηγητές και τους γύρω του. Μέχρι σήμερα, οι μελέτες έχουν βασιστεί στις αυτοαναφορούμενες μεθόδους για την εκτίμηση της μεροληψίας και τα σχολεία είχαν συχνά επικεντρωθεί σε εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της παχυσαρκίας και όχι στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων στάσεων ή προκαταλήψεων (Price, Desmond, & Ruppert, 1990; Price, Desmond, Ruppert & Stelzer, 1987). Επίσης, ενδεχομένως να προκύψουν αρνητικές πεποιθήσεις εκ μέρους των εκπαιδευτικών για φοιτητές με υπερβολικό βάρος. Για παράδειγμα, οι εκπαιδευτικοί μπορεί να έχουν παρατηρήσει πραγματικές βλάβες σε ακαδημαϊκές επιδόσεις (π.χ., Datar, Sturm, & Magnabosco, 2004), επίπεδα συναισθηματικής διαταραχής (π.χ., Eremisetal., 2004), ή κοινωνικές δυσκολίες (Strauss & Pollack, 2003). Αν και μπορεί να είναι ακριβείς, η αντίληψη αυτών των προβλημάτων και τα προκύπτοντα στερεότυπα και οι προσδοκίες ενδέχεται να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο διαιωνίζοντας τις ψυχοκοινωνικές προκλήσεις μεταξύ των υπέρβαρων παιδιών και των εφήβων. Είναι σαφές ότι χρειάζεται περισσότερη δουλειά για την κατανόηση, την επικράτηση και τη σοβαρότητα των στιγματιστικών συμπεριφορών μεταξύ των εκπαιδευτικών και πώς αυτός ο τρόπος επηρεάζει τα συναισθηματικά, φυσικά και ακαδημαϊκά αποτελέσματα των φοιτητών. Θα είναι σημαντικό να εφαρμοστούν πολλαπλές μεθόδους αξιολόγησης για την επίτευξη αυτών των στόχων, συμπεριλαμβανομένων των συνεντεύξεων και των αξιολογήσεων τόσο από μαθητές όσο και από εκπαιδευτικούς, μέτρα παρατήρησης της εκτίμησης της μεροληψίας και διαφόρους μεθόδους για τη διερεύνηση της διαφορετικής θεραπείας των υπέρβαρων και παχύσαρκων μαθητών στην τάξη αλλά και στα μεγαλύτερα θεσμικά εκπαιδευτικά πλαίσια.

2.10.3 Συσχέτιση Γονέων με το Στιγματισμό Βάρους του Παιδιού

Ίσως η πιο εκπληκτική πηγή εκδήλωσης πειράγματος ως προς το βάρος προς τους νεους είναι γονείς. Παρόλο που περιορισμένη μελέτη έχει εξετάσει τις προκαταλήψεις των γονεών, σταθερές και αποθαρρυντικές διαπιστώσεις έχουν δημιουργηθεί λόγω

διαφορετικών μεθοδολογιών. Οι Davison και Birch (2004) εξέτασαν τα στερεότυπα σχετικά με την παχυσαρκία μεταξύ των 9χρονων κοριτσιών και των γονέων τους (N 178), και οι δύο αποδίδουν σημαντικά αρνητικότερα χαρακτηριστικά (π.χ., τεμπελιά) σε παχύσαρκα άτομα παρά σε λεπτότερα πρόσωπα. Οι πατέρες με ανώτερη εκπαίδευση και εισόδημα ήταν περισσότερο πιθανό να υποστηρίξουν τα στερεότυπα, όπως και οι δύο γονείς που ανέφεραν μια ισχυρή επένδυση στη δική τους εμφάνιση. Τα κορίτσια ήταν πιο πιθανό να επιδείξουν αρνητικά στερεότυπα εάν οι γονείς τους τονίζαν τη σημασία ενός λεπτού σχήματος σώματος και απώλειας βάρους. Επιπλέον, οι γονείς που ήταν υπέρβαροι (το 60% των μητέρων και το 82% των πατέρων) και οι γονείς που ήταν παχύσαρκοι (το 28% των μητέρων και το 31% των πατέρων) ήταν εξίσου πιθανό να υποστηρίξουν αρνητικά στερεότυπα όπως και οι λεπτότεροι γονείς.

Η πειραματική εργασία που αφορά την προκατάληψη βάρους των γονέων έχει αποδείξει ότι τα γονικά προφορικά πρότυπα επικοινωνίας με τα παιδιά μπορεί να μεταδίδουν αρνητικά στερεότυπα για τα παχύσαρκα παιδιά (Adams, 1988). Σε αυτή τη μελέτη 86 παιδιών και των γονέων τους, στους γονείς παρέχονταν τρεις εικόνες παιδιών (ένα παιδί με μέσο βάρος παιδί, ένα παχύσαρκο παιδί και ένα παιδί με αναπηρία) και τους ζητήθηκε να πουν μια ιστορία για κάθε φωτογραφία στο δικό τους παιδί. Από τις τρεις εικόνες, οι γονείς απεικόνισαν το παχύσαρκο παιδί να έχει τη χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και αυτο-ιδέα και ήταν το λιγότερο πιθανό που περιγράφεται ως επιτυχής στο τέλος της ιστορίας.

Οι μελέτες αυτοελέγχου για πειράγματα και στιγματισμό προσφέρουν επιπλέον διδασκαλία στις γονικές εκφράσεις του στιγματισμού. Σε ένα δείγμα πληθυσμιακού επιπέδου με εφήβους (N. 4.746), τα πειράγματα με βάση το βάρος από την οικογένεια αναφέρθηκαν από το 47% των πολύ υπέρβαρων κοριτσιών και το 34% των πολύ υπέρβαρων αγοριών (Neumark-Sztainer, 2002). Αυτό το εύρημα είναι παρόμοιο με μια πρόσφατη έρευνα που εξετάσε αναδρομικά τις εμπειρίες του στιγματισμού του βάρους και τις πηγές του στιγματισμού στα δύο δείγματα υπέρβαρων και παχύσαρκων ενηλίκων (Puhl & Brownell, 2006). Στο πρώτο δείγμα 2.449 ενήλικων γυναικών, οι μητέρες αναφέρθηκαν ως θύτες της μεροληψίας βάρους μεταξύ του 44% των ερωτηθέντων και οι πατέρες αναφέρθηκαν κατά 34%. Αυτά τα αποτελέσματα επαναλήφθηκαν σε ένα δεύτερο δείγμα 222 ανδρών και γυναικών στους οποίους είχε αντιστοιχιστεί η ηλικία και ο ΔΜΣ.

Ο στιγματισμός από τους γονείς μπορεί να έχει απροσδόκητες συνέπειες. Σε έρευνα που εξετάζει τους απόφοιτους γυμνασίου (μεγέθη δειγμάτων που κυμαίνονται από 833 έως 3.386 μαθητές), αρκετές μελέτες κατέδειξαν ότι τα κορίτσια με υπερβολικό βάρος έλαβαν λιγότερη οικονομική υποστήριξη από τους γονείς τους στο κολέγιο από ό τι τα κορίτσια μέσου βάρους, ακόμη και μετά τον έλεγχο για το γονικό εισόδημα, την εθνικότητα, το μέγεθος της οικογένειας και την εκπαίδευση (Crandall, 1991, 1995). Το έργο του Crandall πρότεινε ότι οι αρνητικές στάσεις απέναντι στην παχυσαρκία προέρχονται από ιδεολογικές πεποιθήσεις που τονίζουν την προτεσταντική δουλειά-προτεσταντικές ηθικές αξίες της αυτοδιάθεσης, του ατομικισμού και των πεποιθήσεων ότι τα αποτελέσματα της ζωής ενός άλλου ατόμου οφείλονται σε εσωτερικές ελεγχόμενες αιτίες, το σύνολο των οποίων αυξάνουν την πιθανότητα ότι οι άνθρωποι, συμπεριλαμβανομένων και των γονέων, θα κατηγορούν άλλα διαφορετικά άτομα, ότι εκείνοι φταίει ότι που είναι υπέρβαροι. (Crandall, 1994, Crandall & Schiffhauer, 1998).

Οι μεροληπτικές συμπεριφορές μεταξύ των γονέων μπορεί να προέρχονται εν μέρει από το στιγματισμό ότι οι ίδιοι οι γονείς ευθύνονται επειδή το παιδί τους είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Σε μια μελέτη 67 παιδιών, οι γονείς ανέφεραν ότι ως γονείς των υπέρβαρων παιδιών αισθάνθηκαν κατηγορούμενοι και χαρακτηριζόμενοι αρνητικά για το επιπλέον βάρος των παιδιών τους (Pierce & Wardle, 1997).

Οι γονείς ανέφεραν επίσης την αίσθηση ενοχής, θυμού και απογοήτευσης επειδή δεν ήξεραν πώς να βοηθήσουν το παιδί τους να χάσει με επιτυχία το βάρος του. Μία ποιοτική έρευνα βρήκε παρόμοια αποτελέσματα τα οποία περιγράφουν ότι μετά τις αλληλεπιδράσεις των γονέων με τους σύμβουλους υγειονομικής περίθαλψης, οι γονείς ζήτησαν βοήθεια για τα υπέρβαρα παιδιά τους. Αν και οι απαντήσεις διαφέρουν σημαντικά, ορισμένες μητέρες ανέφεραν ότι οι σύμβουλοι τους ώθησαν να αισθανθούν κατ' επανάληψη κατηγορημένοι και υπεύθυνοι για το υπερβολικό βάρος των παιδιών τους (Edmunds, 2005). Οι γονείς παχύσαρκων παιδιών ενδέχεται να αισθάνονται πίεση και αρνητική αξιολόγηση από άλλους εάν το παιδί τους δυσκολεύεται να χάσει βάρος. Αυτή η αντιληπτή γονική μέριμνα σε συνδυασμό με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν για να βοηθήσουν το παιδί τους στην επιτυχή απώλεια βάρους μπορεί να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα απογοήτευσης και οργής στο σπίτι. Είναι πιθανό οι γονείς να προβάλουν την απογοήτευσή τους, τον θυμό τους και τη ενοχή τους στο υπέρβαρο παιδί τους υιοθετώντας συμπεριφορές στιγματισμού όπως η λήψη κρίσιμων και αρνητικών σχολίων προς το παιδί

τους. Αυτή η υπόθεση δεν έχει ερευνηθεί, αλλά μπορεί να είναι μια χρήσιμη οδός για μελλοντική έρευνα. Σαφώς, περισσότερη δουλειά χρειάζεται για να καθορίσει ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς επικοινωνούν με μηνύματα στιγματισμού ως προς τα παιδιά τους και τι αποτέλεσμα έχει αυτό για την ευημερία τους.

Κεφάλαιο 3^ο «Μεθοδολογία»

3.1 Σκοπός Έρευνας – Ερευνητικό ερώτημα

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού και της παιδικής παχυσαρκίας σε παιδιά προ-εφηβικής και εφηβικής ηλικίας.

3.2 Επιλογή μεθόδου – Δείγμα

Η μέθοδος που επιλέχθηκε στην παρούσα εργασία είναι η ποσοτική με εργαλείο το ερωτηματολόγιο. Η έρευνα η οποία διεξήχθη, πραγματοποιήθηκε στο πληθυσμό της πόλης Σητείας του Νομού Λασιθίου σε ένα δείγμα 100 παιδιών προ – εφηβικής και εφηβικής ηλικίας. Το δείγμα συγκεντρώθηκε με τη δειγματοληπτική μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε ώρες ομαδικής αθλητικής δραστηριότητας των παιδιών, έχοντας πάρει πρώτα έγκριση από τους γονείς. Επιλέχθηκε η ποσοτική μεθοδολογία έρευνας και όχι η ποιοτική, καθώς μέσα από τη χρήση του ερωτηματολογίου είναι δυνατό να εξαχθούν μετρήσιμα και κατά συνέπεια, πιο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα, τα οποία προκύπτουν από την επεξεργασία των δεδομένων μέσω στατιστικών προγραμμάτων ανάλυσης όπως το SPSS (Παρασκευόπουλος, 1993).

3.3 Ερωτηματολόγια: Σχεδιασμός και Αξιοπιστία

Σκοπός της πτυχιακής εργασίας, όπως προαναφέραμε, είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού και της παιδικής παχυσαρκίας σε παιδιά προ-εφηβικής και εφηβικής ηλικίας. Οι πληροφορίες που απαιτούνται για την έρευνα αυτή

συλλέχθησαν μέσω ειδικών διαμορφωμένων ερωτηματολογίων σε συνάρτηση με την ανασκόπηση της πιο πρόσφατης επιστημονικής βιβλιογραφίας.

Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια για την διεκπεραίωση της.

- 1) Ερωτηματολόγιο διατροφικής συμπεριφοράς EAT-26 ,
- 2) Ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς παιδιών OLWEUS και
- 3) Ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς παιδιών PEER RELATIONS QUESTIONNAIRE (PRQ) FOR CHILDREN.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο (EAT-26), θεωρείται αξιόπιστο και έγκυρο (Garner & Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982; Lee et al., 2002; Mintz & O'Halloran, 2000). Το ερωτηματολόγιο EAT-26 δεν μπορεί να αξιολογήσει από μόνο του εάν ένα άτομο πάσχει από κάποια τροφική διαταραχή. Το EAT-26 μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε ομαδικά είτε ατομικά και έχει σχεδιαστεί για να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από το ίδιο το άτομο ή να χορηγείται από επαγγελματίες υγείας, σχολικούς συμβούλους, προπονητές, και άλλα άτομα με ενδιαφέρον στη συλλογή πληροφοριών για να καθοριστεί εάν ένα άτομο πρέπει να παραπεμφθεί σε ειδικό για να αξιολογηθεί εάν πάσχει από κάποια τροφική διαταραχή. Επιπλέον μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αθλητές (Garner, Rosen and Barry, 1998). Ούτε το EAT-26, ούτε κανένα άλλο ερωτηματολόγιο δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αποκλειστικό μέσο για τον εντοπισμό των διατροφικών διαταραχών. Το EAT-26 είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για να αξιολογηθεί ο διατροφικός κίνδυνος στο σχολείο, στο κολλέγιο ή σε αθλητές. Επιπλέον το EAT-26 μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε σε κλινήρη είτε σε μη κλινήρη άτομα. Τέλος το EAT-26 είναι ένα τεστ 26 ερωτήσεων οι οποίες διαμορφώνουν τρεις υποκλίμακες: 1) την δίαιτα, 2) την βουλιμία και την ενασχόληση με το φαγητό και 3) τον αυτοέλεγχο. Το σκορ της υποκλίμακας υπολογίζεται προσθέτοντας όλα τα σκορ των ερωτήσεων με τη συγκεκριμένη κλίμακα. Η πρώτη κλίμακα που αφορά τη δίαιτα περιέχει τις ερωτήσεις: 1,6,7,10,11, 12,14,16, 17,22,23,24,26. Η κλίμακα της βουλιμίας και της ενασχόλησης με το φαγητό περιέχει τις ερωτήσεις 3,4,9,18,21,25 και η κλίμακα του αυτοελέγχου τις ερωτήσεις 2,5,8,13,15,19,20. Προσθέτοντας όλες τις

ερωτήσεις μεταξύ τους μπορούμε να βγάλουμε το εξής αποτέλεσμα. Εάν το σκορ είναι πάνω από 20 πρέπει οπωσδήποτε να ζητήσουμε βοήθειας από εξειδικευμένο γιατρό. Επίσης εάν είναι παρα πολύ χαμηλό πρέπει επίσης να ζητήσουμε ιατρική περίθαλψη.

Όσον αφορά το δεύτερο ερωτηματολόγιο του (Olweus, 1996) για τον εκφοβισμό είναι ένα τυποποιημένο, επικυρωμένο, πολλαπλής επιλογής ερωτηματολόγιο το οποίο σχεδιάστηκε για να μετρήσει ορισμένες πτυχές των προβλημάτων εκφοβισμού στα σχολεία. Το ερωτηματολόγιο αυτό, το οποίο αποτελείται από σαράντα δύο ερωτήσεις (πολλές από τις οποίες έχουν υπο-ερωτήσεις), χρησιμοποιείται συνήθως σε μαθητές από την τρίτη δημοτικού και έπειτα. Οι μαθητές συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο ανώνυμα. Χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου είναι ότι αρχικά παρέχει έναν λεπτομερή ορισμό του εκφοβισμού, ώστε οι μαθητές να έχουν μια σαφή κατανόηση του πώς θα πρέπει να ανταποκριθούν όταν απαντάνε στις ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε έτσι ώστε οι ερωτήσεις να είναι όσο απλές και σαφείς γίνεται για τους μαθητές.

Τέλος, το τρίτο ερωτηματολόγιο (PRQ), είναι ένα διεθνώς και συχνά χρησιμοποιούμενο αυτοχορηγούμενο εργαλείο που αναγνωρίζει τον εκφοβισμό (Griffin & Gross, 2004). Το ανωτέρω ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από τον Ken Rigby στην Αυστραλία το 1990. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει αποκτήσει μεγάλη δημοτικότητα στη χώρα αυτή και έχει υπηρετήσει ως πρότυπο για να συγκριθούν άλλα εργαλεία που αφορούν τον σχολικό εκφοβισμό (Bond, Wolfe, Tollit, Butler, & Patton, 2007). Επίσης έχει χρησιμοποιηθεί σε σχολεία στην Αμερική για να αξιολογήσει την επικράτηση του εκφοβισμού (Harris, Petrie & Willoyghby, 2002; Pearl & Dulaney, 2006; Seals, 2003). Παρά τη δημοτικότητα του παρουσιάζονται πολύ περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με τις ψυχομετρικές του ιδιότητες. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 20 ερωτήσεις οι οποίες διακρίνονται σε 3 κλίμακες. Οι τρεις κλίμακες είναι η κλίμακα εκείνου που εκφοβίζει, η κλίμακα του θύματος και η προ-κοινωνική κλίμακα. Το PRQ δεν διαθέτει σύστημα βαθμολόγησης για τις διάφορες υποκλίμακες ή βαθμολογίες συνολικής κλίμακας, με την εξαίρεση της κλίμακας του εκφοβισμού που αναφέρθηκε προηγουμένως. Οι Rigby and Slee (1993) αναφέρουν την εσωτερική συνοχή της κλίμακας του εκφοβισμού σε πέντε στοιχεία για να έχει τιμή alpha 0,77. Τα μόνα αποδεικτικά στοιχεία για την εγκυρότητα της PRQ είναι ταυτόχρονα έγκυρα με τα

μέτρα αυτοτραυματισμό και τα αποτελέσματα της θυματοποίησης. Οι συσχετισμοί μεταξύ αυτών των δύο μέτρων κυμαίνονται από 0,16 έως 0,46.

Τα ερωτηματολόγια της αξιολόγησης της συμπεριφοράς των παιδιών (OIWEUS & PRQ) για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας έχουν μεταφραστεί στα ελληνικά διότι δεν υπήρχαν μεταφρασμένα και σταθμισμένα για τον ελληνικό πληθυσμό.

3.4 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Μάιο του 2017 έως τον Φλεβάρη του 2018. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στα παιδιά κατά τη διάρκεια ομαδικής δραστηριότητας. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με την βοήθεια μας. Τα παιδιά και οι γονείς ενημερώθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια θα παραμείνουν ανώνυμα και ότι οι απαντήσεις τους θα εξεταστούν υπό την εχεμύθεια μας. Ο χρόνος εκπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν 30-40 λεπτά.

3.5 Στατιστική Ανάλυση

Αφού ολοκληρώθηκε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε η καταγραφή των δεδομένων στο excel το οποίο είναι ένα πρόγραμμα λογιστικών φύλων. Έπειτα τα στοιχεία τα οποία συλλέχθηκαν επεξεργάστηκαν με τη χρήση του SPSS (Statistical Package of Social Sciences Superior Performance Software System) το οποίο είναι το πιο διαδεδομένο πρόγραμμα για τη στατιστική ανάλυση δεδομένων. Η επαγωγική ανάλυση η οποία χρησιμοποιήθηκε, μας βοήθησε να εκτιμήσουμε τα χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού με τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις παρατηρήσεις του δείγματος μας. Επιπλέον η επαγωγική στατιστική μας δίνει τη δυνατότητα να εξάγουμε, από το δείγμα των δεδομένων που συγκεντρώσαμε και αναλύσαμε στην έρευνά μας, συμπεράσματα που θα αφορούν ολόκληρο τον πληθυσμό.

3.6 Περιορισμοί Έρευνας

Περιορισμός της έρευνας αποτέλεσε εκτός από τον ίδιο τον χρόνο, το φαινόμενο ότι λόγω των ερωτηματολογίων τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση του εκφοβισμού, πολλά παιδιά μπορεί να ένιωσαν ανασφάλεια για την μάζα του σώματος τους και με αυτόν τον τρόπο να έδιναν ανακριβείς πληροφορίες κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επιπλέον πολλοί από τους γονείς εξέφρασαν την αγωνία τους για την τήρηση της εχεμύθειας των αποτελεσμάτων.

Κεφάλαιο 4^ο «Αποτελέσματα»

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης. Το δείγμα αποτελούνταν συνολικά από 100 συμμετέχοντες, 73% αγόρια και 27% κορίτσια, εκ των οποίων 50 ήταν παιδιά προ-εφηβικής ηλικίας και άλλα 50 ήταν παιδιά εφηβικής ηλικίας του πληθυσμού της Σητείας. Αρχικά αναλύονται οι απαντήσεις του δείγματος στα Ερωτηματολόγια Σχέσεων Συνομηλίκων (PRQ), Διατροφικής Συμπεριφοράς (EAT-26) και Σχολικού Εκφοβισμού (OLWEUS), με χρήση ποσοστών και μέσων όρων. Στη συνέχεια, αναφέρεται το επίπεδο αξιοπιστίας των κλιμάκων και υπολογίζονται οι συνολικές και επιμέρους διαστάσεις των ερωτηματολογίων με βάση τα κλειδιά των υπό μελέτη κλιμάκων. Τέλος διερευνάται η σχέση ανάμεσα στον σχολικό εκφοβισμό και τις διατροφικές συμπεριφορές μέσα από τη χρήση συσχετίσεων και αναλύσεων διακύμανσης.

4.1 Ερωτηματολόγιο Σχέσεων Συνομηλίκων (PRQ)

Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο Σχέσεων των Συνομηλίκων (PRQ) παρουσιάζονται παρακάτω. Τα κύρια αποτελέσματα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.1.1, έδειξαν πως στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες αρέσκονταν να αθλούνται συχνά (73%), έπαιρναν συχνά καλούς βαθμούς (65%), τους άρεσε να κάνουν φίλους (64%), τους άρεσε να βοηθούν ανθρώπους που ενοχλούνται από άλλους (54%), μοιράζονταν πράγματα με άλλους (67%) και τους άρεσε να βοηθούν τους άλλους (93%). Αντίθετα, η πλειοψηφία διαφωνούσε ότι είναι μέρος μίας ομάδας που ενοχλεί άλλους (54%) ή ότι χτυπιέται συνεχώς από άλλους (73%).

Μεγάλα ποσοστά του δείγματος επίσης απάντησαν πως ποτέ δεν τους άρεσει να κάνουν τους άλλους να τους φοβούνται (46%), να αναστατώνουν τους αδύναμους (43%), να φέρονται σκληρά στα αδύναμα παιδιά (43%), να μπλέκονται σε καβγάδες με άτομα που μπορούν να νικήσουν εύκολα (40%), να δείχνουν σε άλλους ότι είναι το αφεντικό (39%), ενώ δεν μπλέκονταν συχνά σε καυγάδες στο σχολείο (36%). Επίσης μεγάλα

ποσοστά απάντησαν πως ποτέ οι άλλοι δεν τους αφήνουν επίτηδες εκτός από δραστηριότητες (43%), και ότι τα άλλα άτομα δεν τους κοροϊδεύουν ποτέ (42%).

Πίνακας 4.1.1

Απαντήσεις για τις Σχέσεις Συνομιλήκων (PRQ)

	Πολύ συχνά	Σχετικά συχνά	Μία στο τόσο	Ποτέ
1. Μου αρέσει να αθλούμαι	50%	23%	16%	11%
2. Παίρνω καλούς βαθμούς στα μαθήματα	27%	38%	27%	8%
3. Με αποκαλούν με παρατσούκλια οι άλλοι	9%	37%	28%	26%
4. Φέρομαι σκληρά στα αδύναμα παιδιά	17%	18%	22%	43%
5. Μου αρέσει να κάνω φίλους	36%	28%	22%	14%
6. Παίζω στην τάξη	19%	24%	39%	18%
7. Νιώθω ότι δεν μπορώ να εμπιστευτώ άλλους	12%	32%	41%	15%
8. Ενοχλούμαι από άλλους ανθρώπους	12%	38%	19%	31%
9. Είμαι μέρος μίας ομάδας που ενοχλεί άλλους	7%	18%	21%	54%
10. Μου αρέσει να βοηθώ ανθρώπους που ενοχλούνται από άλλους	23%	31%	30%	16%

11. Μου αρέσει να κάνω τους άλλους να με φοβούνται	10%	17%	27%	46%
12. Πολλοί με αφήνουν εκτός από δραστηριότητες επίτηδες	14%	15%	28%	43%
13. Συχνά μπλέκομαι σε καυγάδες στο σχολείο	8%	26%	30%	36%
14. Μου αρέσει να δείχνω σε άλλους ότι είμαι το αφεντικό	7%	33%	21%	39%
15. Μοιράζομαι πράγματα με άλλους	35%	32%	19%	14%
16. Μου αρέσει να αναστατώνω τους αδύναμους	16%	20%	21%	43%
17. Μου αρέσει να μπλέκομαι σε καβγάδες με άτομα που μπορώ να νικήσω εύκολα	15%	26%	19%	40%
18. Τα άλλα άτομα με κοροϊδεύουν*	13.1%	18.2%	26.3%	42.4%
19. Χτυπιέμαι συνεχώς από άλλους	1%	6%	20%	73%
20. Μου αρέσει να βοηθάω τους άλλους	55%	38%	7%	—

*Ένας συμμετέχων δεν απάντησε σε αυτή τη δήλωση

4.2 Κλίμακα Διατροφικής Συμπεριφοράς (EAT-26)

Αναφορικά με το Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς EAT-26, βρέθηκαν τα παρακάτω. Τα κύρια αποτελέσματα δείχνουν τα εξής. Η πλειοψηφία συμφωνούσαν, απαντώντας «πάντα» ή «συνήθως», ότι φοβούνται να είναι υπέρβαροι (57%), ότι τους απασχολεί η ιδέα να γίνουν πιο λεπτοί (50%), και ότι τους ανησυχεί η ιδέα ότι έχουν λίπος στο σώμα τους (58%). Μεγάλο ποσοστό επίσης συμφωνούσαν ότι σκέφτονται τις θερμίδες τις οποίες καίνε όταν γυμνάζονται (39%).

Η μεγάλη πλειοψηφία των μελών του δείγματος διαφωνούσαν (απαντώντας «σπάνια» ή «ποτέ») ότι τους αρέσει να είναι άδειο το στομάχι τους (94%), ότι έχουν την τάση να κάνουν εμετό μετά τα γεύματα (93%), ότι κάνουν εμετό έπειτα από την κατανάλωση φαγητού (83%), ότι ασχολούνται με δίαιτες (75%), ότι αποφεύγουν να τρώνε όταν πεινάνε (73%), και ότι δεν νοιώθουν άνετα μετά την κατανάλωση γλυκών (69%). Η πλειοψηφία επίσης διαφωνούσαν ότι νοιώθουν πως οι άλλοι προτιμούν να τρώνε περισσότερο (54%), ότι νοιώθουν πως οι άλλοι τους πιέζουν να τρώνε (54%), ότι συνήθως αποφεύγουν φαγητό με υψηλό περιεχόμενο υδατανθράκων (53%), καθώς και ότι τους έχει συμβεί να φάνε μεγάλες ποσότητες φαγητού και να νοιώθουν πως δεν μπορούν να σταματήσουν (52%). Ακόμη, μέγιστα ποσοστά του δείγματος διαφώνησαν ότι αποφεύγουν τρόφιμα τα οποία περιέχουν ζάχαρη (48%), ότι είναι ενήμεροι για το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφίμων που καταναλώνουν (46%), και ότι νοιώθουν απόλυτα ένοχοι μετά από την κατανάλωση φαγητού (43%).

Πίνακας 4.2.1:
Απαντήσεις για την Διατροφική Συμπεριφορά (EAT-26)

	Πάντοτε	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1. Φοβάμαι να είμαι υπέρβαρος	35%	22%	16%	12%	4%	11%
2. Αποφεύγω να τρώω όταν είμαι πεινασμένος	2%	8%	4%	13%	26%	47%
3. Νομίζω ότι με απασχολεί πολύ το θέμα του φαγητού	4%	17%	37%	18%	11%	13%
4. Μου έχει συμβεί να φάω μεγάλες ποσότητες φαγητού και να αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να σταματήσω	1%	4%	17%	26%	33%	19%
5. Τεμαχίζω το φαγητό μου σε μικρά κομμάτια	10%	10%	20%	32%	19%	9%
6. Είμαι ενήμερος για το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφίμων που καταναλώνω	14%	14%	12%	14%	29%	17%
7. Συνήθως αποφεύγω φαγητό το οποίο περιέχει υψηλό περιεχόμενο σε υδατάνθρακα	4%	11%	15%	17%	36%	17%

8. Νιώθω ότι οι άλλοι προτιμούν να τρώω περισσότερο	3%	11%	9%	23%	28%	26%
9. Κάνω εμετό έπειτα από την κατανάλωση φαγητού	1%	5%	3%	8%	5%	78%
10. Νιώθω απολύτως ένοχος μετά την κατανάλωση φαγητού	5%	7%	20%	25%	17%	26%
11. Με απασχολεί η ιδέα να γίνω πιο λεπτή/ος	22%	28%	21%	11%	5%	13%
12. Σκέφτομαι τις θερμίδες τις οποίες καίω όταν γυμνάζομαι	17%	22%	20%	14%	11%	16%
13. Άλλοι άνθρωποι θεωρούν ότι είμαι πολύ αδύνατος	11%	11%	22%	25%	16%	15%
14. Με ανησυχεί η ιδέα ότι έχω λίπος στο σώμα μου	35%	23%	11%	7%	9%	15%
15. Παίρνει περισσότερο χρόνο να καταναλώσω τα γεύματά μου από ό,τι άλλα άτομα	9%	19%	25%	21%	14%	12%
16. Αποφεύγω τρόφιμα τα οποία περιέχουν ζάχαρη	8%	5%	17%	22%	33%	15%
17. Τρώω διαιτητικά τρόφιμα (light)	5%	12%	18%	26%	29%	10%
18. Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου	2%	8%	27%	30%	11%	22%

19. Επιδεικνύω έναν αυτοέλεγχο σχετικά με το φαγητό	6%	13%	23%	35%	13%	10%
20. Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να τρώω	4%	9%	14%	19%	25%	29%
21. Αφιερώνω πάρα πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό	3%	16%	29%	17%	10%	25%
22. Δεν νιώθω άνετα μετά την κατανάλωση γλυκών	1%	3%	6%	21%	26%	43%
23. Ασχολούμαι με δίαιτες	2%	1%	5%	17%	25%	50%
24. Μου αρέσει το στομάχι μου να είναι άδειο	–	–	2%	4%	22%	72%
25. Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα	–	–	3%	4%	10%	83%
26. Μου αρέσει να δοκιμάζω καινούργια τρόφιμα πλούσια θερμιδικά	3%	18%	30%	15%	25%	9%

Στα ερωτήματα συμπεριφοράς (Πίνακας 4.2.2), σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες διαφωνούσαν, απαντώντας «ποτέ» ή «μια φορά το μήνα ή λιγότερο», ότι έχουν χρησιμοποιήσει καθαρκτικά, διαιτητικά χάπια ή διουρητικά (97%) ή ότι έχουν αρρωστήσει ή κάνει εμετό (95%) για να ελέγξουν το βάρος τους ή το σχήμα του σώματός τους. Επίσης σχεδόν όλοι διαφωνούσαν ότι έχουν χάσει 20 ή περισσότερα κιλά κατά τους τελευταίους 6 μήνες («όχι» 97%). Επίσης οι περισσότεροι ερωτηθέντες διαφωνούσαν ότι συνεχίζουν την αποθήκευση φαγητού όταν αισθάνονται ότι ίσως δεν είναι ικανοί να σταματήσουν (58%). Το 30% του δείγματος διαφωνούσαν πως αθλούνται πάνω από μία ώρα καθημερινώς για να ελέγξουν το βάρος τους, ενώ το 36% το έκαναν καθημερινά ή μερικές φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 4.2.2:
Απαντήσεις στα ερωτήματα της Συμπεριφοράς (EAT-26)

	Μία φορά τη μέρα ή περισσότερο	2-6 φορές τη βδομάδα	Μία φορά τη βδομάδα	2-3 φορές το μήνα	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Ποτέ
A. Συνεχίζεις την αποθήκευση φαγητού όταν αισθάνεσαι ότι ίσως δεν είσαι ικανός να σταματήσεις;	1%	6%	10%	25%	27%	31%
B. Έχεις ποτέ αρρωστήσει (ή κάνεις εμετό) για να ελέγξεις το βάρος σου ή το σχήμα του σώματος σου;	2%	1%	2%	—	5%	90%
Γ. Έχεις ποτέ χρησιμοποιήσει καθαρτικά, διαιτητικά χάπια ή διουρητικά για να ελέγξεις το βάρος ή το σχήμα του σώματος σου	1%	1%	—	1%	5%	92%
Δ. Αθλείσαι περισσότερο από 60 λεπτά την ημέρα για να χάσεις ή να ελέγξεις το βάρος σου;	13%	23%	15%	19%	8%	22%
E. Έχω χάσει 20 κιλά ή παραπάνω τους τελευταίους 6 μήνες;	Ναι	3%		Όχι	97%	

Με βάση τις απαντήσεις στην κλίμακα Διατροφικής Συμπεριφοράς EAT-26, και ακολουθώντας το κλειδί του ερωτηματολογίου, υπολογίστηκαν τα αθροίσματα της συνολικής κλίμακας αλλά και των επιμέρους κλιμάκων. Τα αποτελέσματα

παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.2.3 και δείχνουν ότι η μέση αθροιστική βαθμολογία ήταν 16,6. Κατά συνέπεια, η βαθμολογία ήταν κάτω από είκοσι μονάδες (<20) που συνιστά πως δεν υπήρχε στο παρόν δείγμα υψηλό επίπεδο έγνοιας ή ανησυχίας για την διαίτα ή το βάρος του σώματος, ή άλλες προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές.

Πίνακας 4.2.3:

Αθροιστική βαθμολογία και επιμέρους σκορ στην κλίμακα EAT-26

	N	Μέσο άθροισμα	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
EAT-26: Συνολικό σκορ	100	16.58	9.500	.390
EAT-26: Δίαιτα	100	9.95	6.495	.658
EAT-26: Βουλιμία κι Εμμονή με Φαγητό	100	2.49	1.925	.597
EAT-26: Στοματικός Ελέγχος	100	4.14	3.085	1.066

4.3 Ερωτηματολόγιο Σχολικού Εκφοβισμού (OLWEUS)

Στους Πίνακες 5 έως 12 που ακολουθούν, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για το ερωτηματολόγιο Σχολικού Εκφοβισμού (OLWEUS). Το 73% του δείγματος αποτελούνταν από αγόρια (N=72), με τα κορίτσια να αποτελούν το 28% (N=28). Ένας συμμετέχων δεν σημείωσε το φύλο του. Το 22% ανέφεραν ότι έχουν 1 καλό φίλο στο σχολείο, το 24% ανέφεραν ότι έχουν 2 έως 3 καλούς φίλους, το 22% ανέφεραν ότι έχουν 4 έως 5 καλούς φίλους, ένας συμμετέχων είπε ότι έχει 5 καλούς φίλους (1%) και το 31% σημείωσε ότι έχει 6 και πάνω καλούς φίλους στο σχολείο. Σχεδόν ένας στους δύο μαθητές ανέφεραν ότι τους αρέσει το σχολείο (49%). Ειδικότερα, το 26% απάντησαν ότι τους αρέσει το σχολείο και το 23% ότι το σχολείο τους αρέσει πάρα πολύ. Το 35% είπαν ότι το σχολείου τους αρέσει «έτσι κι έτσι», και συνολικά το 16% είπαν ότι δεν τους αρέσει το σχολείο («δεν μου αρέσει καθόλου» 14%, «δεν μου αρέσει» 2%).

Συνολικά 25 από τους 100 συμμετέχοντες περιέγραψαν τον εαυτό τους σε ανοιχτό ερώτημα. Το 5% του δείγματος θεωρούσαν τους εαυτούς τους ήρεμους («ήρεμη», «ήρεμο παιδί», «ήσυχο άτομο», «χαλαρό»), το 5% θεωρούσαν τους εαυτούς τους καλούς («καλό παιδί», «πολύ κάλος», «ευγενικός»), το 3% θεωρούσαν ότι οι ίδιοι είναι νευρικοί, το 3% περιέγραψαν τους εαυτούς τους ως κλειστά άτομα («κλειστό άτομο», «μαζεμένο», «ντροπαλό»), και το 2% του δείγματος θεωρούσαν ότι είναι κοινωνικά άτομα («κοινωνικός», «αγαπητός»). Άλλες περιγραφές ήταν «δίκαιος», «ευαίσθητος», «ευκολόπιστος», «καλή μαθήτρια», «περίεργος», «υπομονετικός», και «χαρούμενη».

Σε όλα τα ερωτήματα που αφορούν τον σχολικό εκφοβισμό από την πλευρά του θύματος, η πλειοψηφία απάντησε αρνητικά, αφού οι περισσότεροι ερωτηθέντες έδωσαν τις απαντήσεις «ποτέ» ή «μία-δύο φορές» με ποσοστό από 57% έως 75%. Ο Πίνακας 4.3.1 παρουσιάζει τα αποτελέσματα αναλυτικά.

Πίνακας 4.3.1:

Απαντήσεις στα ερωτήματα 4 έως 13 για τον Σχολικό Εκφοβισμό (ως Θύμα)

	Πολλές φορές τη βδομάδα	Περίπου μια φορά τη βδομάδα	2-3 φορές το μήνα	1-2 φορές	Δεν έγινε ποτέ	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
4. Πόσο συχνά σε έχουν εκφοβίσει (έχεις δεχτεί bullying) στο σχολείο τους τελευταίους μήνες;	5%	15%	23%	20%	37%	2.31	1.253
5. Με αποκάλεσαν με «παρατσούκλια», με κοροΐδευαν ή με πείραζαν με έναν οδυνηρό τρόπο	10%	6%	21%	30%	33%	2.30	1.267

6. Οι συμμαθητές με αφήνουν έξω από τις δραστηριότητες σκόπιμα, με διώχνουν από τις παρέες τους ή με αγνοούν τελείως	12%	7%	13%	20%	48%	2.15	1.403
7. Με χτυπούν, με κλωτσούν, με σπρώχνουν, ή με κλειδώνουν έξω από την πόρτα	6%	5%	14%	21%	54%	1.88	1.192
8. Οι άλλοι μαθητές έλεγαν ψέματα ή διέδιδαν ψεύτικες φήμες για εμένα προκειμένου να μην με συμπαθούν οι υπόλοιποι	18%	5%	11%	24%	42%	2.33	1.505
9. Υπήρχαν λεφτά ή άλλα πράγματα τα οποία μου έκλεψαν ή μου κατέστρεψαν	11%	9%	16%	15%	49%	2.18	1.410
10. Απειλήθηκα ή αναγκάστηκα να κάνω πράγματα τα οποία δεν ήθελα να κάνω	11%	9%	14%	20%	46%	2.19	1.390
11. Έχω υποστεί σχολικό εκφοβισμό με «παρατσούκλια» ή σχόλια σχετικά με την φυλή ή το χρώμα του δέρματός μου	12%	11%	20%	11%	46%	2.32	1.449
12. Έχω υποστεί σχολικό εκφοβισμό με «παρατσούκλια» ή σχόλια ή σεξουαλικά υπονοούμενα	10%	7%	15%	19%	49%	2.10	2.01
13. Με εκφόβισαν με μίσος ή με εχθρικά μηνύματα ή κλήσεις ή φωτογραφίες ή άλλους τρόπους στο κινητό ή στο διαδίκτυο	7%	8%	14%	21%	50%	1.352	1.267

Επιπλέον, συνολικά το 77% είχε δεχθεί εκφοβισμό στο κινητό και το 48% είχε δεχθεί εκφοβισμό στο διαδίκτυο. Αναλυτικά, το 52% είχε δεχθεί εκφοβισμό μόνο στο κινητό και το 23% μόνο μέσω διαδικτύου, ενώ το 25% είχε δεχθεί εκφοβισμό και στα δύο μέσα. Όσον αφορά τον εκφοβισμό με άλλον τρόπο, το 48% δεν είχε δεχθεί τέτοιον εκφοβισμό, το 26% δέχθηκε εκφοβισμό με άλλον τρόπο 1 ή 2 φορές, το 17% δεχόταν εκφοβισμό με άλλον τρόπο 2 έως 3 φορές τον μήνα, το 7% εκφοβιζόταν με άλλον τρόπο περίπου μία φορά την εβδομάδα, και 2 συμμετέχοντες ήταν αποδέκτες εκφοβισμού με άλλον τρόπο πολλές φορές την εβδομάδα.

Το 51% ήταν αποδέκτες εκφοβισμού από μαθητές της δικής τους τάξης, το 30% εκφοβίζονταν από παιδιά από άλλες τάξεις, και το 18% δέχονταν εκφοβισμό από παιδιά που ανήκουν σε μεγαλύτερη τάξη. Ένας συμμετέχων ανέφερε ότι ήταν αποδέκτης εκφοβισμού από παιδί μικρότερης τάξης (1%). Το 80% του αναφερθέντος εκφοβισμού είχε πραγματοποιηθεί από αγόρια-θύτες, και το 20% από κορίτσια-θύτες. Το 61% ανέφερε ότι είχε δεχθεί εκφοβισμό από 1 μαθητή, το 25% από 2 έως 3 μαθητές, το 6% από 4 έως 9 μαθητές, το 5% από 10 μαθητές και πάνω, και το 3% είχε δεχθεί εκφοβισμό από «διαφορετικά άτομα».

Ο εκφοβισμός που δέχτηκαν τα θύματα σχολικού εκφοβισμού διήρκησε από 1 έως 2 εβδομάδες για το 39%, ένα μήνα για το 27%, 6 μήνες για το 12%, έναν χρόνο για το 11%, και αρκετά χρόνια για το 11%. Το 25% των κρουσμάτων εκφοβισμού εκτυλισσόταν στην αυλή, το 18% στους διαδρόμους του σχολείου, το 15% στην τάξη όταν έλειπε ο καθηγητής και το 12% στην τάξη με τον καθηγητή παρόντα. Το 9% των κρουσμάτων σχολικού εκφοβισμού πραγματοποιούνταν στην τουαλέτα, το 7% στο κυλικείο, το 5% στην στάση του λεωφορείου, το 3% μέσα στο λεωφορείο και το 6% των κρουσμάτων σχολικού εκφοβισμού πραγματοποιούνταν «κάπου αλλού στο σχολείο».

Συνολικά το 59% φοβούνταν σπάνια ή δεν φοβούνταν ποτέ ότι θα δεχθούν εκφοβισμό από άλλους μαθητές στο σχολείο τους («ποτέ» 27%, «σπάνια» 32%). Το 17% φοβούνταν ένα τέτοιο ενδεχόμενο «μερικές φορές». Το 12% φοβούνταν μία τέτοια πιθανότητα αρκετά συχνά, το 7% συχνά και το 5% πολύ συχνά μήπως δεχθούν εκφοβισμό από άλλους μαθητές του σχολείου τους.

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν το 30% των κρουσμάτων σχολικού εκφοβισμού στον δάσκαλό τους, το 19% σε άλλο άτομο του σχολείου, το 20% σε αδελφό ή αδελφή, το 17% σε γονείς, το 9% σε φίλους και το 4% σε «κάποιον άλλον».

Ακόμη, το 21% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι οι καθηγητές ή άλλοι ενήλικες στο σχολείο δεν προσπάθησαν «σχεδόν ποτέ» να βάλουν ένα τέλος όταν ένας μαθητής δέχεται εκφοβισμό στο σχολείο. Το 24% ανέφεραν ότι αυτό συνέβαινε «μία στο τόσο», και το 27% ανέφεραν ότι αυτό συνέβαινε μερικές φορές. Το 24% του δείγματος ανέφεραν ότι οι καθηγητές ή άλλοι ενήλικες «συχνά» προσπαθούσαν να βάλουν τέλος σε κάποιο κρούσμα σχολικού εκφοβισμού, και το 5% ανέφεραν ότι αυτό συμβαίνει «σχεδόν πάντα».

Σε ό,τι αφορά τις παρεμβάσεις των ίδιων των μαθητών, το 23% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι οι μαθητές «σχεδόν ποτέ» δεν προσπάθησαν να σταματήσουν τον εκφοβισμό ενός συμμαθητή, Το 21% ανέφεραν ότι αυτό συνέβαινε «μία στο τόσο» και το 30% είπαν ότι οι μαθητές παρέμβαιναν σε τέτοια κρούσματα. Το 19% θεωρούσαν πως οι μαθητές συχνά παρεμβαίνουν για να βάλουν τέλος στον εκφοβισμό ενός συμμαθητή, και το 5% θεωρούσαν πως αυτό συμβαίνει «σχεδόν πάντα».

Το 32% του δείγματος ανέφεραν ότι υπάρχει κάποιος ενήλικας από το σπίτι που προσπάθησε να σταματήσει τον εκφοβισμό που γίνεται στο σχολείο τους τελευταίους μήνες. Το 20% ανέφεραν ότι αυτό συνέβη μία φορά, ενώ το 20% σημείωσαν ότι δεν υπήρξε επαφή με το σχολείο. Το 28% των συμμετεχόντων μαθητών επεσήμαναν ότι δεν έχουν κρούσματα εκφοβισμού.

Τέλος, όταν το δείγμα ρωτήθηκε για το πώς νοιώθει ή τί σκέφτεται όταν βλέπει ένα μαθητή στην ηλικία του να δέχεται εκφοβισμό στο σχολείο, συνολικά το 55% ένοιωθαν λύπη. Συγκεκριμένα, το 36% λυπόταν και ήθελαν να βοηθήσουν τον μαθητή και το 18% λυπόταν λίγο. Από την άλλη πλευρά, το 17% ανέφεραν ότι δεν αισθάνονταν πολλά, ενώ το 28% απάντησαν ότι θεωρούν ότι ο μαθητής μάλλον αξίζει τον εκφοβισμό. Επιπλέον, το 30% ένοιωθαν ότι θα ήθελαν ή θα έπρεπε να βοηθήσουν κάποιον συμμαθητή τους που δέχεται εκφοβισμό από άλλους μαθητές («θα προσπαθήσω να βοηθήσω» 17%, «οφείλω να βοηθήσω» 13%). Το 21% ανέφεραν ότι απλά βλέπουν το τί συμβαίνει, και το 12% ανέφεραν ότι αν και δεν συμμετέχουν στον εκφοβισμό νομίζουν ότι ο αποδέκτης του εκφοβισμού «το άξιζε». Το 18% ανέφεραν ότι έχουν συμμετάσχει ως θύτες στον

εκφοβισμό, ενώ το 19% απάντησαν ότι δεν έχουν ποτέ παρατηρήσει κάποιο περιστατικό σχολικού εκφοβισμού.

Σε όλα τα ερωτήματα που αφορούν τον σχολικό εκφοβισμό από την πλευρά του θύτη, η πλειοψηφία διαφωνούσε, αφού απάντησε με ποσοστά από 64% έως 76% ότι «δεν έχει συμβεί» ή ότι «έχει συμβεί μία-δύο φορές». Στον Πίνακα 4.3.2 παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα.

Πίνακας 4.3.2:

Απαντήσεις στα ερωτήματα 26 έως 34 για τον Σχολικό Εκφοβισμό (ως Θύτης)

	Πολλές φορές τη βδομάδα	Περίπου μια φορά τη βδομάδα	2-3 φορές το μήνα	1-2 φορές	Δεν έχει συμβεί	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
26. Πόσο συχνά έχεις πάρει μέρος σε εκφοβισμό άλλου μαθητή στο σχολείο στους περασμένους μήνες	5%	10%	15%	21%	49%	2.01	1.227
27. Έχεις αποκαλέσει άλλους μαθητές με κακούς χαρακτηρισμούς και έκανες πλάκα ή πείραγμα εις βάρος τους με κακό τρόπο;	18%	9%	9%	16%	48%	2.33	1.570
28. Κράτησες κάποιον έξω από τα πράγματα σκόπιμα ή τους έδιωξες από μία παρέα, από φίλους ή τους αγνόησες τελείως;*	7.1%	11.1%	14.1%	16.2%	51.5%	2.06	1.323

29. Χτύπησα, κλώτσησα, έσπρωξα ή κλείδωσα κάποιον έξω	12%	7%	14%	14%	53%	2.11	1.428
30. Εξέφρασα ψευδείς φήμες για κάποιον άλλο μαθητή και προσπάθησα να τον κάνω αντιπαθητικό στους άλλους	10%	6%	16%	14%	54%	2.04	1.363
31. Πήρα λεφτά η άλλα πράγματα από κάποιον ή κατέστρεψα κάτι από τα υπάρχοντα του;*	8.1%	4%	13.1%	13.1%	61.6%	1.84	1.275
32. Απειλήσα κάποιον ή τον ανάγκασα να κάνει πράγματα τα οποία δεν ήθελε να κάνει;	5%	8%	19%	17%	51%	1.99	1.219
33. Εκφόβισα κάποιον με κακούς χαρακτηρισμούς ή σχόλια για την φυλή και το χρώμα του	8%	4%	17%	12%	59%	1.90	1.283
34. Εκφόβισα κάποιον με κακούς χαρακτηρισμούς ή σχόλια ή με εκφράσεις σεξουαλικού περιεχομένου;*	1%	7.1%	16.2%	17.2%	58.6%	1.75	1.034

*Ένας συμμετέχων δεν απάντησε σε αυτή τη δήλωση

Επιπλέον, συνολικά το 83% είχε εκφοβίσει κάποιον με κακόβουλα ή οδυνηρά μηνύματα στο τηλέφωνο και στο διαδίκτυο. Αναλυτικά, το 66% το είχαν πράξει μόνο μέσω τηλεφώνου, το 17% μόνο μέσω διαδικτύου, και το 17% το είχαν πράξει και στα δύο μέσα επικοινωνίας. Το 66% δεν είχαν εκφοβίσει κάποιον με άλλον τρόπο, το 20% είχε

χρησιμοποιήσει άλλο τρόπο εκφοβισμού 1 ή 2 φορές, το 12% το έπραττε 2 έως 3 φορές τον μήνα, και το 2% το έπραττε περίπου μια φορά την εβδομάδα.

Το 44% του δείγματος ανέφεραν ότι δεν τους είχε μιλήσει κάποιος καθηγητής για τον σχολικό εκφοβισμό που ίσως προκάλεσαν σε άλλους μαθητές τους τελευταίους μήνες. Το 27% ανέφεραν ότι κατά τους τελευταίους μήνες, κάποιος καθηγητής του μιλούσε «σχεδόν καθημερινά» για τον σχολικό εκφοβισμό που προκάλεσαν σε άλλους μαθητές, το 17% ανέφεραν ότι αυτό συνέβη αρκετές φορές, και το 13% ότι κάποιος καθηγητής τους μίλησε για κρούσμα εκφοβισμού που προκάλεσαν «μία φορά».

Το 34% ανέφεραν ότι δεν τους είχε μιλήσει κάποιος ενήλικας από το σπίτι για τον εκφοβισμό που ίσως προκάλεσαν σε άλλους μαθητές τους τελευταίους μήνες. Το 19% κατά τους τελευταίους μήνες δέχονταν «σχεδόν καθημερινά» την συζήτηση κάποιου ενήλικα από το σπίτι σχετικά με τον εκφοβισμό που έπραζαν ενάντια συμμαθητή ή συμμαθητών τους, το 26% δέχονταν τέτοιες συζητήσεις αρκετές φορές, και στο 21% των ερωτηθέντων είχε μιλήσει κάποιος ενήλικας από το σπίτι «μία φορά» για κάποιο επεισόδιο εκφοβισμού που προκάλεσαν σε συμμαθητή/συμμαθητές τους.

Συνολικά το 26% ήταν ανοιχτοί να συμμετάσχουν σε εκφοβισμό ενός συμμαθητή τους τον οποίον δεν συμπαθούσαν («ναι» 13%, «ίσως ναι» 13%). Το 20% απάντησαν ότι δεν ξέρουν, και συνολικά το 54% ήταν γενικά αρνητικοί στο να συμμετάσχουν ως θύτες στον εκφοβισμό κάποιου μαθητή που δεν συμπαθούν («όχι, δεν νομίζω» 18%, «όχι» 19%, «σίγουρα όχι» 17%).

Το τελευταίο κλειστό ερώτημα του ερωτηματολογίου OLWEUS ζητούσε από τους συμμετέχοντες να επισημάνουν κατά πόσο πιστεύουν ότι η τάξη ή οι καθηγητές τους έχουν κάνει κάτι για να σταματήσουν τον εκφοβισμό στην τάξη τους κατά τους τελευταίους μήνες. Συνολικά το 56% θεωρούσαν πως έχουν γίνει λίγες ή καθόλου ενέργειες προς αυτή την κατεύθυνση («λίγο ή καθόλου» 28%, «αρκετά λίγο» 28%). Το 16% θεωρούσαν ότι έχουν γίνει μερικές ενέργειες («κάπως»), ενώ συνολικά το 28% θεωρούσαν ότι έχουν γίνει αρκετές έως πολλές ενέργειες για να σταματήσει ο εκφοβισμός στην τάξη τους («αρκετά» 18%, «πολύ» 16%).

4.4 Αξιοπιστία και Διαστάσεις των Ερωτηματολογίων

Με βάση τα κλειδιά των ερωτηματολογίων, υπολογίστηκαν οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach (α) καθώς και οι προκύπτουσες διαστάσεις με βάση τους ελέγχους αξιοπιστίας. Συγκεκριμένα, εξετάστηκε η αξιοπιστία της κλίμακας Θυματοποίησης του Ερωτηματολογίου Σχέσεων Συνομηλικών (PRQ), που αποτελείται από τα ερωτήματα 3, 8, 12, 18, και 19. Ο δείκτης αξιοπιστίας αποκάλυψε ένα επαρκές επίπεδο $\alpha=0,63$. Με βάση αυτό το αποτέλεσμα, υπολογίστηκε η διάσταση Θυματοποίησης η οποία είχε μέσο όρο 2,0 («Μία φορά στο τόσο»).

Για το Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς (EAT-26), αρχικά υπολογίστηκε η αξιοπιστία για ολόκληρο το ερωτηματολόγιο, με τα πλήρη ερωτήματα (1-26). Σημειώνεται ότι το τελευταίο ερώτημα του EAT-26 αντιστράφηκε καθώς η κωδικοποίησή του είναι αντίστροφη από τα υπόλοιπα ερωτήματα. Ο δείκτης αξιοπιστίας του EAT-26 ήταν υψηλός και αποδεκτός με $\alpha=0,85$, και ο μέσος όρος ήταν 4,1 («Μερικές φορές»). Στη συνέχεια εξετάστηκε η αξιοπιστία των επιμέρους κλιμάκων του EAT-26, συγκεκριμένα για τις υποκλίμακες της Δίαιτας (ερωτήματα 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, και 26), της Βουλιμίας και Εμμοσύνης με το Φαγητό (ερωτήματα 3, 4, 9, 18, 21, 25), και του Στοματικού Ελέγχου (ερωτήματα 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20). Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλή και αποδεκτή αξιοπιστία για την Δίαιτα με $\alpha=0,83$, με μέσο όρο 3,91 («Μερικές φορές»). Στην Βουλιμία και Εμμοσύνη με το Φαγητό, η αξιοπιστία ήταν $\alpha=0,55$, και προκειμένου να φθάσει σε επαρκές επίπεδο $\alpha>0,6$ αφαιρέθηκε το ερώτημα 9. Η αξιοπιστία έφθασε το αποδεκτό επίπεδο $\alpha=0,61$ και ο μέσος όρος της κλίμακας ήταν 4,33 («Μερικές φορές»). Η υποκλίμακα Στοματικού Ελέγχου είχε αρχική αξιοπιστία $\alpha=0,46$, και προκειμένου να φθάσει στο αποδεκτό επίπεδο αφαιρέθηκαν τα ερωτήματα 2, 5 και 19. Ο δείκτης αξιοπιστίας διαμορφώθηκε σε $\alpha=.66$, ενώ η υποκλίμακα είχε μέσο όρο 3,99 («Μερικές φορές»).

Για την συνολική κλίμακα Σχέσεων Συνομηλικών (PRQ), υπολογίστηκε το συνολική βαθμολογία του δείγματος. Το αποτέλεσμα παρουσιάζεται στον Πίνακα Α. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας, η οποία έδειξε πως η συνολική κλίμακα έχει επαρκή αξιοπιστία Cronbach $\alpha=.61$. Με βάση αυτό το αποτέλεσμα, υπολογίστηκε η

συνολική βαθμολογία της κλίμακας PRQ. Η βαθμολογία είχε μέσο όρο 2,34, που στρογγυλοποιείται στην τιμή της κλίμακας Likert 2=«Μία φορά στο τόσο».

Τέλος, για τον Σχολικό Εκφοβισμό OLWEUS, υπολογίστηκαν οι υποκλίμακες Εκφοβισμού ως Θύμα (ερωτήματα 5-13) και Εκφοβισμού ως Θύτης (ερωτήματα 27-34). Ο Εκφοβισμός ως Θύμα είχε πολύ υψηλή και αποδεκτή αξιοπιστία $\alpha=0,92$, και ο μέσος όρος ήταν 2,16 («1-2 φορές»). Ο Εκφοβισμός ως Θύτης είχε επίσης πολύ υψηλή αξιοπιστία $\alpha=0,95$, με μέσο όρο 1,99 («1-2 φορές»).

Πίνακας 4.4.1:

Αξιοπιστία και μέσοι όροι κλιμάκων και υποκλιμάκων της μελέτης

	N	Αξιοπιστία Cronbach	Ερωτήματα	Μέσος όρος διάστασης	Τυπική απόκλιση
PRQ: Θυματοποίηση	99	.63	5	2.00	.619
EAT-26: Συνολικό σκορ	100	.85	26	4.08	.632
EAT-26: Δίαιτα	100	.83	13	3.91	.824
EAT-26: Βουλμμία και Εμμονή με το Φαγητό	100	.61	5	4.33	.775
EAT-26: Στοματικός Ελέγχος	100	.66	4	3.99	1.034
OLWEUS: Εκφοβισμός (Θύμα)	100	.92	9	2.16	1.053
OLWEUS: Εκφοβισμός (Θύτης)	97	.95	8	1.99	1.119

Πίνακας 4.4.2:

Συνολική κλίμακα Σχέσεων Συνομιλήκων (PRQ)

	Αξιοπιστία Cronbach	Αριθμός ερωτημάτων	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Συνολική κλίμακα Σχέσεων Συνομιλήκων (PRQ)	.612	20	2.34	.344

4.5 Εξέταση σχέσεων μεταξύ των Ερωτηματολογίων

Με βάση τα ανωτέρω αποτελέσματα (υποκεφάλαιο 4.4), πραγματοποιήθηκε εξέταση στατιστικά σημαντικών σχέσεων ανάμεσα στα εργαλεία της μελέτης και συγκεκριμένα τις διαστάσεις και υποδιαστάσεις που υπολογίστηκαν. Συγκεκριμένα, αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το τεστ Shapiro-Wilk, το οποίο ενδείκνυται για το μέγεθος του παρόντος δείγματος. Στην ανάλυση κανονικότητας, το επίπεδο του δείκτη p πρέπει να είναι $>0,05$ προκειμένου τα δεδομένα να γίνει αποδεκτό ότι ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι συσχέτισης Pearson r (για δεδομένα με κανονική κατανομή) και Spearman Rho (για δεδομένα με μη-κανονική κατανομή), μεταξύ όλων των διαστάσεων και υποδιαστάσεων. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανάλυσης διακύμανσης για ανεξάρτητα δείγματα, ήτοι ANOVA (για δεδομένα με κανονική κατανομή) και Kruskal-Wallis (για δεδομένα με μη-κανονική κατανομή), με τα ερωτήματα 4 («Πόσο συχνά σε έχουν εκφοβίσει (έχεις δεχτεί bullying) στο σχολείο τους τελευταίους μήνες;») και 26 («Πόσο συχνά έχεις πάρει μέρος σε εκφοβισμό άλλου μαθητή στο σχολείο στους περασμένους μήνες;») του ερωτηματολογίου OLWEUS ως ανεξάρτητες μεταβλητές και τις διαστάσεις και υποδιαστάσεις των υπόλοιπων ερωτηματολογίων ως εξαρτημένες μεταβλητές. Για τους στατιστικούς ελέγχους συσχέτισης και ανάλυσης διακύμανσης, το αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας

είναι $p < 0,05$, όπου ο δείκτης p πρέπει να υποδεικνύει ότι υπάρχει πιθανότητα κάτω από 5% να δεχθούμε εσφαλμένα μία σχέση ως στατιστικά σημαντική.

Με βάση την ανάλυση κανονικότητας (Πίνακας 4.5.1), οι κλίμακες «Συνολικό σκορ EAT-26», «EAT-26 Δίαιτα» και «EAT-26 Στοματικός Έλεγχος» είχαν δεδομένα που ακολουθούν την κανονική κατανομή ($p > 0,05$). Οι κλίμακες «PRQ Θυματοποίηση», «EAT-26 Βουλμμία και Εμμονή με το Φαγητό», καθώς και οι κλίμακες Εκφοβισμού (Θύμα και Θύτης) δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή ($p < 0,05$).

Πίνακας 4.5.1:

Έλεγχοι κανονικότητας των δεδομένων των εργαλείων της μελέτης

	Shapiro-Wilk		
	Δείκτης W	df	P
PRQ: Θυματοποίηση	.960	96	.005
EAT-26: Συνολικό σκορ	.993	96	.902
EAT-26: Δίαιτα	.988	96	.508
EAT-26: Βουλμμία και Εμμονή με το Φαγητό	.936	96	.000
EAT-26: Στοματικός Ελέγχος	.976	96	.076
OLWEUS: Εκφοβισμός (Θύμα)	.894	96	.000
OLWEUS: Εκφοβισμός (Θύτης)	.814	96	.000

Λαμβάνοντας υπόψιν τα ανωτέρω, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι συσχέτισης Pearson r και Spearman Rho . Ο Πίνακας 4.5.2 παρουσιάζει όλες τις στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των εργαλείων της μελέτης. Στο Παράρτημα 1 παρατίθενται οι πλήρεις πίνακες συνάφειας. Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, η συνολική κλίμακα Διατροφικής Συμπεριφοράς EAT-26 είχε μία στατιστικά σημαντική και μέτρια αρνητική σχέση με τον

Εκφοβισμό των Άλλων ($r=-0,37, p\leq 0,0005$). Η υποκλίμακα της Δίαιτας επίσης είχε μία σημαντική και μέτρια αρνητική σχέση με τον Εκφοβισμό των Άλλων ($r=-0,33, p=0,001$). Επιπλέον, η υποκλίμακα Βουλιμίας και Εμμονής με το Φαγητό είχε μέτρια αρνητική σχέση με τον Εκφοβισμό των Άλλων ($r=-0,29, p=0,004$). Η υποκλίμακα Στοματικού Ελέγχου επίσης είχε μια μέτρια και αρνητική σχέση με τον Εκφοβισμό των Άλλων ($r=-0,27, p=0,007$). Συνεπώς, όσο υψηλότερος ήταν βαθμός της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς, όσο περισσότερο τα υποκείμενα εμπλέκονταν σε δίαιτες, σε βουλιμικές συμπεριφορές, και ακραίους αυτοελέγχους σχετικά με το φαγητό, τόσο μικρότερη ήταν η πιθανότητα εκφοβισμού άλλων. Τέλος, η Βουλιμία και Εμμονή με το Φαγητό είχε μία στατιστικά σημαντική και μέτρια αρνητική σχέση με τον Εκφοβισμό ως Θύμα ($r=-0,33, p=0,001$). Επομένως, όσο περισσότερο τα άτομα του δείγματος επεδείκνυαν βουλιμικές τάσεις και εμμονική συμπεριφορά με το φαγητό, τόσο λιγότερο πιθανόν ήταν να είναι θύματα εκφοβισμού.

Πίνακας 4.5.2:

Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των εργαλείων της μελέτης

		OLWEUS: Εκφοβισμός (Θύμα)	OLWEUS: Εκφοβισμός Άλλων (Θύτης)
EAT-26: Συνολική	Pearson r Correlation		-.367*
	Sig. (2-tailed)		.000
	N		97
EAT-26: Δίαιτα	Pearson r Correlation		-.326*
	Sig. (2-tailed)		.001
	N		97

EAT-26: Βουλιμία και Εμμονή με Φαγητό	Spearman Rho Correlation	-.328**	-.291**
	Sig. (2-tailed)	.001	.004
	N	100	97
EAT-26: Ελέγχος	Στοματικός Pearson r Correlation		-.271*
	Sig. (2-tailed)		.007
	N		97

Πραγματοποιήθηκαν επίσης έλεγχοι ανάλυσης διακύμανσης με βάση τα ερωτήματα 4 («Πόσο συχνά σε έχουν εκφοβίσει (έχεις δεχτεί bullying) στο σχολείο τους τελευταίους μήνες;») και 26 («Πόσο συχνά έχεις πάρει μέρος σε εκφοβισμό άλλου μαθητή στο σχολείο στους περασμένους μήνες;») της κλίμακας Σχολικού Εκφοβισμού OLWEUS. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην Βουλιμία και Εμμονή με το Φαγητό (EAT-26) με βάση τον εκφοβισμό ως θύμα (ερώτημα 4, Kruskal-Wallis $H=9,977$, $df=4$, $p=0,041$). Μέσα από τις αυτοματοποιημένες πολλαπλές συγκρίσεις του προγράμματος SPSS βρέθηκε ότι τα άτομα τα οποία εκφοβίζονταν 2 έως 3 φορές τον μήνα είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη αναφορά συμπτωμάτων Βουλιμίας/Εμμονής με το Φαγητό από ό,τι τα άτομα τα οποία δεν είχαν εκφοβιστεί («δεν με έχουν εκφοβίσει»). Όλοι οι υπόλοιποι έλεγχοι διαφοροποίησης δεν ήταν στατιστικά σημαντικοί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 «Συμπεράσματα»

5.1 «Συζήτηση»

Η προκειμένη εργασία αποτελεί μια προσπάθεια συσχέτισης μεταξύ της παιδικής παχυσαρκίας, του σχολικού εκφοβισμού και των παραγόντων που συμβάλλουν για την ανάπτυξη της σχέσης αυτής. Τα αποτελέσματα της εργασίας καταδεικνύουν μια έντονη συσχέτιση μεταξύ του στιγματισμού του βάρους και του σχολικού εκφοβισμού όπως και καταδεικνύεται τόσο από τη μελέτη της συσχέτισης των συνολικών σκορ του EAT-26 και των 2 ερωτηματολογίων που αφορούν την σχέση των συμμαθητών μεταξύ τους. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα επαληθεύεται και από την έρευνα του Lumeng (2010) σύμφωνα με την οποία στις τάξεις, τρίτη έως έκτη δημοτικού, η πιθανότητα πραγματοποίησης εκφοβισμού είναι 63% υψηλότερη για ένα παχύσαρκο παιδί σε σύγκριση με έναν συνομήλικό του με υγιές βάρος.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι υπάρχει σημαντική σχέση των συμμαθητών μεταξύ τους όσον αφορά τον εκφοβισμό με βάση το βάρος. Το συγκεκριμένο αποδεικνύεται και από την έρευνα του Kraig & Keel (2001) κατά την οποία πολλοί συμμαθητές χρησιμοποιούν παρατσούκλια όπως «χοντρε, υπέρβαρε, τεμπέλη» για να μιλήσουν σε έναν συμμαθητή τους ο οποίος είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος.

Τα ευρήματα της εργασίας αυτής οφείλουν να εξεταστούν υπό ένα πρίσμα αλληλεπίδρασης του εκφοβισμού και των διατροφικών διαταραχών. Ως προς τη σχέση ανάμεσα στις διατροφικές διαταραχές και τον εκφοβισμό φαίνεται πως οι διατροφικές διαταραχές επηρεάζουν άμεσα τον εκφοβισμό αφού σύμφωνα με τον libbey (2008) οι διαταραχές όπως η συνεχής κατανάλωση τροφής ανά πολύ μικρά χρονικά διαστήματα, η συνεχής δίαιτα και ο εξακολούθηση εμετός είναι αποτέλεσμα του εκφοβισμού που προκαλείται στα παιδιά τα οποία δέχονται τον εκφοβισμό λόγω του βάρους τους.

Επίσης, ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι το 32 % του δείγματος ανέφερε ότι κάποιος ενήλικας ενδιαφέρθηκε να ενημερωθεί και να σταματήσει τον εκφοβισμό ο οποίος πραγματοποιείται στο σχολείο. Το συγκεκριμένο εύρημα επιβεβαιώνεται και από

την έρευνα του Goldback, (2005) κατά την οποία οι γονείς λόγω των δυσμενών επιδράσεων που έχει ο εκφοβισμός στην υγεία προσπαθούν να παραμένουν ενημερωμένοι αλλά και ενεργά δραστήριοι έτσι ώστε να προλαβαίνουν η να σταματούν τα δείγματα εκφοβισμού που πραγματοποιούνται στο σχολικό περιβάλλον.

Επιπλέον είναι σημαντικό να αναφερθεί η σχέση μεταξύ των καθηγητών και των παιδιών στο σχολείο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών απάντησε ότι οι καθηγητές δεν ασχολούνται με την καταπολέμηση του σχολικού εκφοβισμού. Αυτή η σχέση επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Weiler & Helms (1991) στην οποία αναφέρεται ότι διάφοροι πανεπιστημιακοί παθολόγοι έχουν πραγματοποιήσει μηνύσεις διότι πολλοί καθηγητές κάνουν διακρίσεις σε σχέση με το βάρος αλλά και δεν βοηθούν στην καταπολέμηση του εκφοβισμού μεταξύ των συνομηλίκων.

Εξίσου σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι μεγάλο ποσοστόν παιδιών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιον αξιολόγησης των σχέσεων μεταξύ των συμμαθητών (PRQ) ανέφερε ότι θέλουν να βοηθούν τους άλλους όταν δέχονται εκφοβισμό. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα αποδεικνύεται και από την έρευνα του Hawkins, (2011) σύμφωνα με τον οποίο το 57 % όσων παρενέβησαν ήθελαν να παρέμβουν για να σταματήσουν τον εκφοβισμό που πραγματοποιούταν.

Επιπλέον, σωστό είναι να επισημανθεί ότι σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του εκφοβισμού και των συνεπειών του διαδραματίζει ο παράγοντας χρόνος. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε πολλά παιδιά απάντησαν ότι έχουν δεχτεί εκφοβισμό για πάρα πολύ καιρό (χρόνιος εκφοβισμός). Σύμφωνα με τις απαντήσεις τις έρευνας καταδεικνύεται ότι ο χρόνιος εκφοβισμός δημιουργεί πολλαπλές συνέπειες. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα του Zwierzynska, (2013) σύμφωνα με την οποία όσο πιο μεγάλο είναι το χρονικό διάστημα κατά το οποίο κάποιος δέχεται τον εκφοβισμό τόσο πιο δυσμενείς επιπτώσεις εμφανίζονται.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί η σχέση των διαφόρων παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του εκφοβισμού. Σημαντικό εύρημα είναι λοιπόν ότι σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο του (OLWEUS), το δείγμα έδειξε τους πολλαπλούς τρόπους σύμφωνα με τους οποίους έχουν δεχτεί εκφοβισμό. Κάποιοι από αυτούς τους τρόπους είναι μέσω του κινητού, ή του διαδικτύου η μέσω της σωματικής

δραστηριότητας. Πολλές έρευνες όπως των Haynie, (2001;1994) και του Wolke, (2014) επιβεβαιώνουν ότι ο εκφοβισμός μπορεί να επιτευχθεί μέσω πολλαπλών μεθόδων.

5.2 Συμπεράσματα

Αρχικά, πρέπει να επισημανθεί ότι η συγκεκριμένη έρευνα είναι επίσης μία προσπάθεια για να μεταφραστούν τα τεστ τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στα ελληνικά αλλά και να σταθμιστούν για τον ελληνικό πληθυσμό. Όσον αφορά την αξιοπιστία των ερωτηματολογίων, παρατηρήσαμε ότι σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, τα ερωτηματολόγια εμφανίστηκαν να είναι αρκετά αξιόπιστα. Για την αξιοπιστία των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήσαμε τα επίπεδα εσωτερικής συνοχής τα οποία υπολογίστηκαν με τους δείκτες αξιοπιστίας Cronbach (α), οι οποίοι με τη σειρά τους μας βοήθησαν να υπολογίσουμε τις προκύπτουσες διαστάσεις του κάθε ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, εξετάστηκε η αξιοπιστία της κλίμακας Θυματοποίησης του Ερωτηματολογίου Σχέσεων Συνομηλίκων (PRQ), που αποτελείται από τα ερωτήματα 3, 8, 12, 18, και 19. Ο δείκτης αξιοπιστίας αποκάλυψε ένα επαρκές επίπεδο $\alpha=0,63$. Συμπερασματικά λοιπόν, μπορούμε να αντιληφθούμε ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σχέσεων συνομηλίκων (PRQ) είναι αρκετά αξιόπιστο. Όσον αφορά την διακύμανση του, το συγκεκριμένο τεστ μας ώθησε να αντιληφθούμε ότι ο εκφοβισμός πραγματοποιούνταν «μια φορά στο τόσο». Όσον αφορά το Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς (EAT-26), αφού αρχικά υπολογίστηκε η αξιοπιστία για ολόκληρο το ερωτηματολόγιο, με τα πλήρη ερωτήματα (1-26), εμφανίστηκε ότι ο δείκτης αξιοπιστίας του EAT-26 ήταν υψηλός και αποδεκτός με $\alpha=0,85$. Στη συνέχεια αφού εξετάσαμε την αξιοπιστία των επιμέρους κλιμάκων του EAT-26, συγκεκριμένα για τις υποκλίμακες της Δίαιτας (ερωτήματα 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, και 26), της Βουλιμίας και Εμμοχής με το Φαγητό (ερωτήματα 3, 4, 9, 18, 21, 25), και του Στοματικού Ελέγχου (ερωτήματα 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20). Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλή και αποδεκτή αξιοπιστία για την Δίαιτα με $\alpha=0,83$. Συμπερασματικά τα παιδιά emπίπτουν σε δίαιτα «μερικές φορές». Στην Βουλιμία και Εμμοχή με το Φαγητό, η αξιοπιστία ήταν $\alpha=0,55$, και προκειμένου να φθάσει σε επαρκές επίπεδο $\alpha>0,6$ αφαιρέθηκε το ερώτημα 9. Η αξιοπιστία έφθασε το αποδεκτό επίπεδο $\alpha=0,61$. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα μας ώθησε να υπολογίσουμε ότι τα παιδιά είχαν

«μερικές φορές» εμμονή με το φαγητό. Η υποκλίμακα Στοματικού Ελέγχου είχε αρχική αξιοπιστία $\alpha=0,46$, και προκειμένου να φθάσει στο αποδεκτό επίπεδο αφαιρέθηκαν τα ερωτήματα 2, 5 και 19. Ο δείκτης αξιοπιστίας διαμορφώθηκε σε $\alpha=.66$. Το συγκεκριμένο σκορ μας βοήθησε να αντιληφθούμε ότι τα παιδιά μερικές φορές ενδιαφερόντουσαν για τον στοματικό έλεγχο και τι ακριβώς καταλάωναν ως φαγητό. Τέλος, για τον Σχολικό Εκφοβισμό OLWEUS, υπολογίστηκαν οι υποκλίμακες Εκφοβισμού ως Θύμα (ερωτήματα 5-13) και Εκφοβισμού ως Θύτης (ερωτήματα 27-34). Ο Εκφοβισμός ως Θύμα είχε πολύ υψηλή και αποδεκτή αξιοπιστία $\alpha=0,92$, και παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά είχαν παρουσιαστεί ως θύματα εκφοβισμού 1-2 φορές έως τώρα επίσης, Ο Εκφοβισμός ως Θύτης είχε επίσης πολύ υψηλή αξιοπιστία $\alpha=0,95$, και μας παρουσίασε το ίδιο αποτέλεσμα με το θύμα, δηλαδή ότι τα παιδιά είχαν παρουσιαστεί ως θύτες, 1-2 φορές έως τώρα.

Όπως παρουσιάστηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, το δείγμα 100 μαθητών εφηβικής και προ-εφηβικής ηλικίας της Σητείας δεν χαρακτηριζόταν από υψηλό επίπεδο συμπτωμάτων ή ανησυχίας για την Διατροφική τους Συμπεριφορά (Ερωτηματολόγιο EAT-26), αφού δεν εμφάνιζε εμμονή ή έγνοια για την διαίτα ή το βάρος του σώματος, ή άλλες προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές. Οι μη-προσαρμοστικές διατροφικές συμπεριφορές συνέβαιναν κατά μέσο όρο «μερικές φορές», είτε αυτό αφορούσε τη συνολική συμπεριφορά, είτε αφορούσε στην Δίαιτα, την Βουλιμία και Εμμονή με το Φαγητό, ή τον Στοματικό Έλεγχο. Στις Σχέσεις των Συνομηλίκων (Ερωτηματολόγιο PRQ), η Θυματοποίηση κατά μέσο όρο συνέβαινε «μία φορά στο τόσο». Ο Σχολικός Εκφοβισμός (Ερωτηματολόγιο OLWEUS) ήταν επίσης χαμηλός για το παρόν δείγμα, αφού κατά μέσο όρο οι ερωτηθέντες είχαν εκφοβιστεί και είχαν οι ίδιοι εκφοβίσει «1 έως 2 φορές» έως τώρα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η συνολική κλίμακα Διατροφικής Συμπεριφοράς (EAT-26), καθώς και όλες τις οι υποκλίμακες, Δίαιτας, Βουλιμίας και Εμμονής με το Φαγητό, και Στοματικού Ελέγχου, εμφάνισαν μια στατιστικά σημαντική και μέτρια αρνητική σχέση με τον Σχολικό Εκφοβισμό ως Θύτης (OLWEUS), ενώ η υποκλίμακα της Βουλιμίας και Εμμονής με το Φαγητό είχε στατιστικά σημαντική και μέτρια αρνητική σχέση με τον Εκφοβισμό ως Θύμα (OLWEUS). Αυτό σημαίνει ότι όταν αυξάνονται τα συμπτώματα κακής διατροφικής συμπεριφοράς, με βάση

τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο EAT-26, μειώνεται και η εμφάνιση περιστατικών σχολικού εκφοβισμού από την πλευρά του θύτη ή εκείνου ο οποίος εκφοβίζει. Αυτή η αύξηση είναι μέτριου βαθμού, όπως υποδεικνύεται από το μέγεθος των συσχετίσεων που όπως είδαμε ήταν ούτε χαμηλές, ούτε και υψηλές, αλλά μέτριες. Συνεπώς, όσο υψηλότερος ήταν βαθμός της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς, όσο περισσότερο τα υποκείμενα εμπλέκονταν σε δίαιτες, σε βουλιμικές συμπεριφορές, και ακραίους αυτοελέγχους σχετικά με το φαγητό, τόσο μικρότερη ήταν η πιθανότητα εκφοβισμού άλλων. Επομένως, όσο περισσότερο τα άτομα του δείγματος επεδείκνυαν βουλιμικές τάσεις και εμμονική συμπεριφορά με το φαγητό, τόσο λιγότερο πιθανόν ήταν να είναι θύματα εκφοβισμού.

Τέλος, βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις απαντήσεις του δείγματος στην υποκλίμακα Βουλιμίας και Εμμονής με το Φαγητό (EAT-26) ως προς τον Σχολικό Εκφοβισμό ως Θύμα. Ειδικότερα, οι μαθητές οι οποίοι αντιμετώπιζαν τον σχολικό εκφοβισμό 2 έως 3 φορές τον μήνα είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα συμπτώματα Βουλιμίας και Εμμονής με το Φαγητό σε σύγκριση με τους μαθητές οι οποίοι δεν είχαν εκφοβιστεί στο σχολείο.

5.3 Πιθανές αδυναμίες μεθοδολογίας και προτάσεις για μελλοντική συνέχιση της έρευνας

Υπάρχουν διάφοροι περιορισμοί στην παρούσα πτυχιακή εργασία, οι οποίοι αξίζει να αναφερθούν. Ο κύριος περιορισμός της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι πολλά παιδιά λόγω της μάζας του σώματος τους μπορεί να ένιωσαν ανασφάλεια καθώς απαντούσαν τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια. Λόγω του συγκεκριμένου περιορισμού μπορεί να παρέθεσαν ανακριβείς πληροφορίες κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Ωστόσο, χρησιμοποιήθηκε ειδική προσέγγιση έτσι ώστε τα παιδιά να νιώσουν άνετα. Παρόλο λοιπόν, που τα ερωτηματολόγια είναι αξιόπιστα η μάζα του σώματος και η ψυχολογία του κάθε παιδιού παίζει σημαντικό ρόλο στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Ένας δεύτερος περιορισμός ήταν ο χρόνος που αποτέλεσε ένα σημαντικό παράγοντα όσον αφορά την απάντηση και την αξιολόγηση των

συγκεκριμένων ερωτηματολογίων. Λόγω της αντικειμενικής δυσκολίας των ερωτηματολογίων από άποψη ερωτήσεων χρειάζεται αρκετός χρόνος για την συμπλήρωση κυρίως διότι τα παιδιά σε αυτές τις ηλικίες πάντα θα έχουν πολλές απορίες. Ένας τρίτος περιορισμός ήταν η μερική αγωνία των γονέων για την εχεμύθεια των ερωτηματολογίων. Παρόλο που μερικοί γονείς ένιωθαν ανασφαλείς κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τα παιδιά τους, μέσω της μεθόδου της συζήτησης αλλά και την ανάλυσης των ερωτηματολογίων τους εξηγήθηκε ο μετέπειτα τρόπος χρήσης των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων. Ένας τέταρτος περιορισμός ήταν ότι δεν έχουν γίνει ανθρωπομετρήσεις και παρόλο που δόθηκαν κάποια στοιχεία αυτοαναφοράς (βάρος, ύψος) τα συγκεκριμένα στοιχεία δεν χρησιμοποιήθηκαν. Ένας ακόμη περιορισμός ήταν ότι δεν έγιναν 2 διαφορετικές κατηγορίες ηλικίας έτσι ώστε να γινόντουσαν οι κατάλληλες συσχετίσεις.

Η μελλοντική έρευνα σημαντικό είναι να επικεντρωθεί στην διερεύνηση και άλλων παραγόντων οι οποίοι δεν περιλαμβάνονται στο μοντέλο της συγκεκριμένης έρευνας τόσο αναφορικά με τα χαρακτηριστικά αυτής της έρευνας όσο και αναφορικά και με άλλους παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην σχέση της παχυσαρκίας και του εκφοβισμού στα επόμενα χρόνια.

Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να μελετηθεί περαιτέρω η σχέση του σχολικού περιβάλλοντος με τα παιδιά καθώς σύμφωνα με τα καινούργια δεδομένα της ελληνικής κοινωνίας όλο και πιο πολλά παιδιά ενδιαφέρονται να μάθουν για την διατροφή μέσα από το σχολείο. Το σχολείο ως ένα σημαντικό περιβάλλον στο οποίο τα παιδιά περνούν τις περισσότερες ώρες της ημέρας τους οφείλει να βοηθήσει και να συμβάλλει στην εκπόνηση καινούργιων ερευνών παρέχοντας στοιχεία όπως την δραστηριότητα των παιδιών στο σχολείο ειδικά στον τομέα του αθλητισμού αλλά και πως λειτουργούν τα ίδια τα παιδιά μέσα στο σύνολο.

Τέλος, σημαντικό θα ήταν να διερευνηθεί περαιτέρω η σχέση της οικογένειας με το παιδί διότι καθώς η τεχνολογία προχωράει οι γονείς με τα παιδιά αποξενώνονται μεταξύ τους. Η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας και του εκφοβισμού διότι τα παιδιά λόγω της έλλειψης προτύπων πολλές φορές καταλήγουν στο συναισθηματικό φαγητό με αποτέλεσμα την ανάπτυξη της χαμηλής αυτοεκτίμησης η οποία οδηγεί πολλές φορές στον εκφοβισμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2003). Overeating among adolescents: Prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics*, **111**, 67–74.
- Adams, G. R., Hicken, M., & Salehi, M. (1988). Socialization of the physical attractiveness stereotype: Parental expectations and verbal behaviors. *International Journal of Psychology*, **23**, 137–149.
- Almeida, A., M., T. (1999). In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000
- Alsaker, F. D., Brunner, A., (1999). Switzerland. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000
- Andersen, R. E., Crespo. C. J., Bartlett, S. J., Cheskin, L. J., & Pratt, M. (1998). Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*, **279**, 938–42.
- Anderson, S. E., Cohen, P., Naumova, E. N., & Must, A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, **160**, 285–291.
- Andreou, E., Didaskalou, E., & Vlachou, A. (2007). Evaluating the effectiveness of a curriculumbased anti-bullying intervention program in Greek primary schools. In : I., Bibou-Nakou, C., Asimopoulos, T., Hatzipemou, E., Soumaki, & J., Tsiantis, (eds). Bullying in Greek secondary schools: prevalence and profile of bullying practices. *International Journal of Mental Health Promotion*, **16**(1), 3-18. 2014
- Arseneault, L., Milne, B. J., Taylor, A., Adams, F., Delgado, K., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2008). Being bullied as an environmentally mediated contributing factor to children's internalizing problems: a study of twins discordant for victimization. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, **162**(2), 145-150.

- 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.
- Astor, R. A., Meyer, H. M., & Pitner, R. O. (2001). Elementary and middle school students’ perceptions of violence-prone school subcontexts. *Elementary School Journal*, **101**, 511-528.
- Atlas, R. S., & Pepler, D. J. (1998). Observations of bullying in the classroom. *Journal of Educational Research*, **92**, 86–99.
- Baker, J. L., Olsen, L.W., & Sørensen, T. I. (2007). Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *New England Journal of Medicine*, **357** (23), 2329-2337.
- Bauer, K. W., Yang, Y. W., & Austin, S. B. (2004). “How can we stay healthy when you’re throwing all of this in front of us?” Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity. *Health Education & Behavior*, **31**(1), 34-46.
- Baldry, A. C., & Farrington, D. P. (2000). Bullies and delinquents: Personal characteristics and parental styles. *Journal of community & applied social psychology*, **10**(1), 17-31.
- Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2008). Pediatric nursing—Caring for children (4th ed.). In: S., Albayrak, A., Yıldız, & S., Erol, (eds). Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing bullying. *Children and Youth Services Review*, **63**: 1-9, 2016.
- Bell, S. K., & Morgan, S. B. (2000). Children’s attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: Does a medical explanation for the obesity make a difference? *Journal of Pediatric Psychology*, **25**, 137–145.
- Benbenishty, R., & Astor, R. A. (2005). School violence in context: Culture, neighborhood, family, school, and gender. In: S. M., Swearer, D. L., Espelage, T., Vaillancourt, & S., Hymel, (eds). What can be done about school bullying? Linking research to educational practice. *Educational researcher*, **39**(1), 38-47, 2010.

Berthold, K. A., & Hoover, J. H. (2000). Correlates of bullying and victimization among intermediate students in the Midwestern USA. *School Psychology International*, **21** (1), 65-78.

Bilgiç, E. (2007). Review of bullying behavior in first-tier primary school in terms of class variables and perceptions of the environment. In: S., Albayrak, A., Yıldız, & S., Erol, (eds). Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing bullying. *Children and Youth Services Review*, **63**: 1-9,2016.

Bjorkqvist, K., Lagerspetz, K. M., & Kaukiainen, A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior*, **18**, 117–127.

Bogart, L. M., Elliott, M. N., Klein, D. J., Tortolero, S. R., Mrug, S., Peskin, M. F., ... & Schuster, M. A. (2014). Peer victimization in fifth grade and health in tenth grade. *Pediatrics*, **133**(3), 440-447.

Bonanno, R., & Hymel, S. (2010). Beyond hurt feelings: investigating why some victims of bullying are at greater risk for suicidal ideation. *Merrill-Palmer Quarterly*, **56**, 420-442.

Bond, L., Wolfe, S., Tollit, M., Butler, H., & Patton, G. (2007). A comparison of the Gatehouse Bullying Scale and the Peer Relations Questionnaire for students in secondary school. In: C., Hulsey (eds). Examining the psychometric properties of self-report measures of bullying: Reliability of the peer relations questionnaire. *Doctoral dissertation, Wichita State University*, **2**, 1-38, 2008.

Booth, M. L., Chey, T., Wake, M., Norton, K., Hesketh, K., Dollman, J., & Robertson, I. (2003). Change in the prevalence of overweight and obesity among young Australians, 1969–1997. In: I., Janssen, W. M., Craig, W. F., Boyce, & W., Pickett, (eds). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, **113**(5), 1187-1194, 2004.

Borzekowski, D. L. G., & Robinson, TN. (2001). The 30-second effect: an experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers. *J Am Diet Assoc*, **101**, 42–46.

- Boulton, M. J., & Smith, P. K., (1994). Bully/victim problems in middle-school children: Stability, self-perceived competence, peer perceptions and peer acceptance. *British Journal of Developmental Psychology*, **12**, 315-329.
- Bradshaw, C. P., Waasdorp, T. E., O'Brennan, L. M., & Gulemetova, M. (2011). Findings from the National Education Association's Nationwide Study of Bullying. In: R. M., Puhl, & K. M., King, (eds). Weight discrimination and bullying. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, **27**(2), 117-127.
- Braet, C., Tanghe, A., Decaluwe, V., Moens, E., & Rosseel, Y. (2004). Inpatient treatment for children with obesity: Weight loss, psychological well-being, and eating behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, **29**, 519–529.
- Brewis, A. (2003). Biocultural aspects of obesity in young Mexican school children. *American Journal of Human Biology*, **15**, 446–460.
- Britz, B., Siegfried, W., Ziegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmann, B. M., Renschmidt, H., et al. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International Journal of Obesity*, **24**, 1707–1714
- Brixval, C. S., Rayce, S. L., Rasmussen, M., Holstein, B. E., & Due, P. (2012). Overweight, body image and bullying – An epidemiological study of 11- to 15-year-olds. *European Journal of Public Health*, **22**(1), 126–130.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. In: S. M., Swearer, D. L., Espelage, T., Vaillancourt, & S., Hymel, (eds). What can be done about school bullying? Linking research to educational practice. *Educational researcher*, **39**(1), 38-47, 2010.
- Brown, K. M., McMahon, R. P., Biro, F. M., Crawford, P., Schreiber, G. B., Similo, S. L., et al. (1998). Changes in self-esteem in Black and White girls between the ages of 9 and 14 years. The NHLBI Growth and Health Study. *Journal of Adolescent Health*, **23**, 7–19
- Brown, S., & Taylor, K. (2008). Bullying, education and earnings: evidence from the National Child Development Study. *Economy of Education Review*, **27**, 387–401.

- Brown, V., Clery, E., Ferguson, C., (2011). Estimating the prevalence of young people absent from school due to bullying. *National Centre for Social Research*, **1**, 1–61
- Brylinsky, J. A., & Moore, J. C. (1994). The identification of body build stereotypes in young children. *Journal of Research in Personality*, **28**, 170–181.
- Byrne, B. (1999). Ireland. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000
- Bucchianeri, M. M., Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer D., (2013). Weightism, racism, classism, and sexism: shared forms of harassment in adolescents. In: R. M., Puhl, D., Neumark-Sztainer, S., Bryn Austin, Y., Suh, & D. B., Wakefield, (eds). Policy Actions to Address Weight-Based Bullying and Eating Disorders in Schools: Views of Teachers and School Administrators. *Journal of school health*, **86**(7), 507-515.
- Buddeburg-Fischer, B., Klaghofer, R., & Reed, V. (1999). Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescents. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **68**, 325–332.
- Burke, B. L., Dunn, C. W., Atkins, D. C., & Phelps, J. S. (2004). The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative inquiry. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, **18**(4), 309-322.
- Burmeister, J. M., Kiefner, A. E., Carels, R. A., & Musher-Eizenman, D. R. (2013). Weight bias in graduate school admissions. *Obesity*, **21**(5), 918-920.
- Byrne B. 1999. Ireland. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000
- Calcaterra, V., Klersy, C., Muratori, T., Telli, S., Caramagna, C., Scaglia, F., ... & Larizza, D. (2008). Prevalence of metabolic syndrome (MS) in children and adolescents with varying degrees of obesity. *Clinical endocrinology*, **68**(6), 868-872.
- Canning, H., & Mayer, J. (1966). Obesity—its possible effect on college acceptance. *New England Journal of Medicine*, **275**, 1172–1174.
- Carnell, S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D., & Wardle, J. (2005). Parental perceptions of overweight in 3–5 y olds. *International journal of obesity*, **29**(4), 351-353.

- Cattarin, J. A., & Thompson, J. K. (1994). A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders: Journal of Treatment & Prevention*, **2**, 114–125
- Centers for Disease Control and Prevention (2009). US obesity trends: trends by state 1985–2008. In : F. M., Biro, & M., Wien, (eds). Childhood obesity and adult morbidities–
. *The American journal of clinical nutrition*, **91**(5), 1499-1505. 2010
- Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A., Özdemir, D., & Kavakcı, Ö. (2009). Correlation between peer bullying and depression and self-respect in students in three primary schools representing different socioeconomic populations. In: S., Albayrak, A., Yıldız, & S., Erol, (eds). Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing bullying. *Children and Youth Services Review*, **63**: 1-9,2016.
- Chamberlain, T., George, N., Golden, S., Walker, F., & Benton, T. (2010). Tellus4 national report. In: D., Wolke, & S. T., Lereya, (eds). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, **100**(9), 879-885.2015.
- Charach, A. (1995). Bullying at school: A Canadian perspective. *Education Canada*, **35**(1), 12-18.
- Chinali, M., de Simone, G., Roman, M. J., Lee, E. T., Best, L. G., Howard, B. V., & Devereux, R. B. (2006). Impact of obesity on cardiac geometry and function in a population of adolescents: the Strong Heart Study. *Journal of the American College of Cardiology*, **47**(11), 2267-2273.
- Cohn, A., & Canter, A. (2003). Bullying: Facts for schools and parents. In: C., Blazer, (eds). Literature review on bullying. *Paper submitted to the Office of Account-ability and System-wide Performance of the Miami-Dade County Public Schools*, **2**, 1-20, 2005.
- Coon, K. A., Goldberg, J., Rogers, B. L., & Tucker, K. L. (2001). Relationships Between Use of Television During Meals and Childrens Food Consumption Patterns. *Pediatrics*, **107**(1), e7-e7
- Copeland, K. C., Zeitler, P., Geffner, M., Guandalini, C., Higgins, J., Hirst, K., ... & Pyle, L. (2011). Characteristics of adolescents and youth with recent-onset type 2 diabetes: the TODAY cohort at baseline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, **96**(1), 159-167.

- Copeland, W. E., Wolke, D., Lereya, S. T., Shanahan, L., Worthman, C., & Costello, E. J. (2014). Childhood bullying involvement predicts low-grade systemic inflammation into adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, **111**(21), 7570-7575.
- Counts, C. R., Jones, C., Frame, C. L., Jarvie, G. J., & Strauss, C. C. (1986). The perception of obesity by normal-weight versus obese school-age children. *Child Psychiatry & Human Development*, **17**, 113– 120.
- Cowie, H., & Olafsson, R. (2000). The role of peer support in helping the victims of bullying in a school with high levels of aggression. *School psychology international*, **21**(1), 79-95.
- Crandall, C. S. (1991). Do heavy-weight students have more difficulty paying for college? *Personality and Social Psychology Bulletin*, **17**, 606–611.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and selfinterest. *Journal of Personality and Social Psychology*, **66**, 882–894.
- Crandall, C. S. (1995). Do parents discriminate against their heavyweight daughters? *Personality and Social Psychology Bulletin*, **21**, 724–735.
- Crandall, C. S., & Schiffhauer, K. L. (1998). Anti-fat prejudice: Beliefs, values, and American culture. *Obesity Research*, **6**, 458–460
- Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin?. *Journal of applied developmental psychology*, **19**(3), 429-451.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological bulletin*, **115**(1), 74.
- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child development*, 710-722.
- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1996). Children's treatment by peers: Victims of relational and overt aggression. *Development and psychopathology*, **8**(2), 367-380.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1999). 'Superiority' is in the eye of the beholder: A comment on Sutton, Smith, and Swettenham. *Social Development*, **8**(1), 128-131.

- Crowley, D. I., Khoury, P. R., Urbina, E. M., Ippisch, H. M., & Kimball, T. R. (2011). Cardiovascular impact of the pediatric obesity epidemic: higher left ventricular mass is related to higher body mass index. *The Journal of pediatrics*, **158**(5), 709-714.
- Crystal, D. S., Watanabe, H., & Chen, R. S. (2000). Reactions to morphological deviance: A comparison of Japanese and American children and adolescents. *Social Development*, **9**, 40–61.
- Cullen, D. (2009). Columbine. In: S., Hymel, & S. M., Swearer. (eds). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, **70**(4), 293-299, 2015.
- C.S. Mott Children’s Hospital.(2008). Bullying worries parents of overweight and obese children. In: R. M., Puhl & K. M., King, (eds). Weight discrimination and bullying. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, **27**: (2), 117-127. 2013
- Dale, J., Russell, R., & Wolke, D. (2014). Intervening in primary care against childhood bullying: an increasingly pressing public health need. *Journal of the Royal Society of Medicine*, **107**(6), 219-223.
- Daniels, S. R., Jacobson, M. S., McCrindle, B. W., Eckel, R. H., & Sanner, B. M. (2009). American Heart Association childhood obesity research summit report. *Circulation*, **119**(15), 489-517.
- Danielsen, Y. S. (2012). Factors associated with low self-esteem in children with overweight. *Obesity Facts*, **5**(5), 722–733.
- Datar, A., Sturm, R., & Magnabosco, J. L. (2004). Childhood overweight and academic performance: National study of kindergartners and firstgraders. *Obesity Research*, **12**, 58–68
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics*, **107**, 46–53.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2002). Processes linking weight status and self-concept among girls from ages 5 to 7 years. *Developmental Psychology*, **38**, 735–748

- Davison, K. K., Markey, C. N., & Birch, L. L. (2003). A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*, **33**, 320–332.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2004). Predictors of fat stereotypes among 9-year-old girls and their parents. *Obesity Research*, **12**, 86–94.
- Deliyianni-Kouimtzi, V. (2005). Gender identities, ethnic identities and school violence: Investigating violence and victimization in the school setting. In : I., Bibou-Nakou, C., Asimopoulos, T., Hatzipemou, E., Soumaki, & J., Tsiantis, (eds). Bullying in Greek secondary schools: prevalence and profile of bullying practices. *International Journal of Mental Health Promotion*, **16**(1), 3-18. 2014
- Dickens, C. (1966). The adventures of Oliver Twist. In: S., Hymel, & S. M., Swearer. (eds). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, **70**(4), 293-299, 2015.
- Dietz, W. H., & Robinson, T. N. (2005). Overweight children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, **352**(20), 2100-2109.
- Doll, B. J., & Swearer, S. M. (2006). Cognitive-behavioral interventions for participants in bullying and coercion. In: S. M., Swearer, D. L., Espelage, T., Vaillancourt, & S., Hymel, (eds). What can be done about school bullying? Linking research to educational practice. *Educational researcher*, **39**(1), 38-47, 2010.
- Eaton, D. K., Lowry, R., Brener, N. D., Galuska, D. A., & Crosby, A. E. (2005). Associations of body mass index and perceived weight with suicide ideation and suicide attempts among US high school students. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, **159**(6), 513-519.
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., et al. (2006). Youth risk behavior surveillance—United States, 2005. *Morbidity & Mortality Weekly Report*, **55**(5), 1–108.
- Economos, C. D., & Irish-Hauser, S. A. (2007). Community interventions: a brief overview and their application to the obesity epidemic. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, **35**(1), 131-137.

- Edmunds, L. D. (2005). Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. *Journal of Family Practice*, **22**, 287–292.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, **157**(8), 733-738.
- El-Behadli, A. F., Sharp, C., Hughes, S. O., Obasi, E. M., & Nicklas, T. A. (2015). Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. *British journal of nutrition*, **113**(1), 55-71.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R., & McCurley, J. (1990). Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children. *Jama*, **264**(19), 2519-2523.
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Consalvi, A., Riordan, K., & Scholl, T. (2002). Effects of manipulating sedentary behavior on physical activity and food intake. *The Journal of pediatrics*, **140**(3), 334-339.
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., & Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, **46**, 296–301.
- Eslea, M., & Smith, P. K. (1998). The long-term effectiveness of anti-bullying work in primary schools. *Educational Research*, **40**, 203–218.
- Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2010). A social-ecological model for bullying prevention and intervention: Understanding the impact of adults in the social ecology of youngsters. In: S. M., Swearer, D. L., Espelage, T., Vaillancourt, & S., Hymel, (eds). What can be done about school bullying? Linking research to educational practice. *Educational researcher*, **39**(1), 38-47, 2010.
- Faith, M. S., Leone, M. A., Ayers, T. S., Heo, M., & Pietrobelli, A. (2002). Weight criticism during physical activity, coping skills, and reported physical activity in children. *Pediatrics*, **110**(2), 23-31.
- Falbe, J., Rosner, B., Willett, W. C., Sonnevile, K. R., Hu, F. B., & Field, A. E. (2013). Adiposity and different types of screen time. *Pediatrics*, **132**(6), 1497-1505.

- Falkner, N. H., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Jeffery, R. W., Beuhring, T., & Resnick, M. D. (2001). Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obesity*, **9**(1), 32-42.
- Farhat, T., Iannotti, R. J., & Simons-Morton, B. G. (2010). Overweight, obesity, youth, and health-risk behaviors. *American journal of preventive medicine*, **38**(3), 258-267.
- Farrington, D. P. (1993). Understanding and preventing bullying. *Crime and Justice*, **17**, 381–458.
- Farooqi, I. S., & O'rahilly, S. (2000). Recent advances in the genetics of severe childhood obesity. *Archives of Disease in Childhood*, **83**(1), 31-34.
- 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. *British Medical Journal*, **344**, e2683.
- Fonzi, A., (1997). Il bullismo in Italia. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000
- Foshee, V. A., Reyes, H. L. M., Vivolo-Kantor, A. M., Basile, K. C., Chang, L. Y., Faris, R., & Ennett, S. T. (2014). Bullying as a longitudinal predictor of adolescent dating violence. *Journal of Adolescent Health*, **55**(3), 439-444.
- Fox, R. (2003). Overweight children. *Circulation*, **108**(21), e9071-d9071.
- Freedman, D. S., & Sherry, B. (2009). The validity of BMI as an indicator of body fatness and risk among children. *Pediatrics*, **124**(1), 23-34.
- French, S. A., Story, M., & Perry, C. L. (1995). Self-esteem and obesity in children and adolescents: A literature review. *Obesity Research*, **3**, 479–490.
- French, S. A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Fulkerson, J. A., & Hannan, P. (2001). Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. *International journal of obesity*, **25**(12), 1823-33.
- Frey, K. S., Hirschstein, M. K., Edstrom, L. V., & Snell, J. L. (2009). Observed reductions in school bullying, nonbullying aggression and destructive bystander behavior: A longitudinal evaluation. *Journal of Educational Psychology*, **101**, 466–481.

- Friedemann, C., Heneghan, C., Mahtani, K., Thompson, M., Perera, R., & Ward, A. M. (2012). Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, **345**, e4759.
- Fryers, T., & Brugha, T. (2013). Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, **9**, 1-50.
- Gahagan, S. (2011). Overweight and Obesity. In K. S., Kang, (eds). Nutritional counseling for obese children with obesity-related metabolic abnormalities in Korea. *Pediatric gastroenterology, hepatology & nutrition*, **20**(2), 71-78. 2017
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, **12**(4), 871-878.
- Garner, D. M., Rosen, L., & Barry, D. (1998). Eating disorders in athletes. In: W. B., Saunders, (eds). *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, **7**, 839-857, New York
- Garrity, C., Jens, K., Porter, W. W., Sager, N., & Short-Camilli, C. (1997). Bully proofing your school: Creating a positive climate. *Intervention in School and Clinic*, **32**(4), 235-243.
- Genç, G. (2007). Peer bullying and its management at regular high schools. In: S., Albayrak, A., Yıldız, & S., Erol, (eds). Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing bullying. *Children and Youth Services Review*, **63**: 1-9, 2016.
- Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., Frazier, A. L., Rockett, H. R., Camargo Jr, C. A., Field, A. E., ... & Colditz, G. A. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of family medicine*, **9**(3), 235.
- Gini, G., & Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics*, **123**(3), 1059-1065.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., & Malhi, G. S. (2006). Do bullied children become anxious and depressed adults? A cross-sectional investigation of the correlates of bullying and anxious depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **194**, 201-208.
- Godfrey, R. (2005). Under the bridge: The true story of the murder of Rina Virk. In: S., Hymel, & S. M., Swearer, (eds). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, **70**(4), 293-299, 2015.

- Goldbacher, E. M., Matthews, K. A., & Salomon, K. (2005). Central adiposity is associated with cardiovascular reactivity to stress in adolescents. *Health Psychology, 24*(4), 375.
- Goldfield, G., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., & Flament, M. (2010). The relation between weight-based teasing and psychological adjustment in adolescents. *Paediatrics & child health, 15*(5), 283-288.
- Goodman, E., & Whitaker, R. C. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics, 110*, 497-504.
- Gortmaker, S. L., Must, A., Perrin, J. M., Sobol, A. M., & Dietz, W. H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England journal of medicine, 329*(14), 1008-1012.
- Gray, W. N., Janicke, D. M., Ingerski, L. M., & Silverstein, J. H. (2008). The impact of peer victimization, parent distress and child depression on barrier formation and physical activity in overweight youth. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 29*(1), 26-33.
- Greenleaf, C., & Weiller, K. (2005). Perceptions of youth obesity among physical educators. *Social Psychology of Education, 8*(4), 407-423.
- Greenwood, D. N., & Dal Cin, S. (2012). Ethnicity and body consciousness: Black and White American women's negotiation of media ideals and others' approval. *Psychology of Popular Media Culture, 1*(4), 220-235.
- Griffin, R. (2004). Childhood Bullying : current empirical findings and future directions for research. In: C., Hulse (eds). Examining the psychometric properties of self-report measures of bullying: Reliability of the peer relations questionnaire. *Doctoral dissertation, Wichita State University, 2*, 1-38, 2008.
- Griffiths, L. J., Wolke, D., Page, A. S., & Horwood, J. P. (2006). Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Archives of disease in childhood, 91*(2), 121-125.
- Grilo, C. M., Wilfley, D. E., Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994). Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors, 19*, 443-450.

- Hague, A. L., & White, A. A. (2005). Web-based intervention for changing attitudes of obesity among current and future teachers. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, **37**, 58–66.
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., & Hannan, P. J. (2006). Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, **117**(2), 209-215.
- Hazler, R. J. (1996). Bystanders: An overlooked factor in peer on peer abuse. *The Journal for the Professional Counselor*, **11**(2), 11-21.
- Harkness, K. L., Stewart, J. G., & Wynne-Edwards, K. E. (2011). Cortisol reactivity to social stress in adolescents: role of depression severity and child maltreatment. *Psychoneuroendocrinology*, **36**(2), 173-181.
- Harris, S., Petrie, G., & Willoughby, W. (2002). Bullying among 9th graders: An exploratory study. In: C., Hulsey (eds). Examining the psychometric properties of self-report measures of bullying: Reliability of the peer relations questionnaire. *Doctoral dissertation, Wichita State University*, **2**, 1-38, 2008.
- Hawkins L. D., Pepler, D. J., & Craig, W. M. (2001). Naturalistic observations of peer interventions in bullying. *Social development*, **10**(4), 512-527.
- Hawkins S. S., Cole T. J., Law, C. (2009). An ecological systems approach to examining risk factors for early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *Journal of Epidemiology Community Health*, **63**(2):147–55.
- Hayden-Wade, H. A., Stein, R. I., Ghaderi, A., Saelens, B. E., Zabinski, M. F., & Wilfley, D. E. (2005). Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obesity*, **13**(8), 1381-1392.
- Haynie, D. L., Nansel, T., Eitel, P., Crump, A. D., Saylor, K., Yu, K., & Simons-Morton, B. (2001). Bullies, victims, and bully/victims: Distinct groups of at-risk youth. *The Journal of Early Adolescence*, **21**(1), 29-49.
- HEALTHY Study Group. (2009). Risk Factors for Type 2 Diabetes in a Sixth-Grade Multiracial Cohort The HEALTHY study. *Diabetes Care*, **32**(5), 953-955.

- Hebl, M. R., & Mannix, L. M. (2003). The weight of obesity in evaluating others: A mere proximity effect. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **29**, 28–38.
- Heelan, K. A., Bartee, R. T., Nihiser, A., & Sherry, B. (2015). Healthier school environment leads to decreases in childhood obesity: the Kearney Nebraska story. *Childhood Obesity*, **11**(5), 600-607.
- Heinemann, P. (1969). Apartheid. In: I., Zych, D. P., Farrington, V. J., Llorent, & Ttofi, M. M. (eds). School bullying in different countries: prevalence, risk factors, and short-term outcomes. In *Protecting children against bullying and its consequences*, Springer, Cham, **2**, 5-22, 2017.
- Hesketh, K., Wake, M., & Waters, E. (2004). Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: Evidence for a causal relationship. *International Journal of Obesity*, **28**, 1233–1237.
- Hill, A. J., & Silver, E. K. (1995). Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children's perception of body shape stereotypes. *International Journal of Obesity*, **19**, 423–430
- .Hill, J. O., Wyatt, H. R., Reed, G. W., & Peters, J. C. (2003). Obesity and the environment: where do we go from here?. *Science*, **299**(5608), 853-855.
- Hodges, E. V., Malone, M. J., & Perry, D. G. (1997). Individual risk and social risk as interacting determinants of victimization in the peer group. *Developmental psychology*, **33**(6), 1032-1039.
- Hughes, T. (1857/1892). Tom Brown's school days (6th ed.). In: S., Hymel, & S. M., Swearer, (eds). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, **70**(4), 293-299, 2015.
- Hutchinson, G. (2010). Tackling obesity through school-based interventions. *British Journal of School Nursing*, **5**(7), 335-337.
- Inclendon, E., Wake, M., & Hay, M. (2011). Psychological predictors of adiposity: systematic review of longitudinal studies. *Pediatric Obesity*, **6**(2), 1-11.
- İrfaner, S. (2009). Attitudes and opinions of students, teachers and school administrators about bullying behavior and bullying among students. In: S., Albayrak, A., Yıldız, & S., Erol, (eds). Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing

bullying. *Children and Youth Services Review*, **63**: 1-9,2016. Isaacs, J., Hodges, E. V. E., & Salmivalli, C. (2008). Long-term consequences of victimization by peers: a follow-up from adolescence to young adulthood. *European Journal of Developmental Science*, **2**, 387-397.

Israel, A. C., & Ivanova, M. Y. (2002). Global and dimensional self-esteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: Age and gender differences. *International Journal of Eating Disorders*, **31**, 424–429.

Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, **113**(5), 1187-1194.

Javed, A., Jumean, M., Murad, M. H., Okorodudu, D., Kumar, S., Somers, V. K., ... & Lopez-Jimenez, F. (2015). Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Pediatric obesity*, **10**(3), 234-244.

Jimerson, S., Swearer, S. M., & Espelage, D. L. (2010). *The handbook of bullying in schools: An international perspective*. In : S., Hymel, & S. M., Swearer, (eds). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, **70**(4), 293-299, 2015.

Jones, D. C., Newman, J. B., & Bautista, S. (2005). A three-factor model of teasing: The influence of friendship, gender, and topic on expected emotional reactions to teasing during early adolescence. *Social Development*, **14**(3), 421-439.

Juvonen, J., Nishina, A., & Graham, S. (2000). Peer harassment, psychological adjustment, and school functioning in early adolescence. *Journal of Educational Psychology*, **92**, 349-359.

Juvonen, J., Graham, S., & Schuster, M. A. (2003). Bullying among young adolescents: The strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics*, **112**(6), 1231-1237.

Jouret, B., Ahluwalia, N., Dupuy, M., Cristini, C., Nègre-Pages, L., Grandjean, H., & Tauber, M. (2009). Prevention of overweight in preschool children: results of kindergarten-based interventions. *International Journal of Obesity*, **33**(10), 1075-1083.

Kalra, M., & Inge, T. (2006). Effect of bariatric surgery on obstructive sleep apnoea in adolescents. *Paediatric respiratory reviews*, **7**(4), 260-267. Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school: an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, **23**, 661-674.

Kaltiala-Heino, R., Fröjd, S., & Marttunen, M. (2010). Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *European child & adolescent psychiatry*, **19**(1), 45.

Kaltiala-Heino, R., & Fröjd, S. (2011). Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent Health Medicine & Therapeutics*, **2**, 37-44.

Karataş, H., & Öztürk, C. (2009). Using social cognitive theory as an approach to bullying. In: S., Albayrak, A., Yıldız, & S., Erol, (eds). Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing bullying. *Children and Youth Services Review*, **63**: 1-9, 2016.

Kartal, H., & Bilgin, A. (2008). Bullying in the elementary schools: From the aspects of the students, the teachers and the parents. In: S., Albayrak, A., Yıldız, & S., Erol, (eds). Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing bullying. *Children and Youth Services Review*, **63**: 1-9, 2016.

Kaur, H., Choi, W. S., Mayo, M. S., & Harris, K. J. (2003). Duration of television watching is associated with increased body mass index. *The Journal of pediatrics*, **143**(4), 506-511.

Kelly, A. S., Barlow, S. E., Rao, G. et al (2013). American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism, and Council on Clinical Cardiology. Severe obesity in children and adolescents: identification, associated health risks, and treatment approaches: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, **128**(15), 1689-1712.

Keery, H., Boutelle, K., van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health*, **37**, 120-127.

- Khoury-Kassabri, M., Benbenishty, R., Astor, R. V., & Zeira, A. (2004). The contributions of community, family, and school variables to student victimization. *American Journal of Community Psychology*, **34**, 187-204
- Kim, M. J., Catalano, R. F., Haggerty, K. P., & Abbott, R. D. (2011). Bullying at elementary school and problem behaviour in young adulthood: A study of bullying, violence and substance use from age 11 to age 21. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **21**(2), 136-144.
- Kirk, S., Scott, B.J., & Daniels, S.R., (2005). Pediatric obesity epidemic :treatment options. *Journal of the American Dietetic Association*. **105**, 44–51.
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., & Gould, M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, **46**, 40-49.
- Kochenderfer, B. J., & Ladd, G. W. (1997). Victimized children's responses to peers' aggression: Behaviors associated with reduced versus continued victimization. *Development and psychopathology*, **9**(1), 59-73.
- Koki, S. (1999). Schools Should Not Be Par for the Course Bullying in. In: C., Blazer, (eds). Literature review on bullying. *Paper submitted to the Office of Account-ability and System-wide Performance of the Miami-Dade County Public Schools*, **2**, 1-20, 2005.
- Kokkinos, C., & Panayiotou, G. (2004). Predicting bullying and victimization among early adolescents: Associations with disruptive behavior disorders. In : In : I., Bibou-Nakou, C., Asimopoulos, T., Hatzipemou, E., Soumaki, & J., Tsiantis, (eds). Bullying in Greek secondary schools: prevalence and profile of bullying practices. *International Journal of Mental Health Promotion*, **16**(1), 3-18. 2014
- Koletzko, B., & Toschke, A. M. (2010). Meal patterns and frequencies: do they affect body weight in children and adolescents?. *Critical reviews in food science and nutrition*, **50**(2), 100-105.
- Kotz, K., & Story, M. (1994). Food advertisements during children's Saturday morning television programming: are they consistent with dietary recommendations?. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, **94**(11), 1296-1300.

- Kraig, K. A., & Keel, P. K. (2001). Weight-based stigmatization in children. *International Journal of Obesity*, *25*, 1661–1666.
- Krebs, N. F., & Jacobson, M. S. (2003). Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*, *112*(2), 424-430.
- Krukowski, R. A., West, D. S., Perez, A. P., Bursac, Z., Phillips, M. M., & Raczynski, J. M. (2009). Overweight children, weight-based teasing and academic performance. *Pediatric Obesity*, *4*(4), 274-280
- Kuczmarski R. J., Ogden C. L., Grummer-Strawn L. M., et al (2000). CDC growth charts : United States. *Adv Data*. **314**. 1-27.
- Lagerspetz, K. M., Björkqvist, K., Berts, M., & King, E. (1982). Group aggression among school children in three schools. *Scandinavian Journal of Psychology*, *23*(1), 45-52.
- Latner, J. D., & Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity*, *11*(3), 452-456.
- Latner, J. D., & Schwartz, M. B. (2005). Weight bias in a child's world. In: R. M., Puhl, & J. D. Latner, (Eds). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, *133*(4), 557-580, 2007.
- Lee, S., Kwok, K., Liau, C., & Leung, T. (2002). Screening Chinese patients with eating disorders using the Eating Attitudes Test in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, *32*(1), 91-97.
- Lee, S., Bacha, F., Gungor, N., & Arslanian, S. A. (2006). Waist circumference is an independent predictor of insulin resistance in black and white youths. *The Journal of pediatrics*, *148*(2), 188-194.
- Lereya, S. T., Winsper, C., Heron, J., Lewis, G., Gunnell, D., Fisher, H. L., & Wolke, D. (2013). Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(6), 608-618.
- Lewis, M. K., & Hill, A. J. (1998). Food advertising on British children's television: a content analysis and experimental study with nine-year olds. *International journal of obesity*, *22*(3), 206-214.

- Libbey, H. P., Story, M. T., Neumark-Sztainer, D. R., & Boutelle, K. N. (2008). Teasing, disordered eating behaviors, and psychological morbidities among overweight adolescents. *Obesity*, **16**, 24-29.
- Lobstein, T., & Frelut, M. L. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity reviews*, **4**(4), 195-200. Lösel, F., & Bliesener, T., (1999). Germany. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). *Bullying in schools: lessons from two. Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000
- Lumeng, J. C., Appugliese, D., Cabral, H. J., Bradley, R. H., & Zuckerman, B. (2006). Neighborhood safety and overweight status in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, **160**(1), 25-31.
- Lumeng, J. C. (2010). Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades. *Pediatrics*, **125**(6), 1301–1307. Lumsden, L. (2002). Preventing Bullying. In: C., Blazer, (eds). Literature review on bullying. *Paper submitted to the Office of Accountability and System-wide Performance of the Miami-Dade County Public Schools*, **2**, 1-20, 2005.
- Lunner, K., Werthem, E., Thompson, J. K., Paxton, S. J., McDonald, F., & Halvaarson, K. S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International Journal of Eating Disorders*, **28**, 430–435.
- Madowitz, J., Knatz, S., Maginot, T., Crow, S. J., & Boutelle, K. N. (2012). Teasing, depression and unhealthy weight control behaviour in obese children. *Pediatric obesity*, **7**(6), 446-452.
- Marr, N., & Fields, T. (2001). Bullycide: Death at playtime. In S., Hymel, & S. M., Swearer, (eds). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, **70**(4), 293-299, 2015.
- Martorelli, R., Khan, L. K., Hughes, M. L., & Grummer-Strawn, L. M. (2000). Overweight and obesity in preschool children from developing countries. *International journal of obesity*, **24**(8), 959.

Masiello, M., Schroeder, D., Barto, S., Good, K., Holliday, C., & Jeffers, L. (2012). The cost benefit: a first-time analysis of savings. In : D., Wolke, & S. T., Lereya, (eds). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, **100**(9), 879-885, 2015.

Matthews, K. A., Salomon, K., Brady, S. S., & Allen, M. T. (2003). Cardiovascular reactivity to stress predicts future blood pressure in adolescence. *Psychosomatic medicine*, **65**(3), 410-415.

Mellor, A. (1990). Bullying in Scottish secondary schools: Spotlight 23. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000.

McCormack, L. A., Laska, M. N., Gray, C., Veblen-Mortenson, S., Barr-Anderson, D., & Story, M. (2011). Weight-related teasing in a racially diverse sample of sixth-grade children. *Journal of the American Dietetic Association*, **111**(3), 431-436.

Miller, W.; Rollnick, S. (2002) Motivational Interviewing: Preparing People for Change. In: J. C., Han, D. A., Lawlor, & S. Y., Kimm, (eds). Childhood obesity. *The Lancet*, **375**(9727),1737-1748.2015.

Molnar, D. (2004). The prevalence of the metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *International Journal of Obesity*, **28**(3), 70-74.

Moreno, L. A., Rodriguez, G., Fleeta, J., Bueno-Lozano, M., Lazaro, A., & Bueno, G. (2010). Trends of dietary habits in adolescents. *Critical reviews in food science and nutrition*, **50**(2), 106-112.

Morita, Y., Soeda, H., Soeda, K., Taki, M., 1999a. Japan. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000

Morita Y., Smith P. K., Junger-Tas, J., Olweus D., & Catalano R, editors. (1999b). School bullying around the world: challenges and interventions. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000

Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Obesity and psychiatric disorder: Developmental trajectories. *Pediatrics*, **111**, 851–859.

Nakamoto, J., & Schwartz, D. (2010). Is peer victimization associated with academic achievement? A meta-analytic review. *Social development*, **19**(2), 221-242.

- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simmons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among us youth. *Journal of the American Medical Association*, **285**, 2094-2100.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Harris, T. (1999). Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. *Journal of Nutrition Education*, **31**(1), 3-9.
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International journal of obesity*, **26**(1), 123-131.
- Nicklas, T. A., Reger, C., Myers, L., & O'Neil, C. (2000). Breakfast consumption with and without vitamin-mineral supplement use favorably impacts daily nutrient intake of ninth-grade students. *Journal of Adolescent Health*, **27**(5), 314-321.
- Nielsen, S. J., Siega-Riz, A. M., & Popkin, B. M. (2002). Trends in energy intake in US between 1977 and 1996: similar shifts seen across age groups. *Obesity*, **10**(5), 370-378.
- O'Conner, S. (2007). Pediatric nursing. Caring for children and their families. In: S., Albayrak, A., Yıldız, & S., Erol, (eds). Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing bullying. *Children and Youth Services Review*, **63**: 1-9, 2016.
- Ogden, C. L., Flegal, K. M., Carroll, M. D., & Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. In: I., Janssen, W. M., Craig, W. F., Boyce, & W., Pickett, (eds). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, **113**(5), 1187-1194, 2004.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Jama*, **311**(8), 806-814.
- Olfson, M., Blanco, C., Wang, S., Laje, G., & Correll, C. U. (2014). National trends in the mental health care of children, adolescents, and adults by office-based physicians. *JAMA psychiatry*, **71**(1), 81-90.
- Olweus, D. (1973b). Personality aggression. In D., Olweus,(eds). Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European journal of psychology of education*, **12**(4), 495-

510.Olweus, D. (1978). *Aggression in the schools: Bullies and whipping boys*. In: S., Hymel, & S. M., Swearer. (eds). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, **70**(4), 293-299,2015.

Olweus D. *Bullying at school*(1993). : What We Know and What We Can Do. In J.A., Dake, J. H., Price, & S. K., Telljohann, (eds). *The nature and extent of bullying at school. Journal of school health*, **5**, 173-180, 2003.

Olweus, D. (1994). *Bullying at school: Long-term outcomes for the victims and an effective school-based intervention program*. In: S. M., Swearer, D. L., Espelage, T., Vaillancourt, & S., Hymel, (eds). What can be done about school bullying? Linking research to educational practice. *Educational researcher*, **39**(1), 38-47, 2010.

Olweus, D. (1994). Annotation—Bullying at school—Basic facts and effects of a school-based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, **35** (7), 1171–1190.

Olweus, D. (1996). Bully/victim problems in school. *Prospects*, **26**,331-359.

Olweus,. D. (2007). Olweus school sample report.*Hazelden*,**1**,1-72.

Olweus, D., & Limber, S. P. (2010). The Olweus bullying prevention program: Implementation and evaluation over two decades. In: I., Zych, D. P., Farrington, V. J ., Llorent, & Ttofi, M. M. (eds). *School bullying in different countries: prevalence, risk factors, and short-term outcomes In Protecting children against bullying and its consequences, Springer, Cham*, **2**, 5-22, 2017.

Olweus D. (2012). Cyberbullying: An overrated phenomenon? . In Wolke, D., & Lereya, S. T. (Ed). *Long-term effects of bullying. (2015). Archives of disease in childhood*, **100**, 879-885.

Ortega, R. (1997). El proyecto Sevilla Anti-violencia Escolar. Un modelo de intervención preventiva contra los malos tratos entre iguales. In: I., Zych, D. P., Farrington, V. J ., Llorent, & Ttofi, M. M. (eds). *School bullying in different countries: prevalence, risk factors, and short-term outcomes In Protecting children against bullying and its consequences, Springer, Cham*, **2**, 5-22, 2017.

- Ouellet-Morin, I., Danese, A., Bowes, L., Shakoor, S., Ambler, A., Pariante, C. M., ... & Arseneault, L. (2011). A discordant monozygotic twin design shows blunted cortisol reactivity among bullied children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **50**(6), 574-582.
- Pain, J., Barrier, E., Robin, D. (1997). Violences a l'école. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). *Bullying in schools: lessons from two. Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000
- Pearce, M. J., Boergers, J., & Prinstein, M. J. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships. *Obesity Research*, **10**(5), 386-393.
- Pearl, E. et al. (2006). Depressive symptoms and prosocial behavior after participation in a bullying prevention program. In: C., Hulseley (eds). *Examining the psychometric properties of self-report measures of bullying: Reliability of the peer relations questionnaire. Doctoral dissertation, Wichita State University*, **2**, 1-38, 2008.
- Pearson, N., Biddle, S. J., & Gorely, T. (2009). Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite*, **52**(1), 1-7.
- Pepler, D. J., Craig, W. M., & Roberts, W. L. (1998). Observations of aggressive and nonaggressive children on the school playground. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 55-76.
- Pesa, J. A., Syre, T. R., & Jones, E. J. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: The importance of body image. *Journal of Adolescent Health*, **26**, 330–337
- Peterson JL, Puhl RM & Luedicke J. (2012). An experimental assessment of physical educators' expectations and attitudes: the importance of student weight and gender. In: R. M., Puhl, & K. M., King, (eds). *Weight discrimination and bullying. Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, **27**(2), 117-127.
- Phillips, R. G., & Hill, A. J. (1998). Fat, plain, but not friendless: Selfesteem and peer acceptance of obese pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity*, **22**, 287–293.
- Pierce, J. W., & Wardle, J. (1997). Cause and effect beliefs and self-esteem of overweight children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **38**(6), 645-650. Pikas, A. (1989). A

pure concept of mobbing gives the best results for treatment. *School Psychology International*, 10(2), 95-104.

Pinhas-Hamiel, O., Dolan, L. M., Daniels, S. R., Standiford, D., Khoury, P. R., & Zeitler, P. (1996). Increased incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus among adolescents. *The Journal of pediatrics*, 128(5), 608-615.

Price, J. H., Desmond, S., Ruppert, E. S., & Stelzer, C. M. (1987). School nurses' perceptions of childhood obesity. *Journal of School Health*, 57, 332-336.

Price, J. H., Desmond, S., Ruppert, E. S., & Stelzer, C. M. (1987). School nurses' perceptions of childhood obesity. *Journal of School Health*, 57, 332-336. Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity*, 9(12), 788-805.

Puhl R. M., & Brownell KD. (2006) Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. In: R. M., Puhl, & K. M., King, (eds). *Weight discrimination and bullying. Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, 27(2), 117-127.

Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, 133(4), 557-580.

Puhl R. M., & Latner J. D., (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. In: I., Kovalskys, E. V., Añez, L. N., Zonis, & L., Orellana, (eds). *Childhood Obesity and Bullying in Schools of Argentina: Analysis of This Behaviour in a Context of High Prevalence. Journal of childhood obesity*, 1, 1-9, 2016.

Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. In: R. M., Puhl, & K. M., King, (eds). *Weight discrimination and bullying. Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, 27(2), 117-127.

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. In: R. M., Puhl, & K. M., King, (eds). *Weight discrimination and bullying. Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, 27(2), 117-127.

Puhl R. M., & Heuer C. A., (2009). The stigma of obesity: a review and update. In: I., Kovalskys, E. V., Añez, L. N., Zonis, & L., Orellana, (eds). *Childhood Obesity and*

Bullying in Schools of Argentina: Analysis of This Behaviour in a Context of High Prevalence. *Journal of childhood obesity*, **1**, 1-9,2016.

Puhl R. M. , Luedicke J., & Heuer C. (2011).Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. In: R. M., Puhl, D., Neumark-Sztainer, S., Bryn Austin, Y., Suh, D. B., & Wakefield, (eds). Policy Actions to Address Weight-Based Bullying and Eating Disorders in Schools: Views of Teachers and School Administrators. *Journal of school health*, **86**(7), 507-515, 2016.

Puhl R. M., Luedicke J & Heuer C. (2011). Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. In: R. M., Puhl, & K. M., King, (eds). Weight discrimination and bullying. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, **27**(2), 117-127.

Puhl R. M., & Luedicke J. (2012). Weight-based victimization among adolescents in the school setting: emotional reactions and coping behaviors. In: R. M., Puhl, & K. M., King, (eds). Weight discrimination and bullying. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, **27**(2), 117-127.

Puhl, R. M., & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, **27**(2), 117-127.Puhl, R. M., Peterson, J. L., & Luedicke, J. (2013). Weight-based victimization: Bullying experiences of weight loss treatment-seeking youth. In: R. M., Puhl, D., Neumark-Sztainer, S., Bryn Austin, Y., Suh, D. B., & Wakefield, (eds). Policy Actions to Address Weight-Based Bullying and Eating Disorders in Schools: Views of Teachers and School Administrators. *Journal of school health*, **86**(7), 507-515, 2016.

Puhl R., & Suh Y. (2015). Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. In: I., Kovalskys, E. V., Añez, L. N., Zonis, & L., Orellana, (eds). Childhood Obesity and Bullying in Schools of Argentina: Analysis of This Behaviour in a Context of High Prevalence. *Journal of childhood obesity*, **1**, 1-9,2016.

Puhl, R. M., Suh, Y., & Li, X. (2017). Improving anti-bullying laws and policies to protect youth from weight-based victimization: parental support for action. *Pediatric obesity*, **12**(2),14-19.

Quinlan NP, Hoy MB & Costanzo PR. (2009). Sticks and stones: the effects of teasing on psychosocial functioning in an overweight treatment-seeking sample. In: R. M., Puhl, & K. M., King, (eds). Weight discrimination and bullying. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, **27**(2), 117-127.

Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child abuse & neglect*, **37**(10), 801-813.

Rahman, T., Cushing, R. A., & Jackson, R. J. (2011). Contributions of built environment to childhood obesity. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, **78**(1), 49-57.

Rampersaud, G. C., Pereira, M. A., Girard, B. L., Adams, J., & Metz, J. D. (2005). Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, **105**(5), 743-760.

Renman, C., Engstrom, I., Silfverdal, S. A., & Aman, J. (1999). Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: A population-based case-control study. *Acta Paediatrica*, **88**, 998-1003.

Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., ... & Sherriff, A. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *British Medical Journal*, **330**(7504), 1357-1359.

Resnicow, K. (1991). The relationship between breakfast habits and plasma cholesterol levels in schoolchildren. *Journal of School Health*, **61**(2), 81-85.

Resnicow, K., Davis, R., & Rollnick, S. (2006). Motivational interviewing for pediatric obesity: conceptual issues and evidence review. *Journal of the American Dietetic Association*, **106**(12), 2024-2033.

Richardson, L. P., Davis, R., Poulton, R., McCauley, E., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Connell, F. (2003). A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, **157**, 739-745

Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, **21**, 325–344.

Rigby, K., & Slee, P. T. (1993). Dimensions of interpersonal relation among Australian children and implications for psychological well-being. *The Journal of social psychology*, **133**(1), 33-42.

Rigby, K., (1996). Bullying in schools: and what to do about it. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000

Rivers, I., & Smith, P. K. (1994). Types of bullying behavior and their correlates. *Aggressive Behavior*, **20**, 359–368.

Robinson, T. N. (1998). Does television cause childhood obesity?. *Jama*, **279**(12), 959-960.

Robinson, T. N. (1999). Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *Jama*, **282**(16), 1561-1567.

Rohrbach, L. A., & Milam, J. (2006). Gender issues in substance abuse prevention. In Z., Sloboda, & W. J., Bukoski, W. J. (Eds.). Handbook of drug abuse prevention : Theory, Science and Practice. *Springer*, **17**, 351-359.

Roland, E. (1989). A system oriented strategy against bullying. In C., Burger, D., Strohmeier, N., Spröber, S., Bauman, K., & Rigby, (eds). How teachers respond to school bullying: An examination of self-reported intervention strategy use, moderator effects, and concurrent use of multiple strategies. *Teaching and Teacher Education*, **51**, 191-202, 2015.

Roland, E. (1993). Bullying: A developing tradition of research and management. In: S., Hymel, & S. M., Swearer. (eds). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, **70**(4), 293-299, 2015.

Roland, E. (2000). Bullying in school: Three national innovations in Norwegian schools in 15 years. *Aggressive Behavior*, **26**, 135-143.

Ross, D. M., (1996). Childhood bullying and teasing: what school personnel, other professionals, and parents can do. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000

Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Bjorkqvist, K., Osterman, 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.

Salmivalli C. (1999) Participant role approach to school bullying: implications for interventions. In: J. A., Dake, J. H., Price, & S. K., Telljohann, (eds). *The nature and extent of bullying at school. Journal of school health*, **5**, 173-180,2003.

Salmivalli C. (2001) Peer led intervention campaign against school bullying: who considered it useful, who benefited? In: J. A., Dake, J. H., Price, & S. K., Telljohann, (eds). *The nature and extent of bullying at school. Journal of school health*, **5**, 173-180,2003.

Sapouna, M. (2008). Bullying in primary and secondary schools. In : I., Bibou-Nakou, C., Asimopoulos, T., Hatzipemou, E., Soumaki, & J., Tsiantis, (eds). *Bullying in Greek secondary schools: prevalence and profile of bullying practices. International Journal of Mental Health Promotion*, **16**(1), 3-18. 2014

Sawyer MG, Harchak T, Wake M, Lynch J. (2011) Four-year prospective study of BMI and mental health problems in young children. In: S., Kumar, & A., S. Kelly, A. (eds). *Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. Mayo Clinic Proceedings*, **92**(2),251-265,2017.

Schafer, M. I., & Frey, D. (1999). Aggression und Gewalt enter Kindern und Jugendlichen. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). *Bullying in schools: lessons from two. Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000

Schreier, A., Wolke, D., Thomas, K., Horwood, J., Hollis, C., Gunnell, D., ... & Salvi, G. (2009). Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. *Archives of general psychiatry*, **66**(5), 527-536.

Schwartz, M. B., Vartanian, L., Nosek, B., & Brownell, K. D. (2006). The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity Research*, **14**, 440–447.

Scrabstein, J., & Merrick, J. (2012). Bullying is everywhere: an expanding scope of public health concerns. *International journal of adolescent medicine and health*, **24**(1), 1-1.

- Seegerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*, **130**(4), 601-630.
- Sentenac, M., Arnaud, C., Gavin, A., Molcho, M., Gabhainn, S. N., & Godeau, E. (2011). Peer victimization among school-aged children with chronic conditions. *Epidemiologic reviews*, **34**(1), 120-128.
- Shalev, I., Moffitt, T. E., Sugden, K., Williams, B., Houts, R. M., Danese, A., ... & Caspi, A. (2013). Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a longitudinal study. *Molecular psychiatry*, **18**(5), 576581.
- Shellard, E et al. (2004). Safe and Secure Schools. ERS Focus On, Arlington, VA: Educational Research Service. In: C., Blazer, (eds). Literature review on bullying. *Paper submitted to the Office of Account-ability and System-wide Performance of the Miami-Dade County Public Schools*, **2**, 1-20, 2005.
- Shroff, H., & Thompson, K. (2004). Body image and eating disturbance in stigma, obesity and health among youth India: Media and interpersonal influences. *International Journal of Eating Disorders*, **35**, 198–203.
- Sigurdson, J. F., Wallander, J., & Sund, A. M. (2014). Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood?. *Child abuse & neglect*, **38**(10), 1607-1617.
- Skinner, A. C., Perrin, E. M., Moss, L. A., & Skelton, J. A. (2015). Cardiometabolic risks and severity of obesity in children and young adults. *New England Journal of Medicine*, **373**(14), 1307-1317.
- Slee, P. T. (1996). The PEACE Pack: A programme for reducing bullying in our schools. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, **6**(1), 63-70.
- Smith, P. K., & Sharp, S. (1994). School bullying: Insights and perspectives. In C., Burger, D., Strohmeier, N., Spröber, S., Bauman, K., & Rigby, (eds). How teachers respond to school bullying: An examination of self-reported intervention strategy use, moderator effects, and concurrent use of multiple strategies. *Teaching and Teacher Education*, **51**, 191-202, 2015.

Smith, P. K., & Morita, Y. (1999). "Introduction. In: S., Hymel, & S. M., Swearer. (eds). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, **70**(4), 293-299,2015.

Smith, P. K., Madsen, K. C., & Moody, J. C. (1999). What causes the age decline in reports of being bullied at school? Towards a developmental analysis of risks of being bullied. *Educational Research*, **41**(3), 267-285.

Smith, P. K., & Brain, P. (2000). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. Smith, J. D., Schneider, B. H., Smith, P. K., & Ananiadou, K. (2004). The effectiveness of whole-school antibullying programs: A synthesis of evaluation research. *School Psychology Review*, **33**, 547–560.

Sobal, J., Nicolopoulos, V., & Lee, J. (1995). Attitudes about overweight and dating among secondary students. *International Journal of Obesity*, **19**, 376–381

Sorof, J., & Daniels, S. (2002). Obesity hypertension in children: a problem of epidemic proportions. *Hypertension*, **40**(4), 441-447.

Sourander, A., Klomek, A. B., Kumpulainen, K., Puustjärvi, A., Elonheimo, H., Ristkari, T., ... & Ronning, J. A. (2011). Bullying at age eight and criminality in adulthood: findings from the Finnish Nationwide 1981 Birth Cohort Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **46**(12), 1211-1219.

Spear, B. A., Barlow, S. E., Ervin, C., Ludwig, D. S., Saelens, B. E., Schetzina, K. E., & Taveras, E. M. (2007). Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*, **120** (4), 254-288.

Spilsbury, J. C., Storfer-Isser, A., Rosen, C. L., & Redline, S. (2015). Remission and incidence of obstructive sleep apnea from middle childhood to late adolescence. *Sleep*, **38**(1), 23-29.

Stapinski, L. A., Bowes, L., Wolke, D., Pearson, R. M., Mahedy, L., Button, K. S., ... & Araya, R. (2014). Peer victimization during adolescence and risk for anxiety disorders in adulthood: a prospective cohort study. *Depression and anxiety*, **31**(7), 574-582.

Stevens, V., Bourdeaudhuij, I., & Oost, P. (2000). Bullying in Flemish schools: An evaluation of anti-bullying intervention in primary and secondary schools. *British Journal of Educational Psychology*, **70**(2), 195-210.

Stice, E., & Bearman, S. K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, **37**, 597– 607.

Storch, E. A., Milsom, V. A., DeBraganza, N., Lewin, A. B., Geffken, G. R., & Silverstein, J. H. (2006). Peer victimization, psychosocial adjustment, and physical activity in overweight and at-risk-for-overweight youth. *Journal of pediatric psychology*, **32**(1), 80-89.

Strauss C. C, Smith K., Frame C. et al. (1985). Personal and interpersonal characteristics associated with childhood obesity. *Journal of Pediatric Psychology* **10**,337–343.

Strauss R., S. (2000) Childhood obesity and self-esteem. In S., Kumar, & A., S. Kelly, A. (eds). Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, **92**(2),251-265,2017.

Strauss, R. S., & Pollack, H. A. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, **157**(8), 746-752. Styne D., M. (2005). Obesity in childhood: what's activity got to do with it? *American Journal of Clinical Nutrition*, **81**, 337-338.

Sugden, K., Arseneault, L., Harrington, H., Moffitt, T. E., Williams, B., & Caspi, A. (2010). Serotonin transporter gene moderates the development of emotional problems among children following bullying victimization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **49**(8), 830-840.

Sullivan, K., (1999). Aotearoa/New Zealand. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000

Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. (2005) Interventions for preventing obesity in children. In: J. C., Han, D. A., Lawlor, & S. Y., Kimm, (eds). Childhood obesity. *The Lancet*, **375**(9727),1737-1748. 2015.

- Sutton, J., Smith, P. K., & Swettenham, J. (1999). Social cognition and bullying: Social inadequacy or skilled manipulation?. *British Journal of Developmental Psychology*, **17**(3), 435-450.
- Swearer, S. M., Espelage, D. L., Vaillancourt, T., & Hymel, S. (2010). What can be done about school bullying? Linking research to educational practice. *Educational researcher*, **39**(1), 38-47.
- Sweeting, H., Wright, C., & Minnis, H. (2005). Psychosocial correlates of adolescent obesity, 'slimming down' and 'becoming obese'. *Journal of Adolescent Health*, **37**(5), 409.e9-417.e9.
- Szajewska, H., & Ruszczyński, M. (2010). Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Critical reviews in food science and nutrition*, **50**(2), 113-119.
- Tafjel, H., & Turner, J. C. (1986). Social identity theory of intergroup behavior. In: R. M., Puhl, & J. D. Latner, (Eds). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, **133**(4), 557-580, 2007.
- 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.
- Tattum, D., Tattum, E., Herbert, G. (1993). Cycle of violence. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). *Bullying in schools: lessons from two. Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000
- Taveras E. M., Berkey C. S. , Rifas- shiman S. L., et al. (2005). Association of consumption of fried food away from home with body mass index and diet quality in older children and adolescents. *Obesity Research*, **13**,900-906.
- Tekin, M. (2006). Attitudes and opinions of classroom teachers about the exposure of primary school children to bullying in school, 1. Violence and the school: Violence toward children in the school environment and measures to be taken. In: S., Albayrak, A., Yıldız, & S., Erol, (eds). *Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing bullying. Children and Youth Services Review*, **63**: 1-9, 2016.

- Thompson, J. K., Coovert, M. D., Richards, K. J., Johnson, S., & Cattarin, J. (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: Covariance structure modeling and longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, **18**, 221–236.
- Tiggemann, M., & Wilson-Barrett, E. (1998). Children's figure ratings: Relationship to self-esteem and negative stereotyping. In: R. M., Puhl, & J. D. Latner, (Eds). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, **133**(4), 557-580, 2007.
- Tiggemann, M., & Anesbury, T. (2000). Negative stereotyping of obesity in children: The role of controllability beliefs. In: R. M., Puhl, & J. D. Latner, (Eds). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, **133**(4), 557-580, 2007.
- Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. In: R. M., Puhl, & J. D. Latner, (Eds). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, **133**(4), 557-580, 2007.
- TODAY Study Group. (2013). Rapid rise in hypertension and nephropathy in youth with type 2 diabetes: the TODAY clinical trial. *Diabetes Care*, **36**(6), 1735-1741.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., & Baldry, A. C. (2008). Effectiveness of programmes to reduce school bullying. In: S., Hymel, & S. M., Swearer. (eds). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, **70**(4), 293-299, 2015.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Losel, F., & Loeber, R. (2011a). Do victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. In: C. B., Evans, M. W., Fraser, K. L., & Cotter, (eds). The effectiveness of school-based bullying prevention programs: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, **19**(5), 532-544, 2014.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Losel, F., & Loeber, R. (2011b). The predictive efficiency of school bullying versus later offending: A systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. In: C. B., Evans, M. W., Fraser, K. L., & Cotter, (eds). The effectiveness of school-based bullying prevention programs: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, **19**(5), 532-544, 2014.

Ttofi, M., Farrington, D. P., & Losel, F. (2012). School bullying as predictor of violence later in life: A systematic review and meta-analysis of prospective longitudinal studies. In: C. B., Evans, M. W., Fraser, K. L., & Cotter, (eds). The effectiveness of school-based bullying prevention programs: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, **19**(5), 532-544,2014.

Tucker, P., Irwin, J. D., Sangster Bouck, L. M., He, M., & Pollett, G. (2006). Preventing paediatric obesity; recommendations from a community based qualitative investigation. *Obesity Reviews*, **7**(3), 251-260.

Twemlow, S. W., Fonagy, P., Sacco, F. C., Gies, M. L., Evans, R., & Ewbank, R. (2001). Creating a peaceful school learning environment: A controlled study of an elementary school intervention to reduce violence. *American Journal of Psychiatry*, **158**(5), 808-810.

Tzotzas, T., Kapantais, E., Tziomalos, K., Ioannidis, I., Mortoglou, A., Bakatselos, S., & Kaklamanou, D. (2011). Prevalence of overweight and abdominal obesity in Greek children 6-12 years old: Results from the National Epidemiological Survey. *Hippokratia*, **15**(1), 48-53

Unalmış, A. (2010). Examination of bullying among 6th, 7th and 8th grade students in terms of different variables: The Tokat example. In: S., Albayrak, A., Yıldız, & S., Erol, (eds). Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing bullying. *Children and Youth Services Review*, **63**: 1-9, 2016.

Vaillancourt, T., & McDougall, P. (2013). The link between childhood exposure to violence and academic achievement: complex pathways. *Journal of abnormal child psychology*, **41**(8), 1177-1178.

Van den Berg, P., Wertheim, E. H., Thompson, J. K., & Paxton, S. (2002). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females: A replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *International Journal of Eating Disorders*, **32**, 46-51.

Van den Berg, P., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., & Haines, J. (2008). Racial/ethnic differences in weight-related teasing in adolescents. *Obesity*, **16**, 3-10.

Vanderbilt, D., & Augustyn, M. (2010). The effects of bullying. *Paediatrics and Child Health*, **20**(7), 315-320.

Verhulst, S. L., Schrauwen, N., Haentjens, D., Suys, B., Rومان, R. P., Van Gaal, L., & Desager, K. N. (2007). Sleep-disordered breathing in overweight and obese children and adolescents: prevalence, characteristics and the role of fat distribution. *Archives of disease in childhood*, **92**(3), 205-208.

Vettenburg, N. (1999). Belgium. In : P. K., Smith & P., Brain. (eds). Bullying in schools: lessons from two. *Aggressive behavior*, **26**, 1-9. 2000

Vreeman, R. C., & Carroll, A. E. (2007). A systematic review of schoolbased interventions to prevent bullying. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, **161**, 78–88. Wang, S. S., Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity*, **28**, 1333–1337.

Wardle, J., Volz, C., & Golding, C. (1995). Social variation in attitudes to obesity in children. In: R. M., Puhl, & J. D. Latner, (Eds). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, **133**(4), 557-580, 2007.

Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. In: R. M., Puhl, & J. D. Latner, (Eds). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, **133**(4), 557-580, 2007.

Wardle, J., Williamson, S., Johnson, F., & Edwards, C. (2006). Depression in adolescent obesity: Cultural moderators of the association between obesity and depressive symptoms. In: R. M., Puhl, & J. D. Latner, (Eds). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, **133**(4), 557-580, 2007.

Weiler, K., & Helms, L. B. (1993). Responsibilities of nursing education: The lessons of Russell v Salve Regina. *Journal of Professional Nursing*, **9**, 131–138.

Weiss, R., Dziura, J., Burgert, T. S., Tamborlane, W. V., Taksali, S. E., Yeckel, C. W., ... & Sherwin, R. S. (2004). Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *New England journal of medicine*, **350**(23), 2362-2374.

Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, **337**(13), 869-873.

Whitney, I., & Smith, P. K. (1993). A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educational research*, 35(1), 3-25.

Wilson, N., Quigley, R., & Mansoor, O. (1999). Food ads on TV: a health hazard for children?. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(6), 647-650.

Wolke, D., Woods, S., Bloomfield, L., & Karstadt, L. (2000). The association between direct and relational bullying and behaviour problems among primary school children. In: D., Wolke, & S. T., Lereya, (eds). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, 100(9), 879-885.2015.

Wolke, D., Woods, S., Stanford, K., & Schulz, H. (2001). Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: Prevalence and school factors. In: D., Wolke, & S. T., Lereya, (eds). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, 100(9), 879-885.2015.

Wolke, D., Copeland, W. E., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. In: D., Wolke, & S. T., Lereya, (eds). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, 100(9), 879-885.2015.

Wolke, D., Lereya, S. T., Fisher, H. L., Lewis, G., & Zammit, S. (2014). Bullying in elementary school and psychotic experiences at 18 years: a longitudinal, population-based cohort study. In: D., Wolke, & S. T., Lereya, (eds). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, 100(9), 879-885.2015.

World Health Organization. (1998). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. In: I., Janssen, W. M., Craig, W. F., Boyce, & W., Pickett, (eds). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113(5), 1187-1194, 2004.

World Health Organization. (2009). Risk behaviours: being bullied and bullying others. In: D., Wolke, & S. T., Lereya, (eds). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, 100(9), 879-885.2015.

World Health Organization. (2018). Obesity and Overweight Fact Sheet. October , 2018, Retrieved from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Wyatt, H. R., Grunwald, G. K., Mosca, C. L., Klem, M. L., Wing, R. R., &

Hill, J. O. (2002). Long-term weight loss and breakfast in subjects in the National Weight Control Registry. *Obesity*, **10**(2), 78-82.

Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., & Ramey, C. (2008). Negative peer perceptions of obese children in the classroom environment. *Obesity*, **16**(4), 755-762.

Zwierzynska, K., Wolke, D., & Lereya, T. S. (2013). Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: a prospective longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*, **41**(2), 309-323.

Zych, I., Ortega-Ruiz, R., & Del Rey, R. (2015a). Scientific research on bullying and cyberbullying: Where have we been and where are we going. Aggression and Violent Behavior: A Review. In: I., Zych, D. P., Farrington, V. J ., Llorent, & Ttofi, M. M. (eds). School bullying in different countries: prevalence, risk factors, and short-term outcomes In *Protecting children against bullying and its consequences*, Springer, Cham, **2**, 5-22, 2017.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παρασκευόπουλος, Ν.,Ι., (1993). Μεθοδολογία επιστημονικής ερευνάς: έννοια, χαρακτηριστικά, είδη και στάδια της επιστημονικής ερευνάς. Αθήνα

Παράρτημα Α:

Ερωτηματολόγιο

1) Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Παιδιών (OLWEUS)

Σε κάθε ερώτηση συμπλήρωσε ένα κουτάκι σύμφωνα με αυτό που πιστεύεις.

1	Πόσο σου αρέσει το σχολείο?	<input type="checkbox"/> δεν μου αρέσει καθόλου <input type="checkbox"/> δεν μου αρέσει <input type="checkbox"/> έτσι και έτσι <input type="checkbox"/> μου αρέσει <input type="checkbox"/> μου αρέσει πάρα πολύ
2	Είσαι αγόρι ή κορίτσι?	<input type="checkbox"/> Αγόρι <input type="checkbox"/> κορίτσι
3	Πόσους καλούς φίλους έχεις στο σχολείο σου?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> 6+
4	Πόσο συχνά σε έχουν εκφοβίσει (έχεις δεχτεί bullying) στο σχολείο τους τελευταίους μήνες;	<input type="checkbox"/> Δεν με έχουν εκφοβίσει <input type="checkbox"/> 1-2 φορές <input type="checkbox"/> 2-3 φορές τον μήνα <input type="checkbox"/> Περίπου μια φορά την εβδομάδα <input type="checkbox"/> Πολλές φορές την εβδομάδα
5	Με αποκάλεσαν με “παρατσούκλια”, με κορόιδευαν ή με πείραζαν με έναν οδυνηρό τρόπο.	<input type="checkbox"/> δεν έγινε ποτέ <input type="checkbox"/> 1-2 φορές <input type="checkbox"/> 2-3 φορές τον μήνα <input type="checkbox"/> Περίπου μια φορά την εβδομάδα <input type="checkbox"/> Πολλές φορές την εβδομάδα

6	Οι συμμαθητές με αφήνουν έξω από τις δραστηριότητες σκόπιμα, με διώχνουν από τις παρέες τους ή με αγνοούν τελείως?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έγινε ποτέ 1-2 φορές 2-3 φορές τον μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
7	Με χτυπούν, με κλωτσούν, με σπρώχνουν, ή με κλειδώνουν έξω από την πόρτα?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έγινε ποτέ 1-2 φορές 2-3 φορές τον μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
8	Οι άλλοι μαθητές έλεγαν ψέματα ή διέδιδαν ψεύτικες φήμες για εμένα προκειμένου να μην με συμπαθούν οι υπόλοιποι?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έγινε ποτέ 1-2 φορές 2-3 φορές τον μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
9	Υπήρχαν λεφτά ή άλλα πράγματα τα οποία μου έκλεψαν ή μου κατέστρεψαν?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έγινε ποτέ 1-2 φορές 2-3 φορές τον μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
10	Απειλήθηκα ή αναγκάστηκα να κάνω πράγματα τα οποία δεν ήθελα να κάνω?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έγινε ποτέ 1-2 φορές 2-3 φορές τον μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
11	Έχω υποστεί σχολικό εκφοβισμό με “παρατσούκλια” ή σχόλια σχετικά με την φυλή ή το χρώμα του δέρματος μου?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έγινε ποτέ 1-2 φορές 2-3 φορές τον μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα

12	Έχω υποστεί σχολικό εκφοβισμό με “παρατσούκλια” ή σχόλια ή σεξουαλικά υπονοούμενα ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έγινε ποτέ 1-2 φορές 2-3 φορές τον μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
13	Με εκφόβισαν με μίσος ή με εχθρικά μηνύματα ή κλήσεις ή φωτογραφίες ή άλλους τρόπους στο κινητό ή στο διαδίκτυο?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έγινε ποτέ 1-2 φορές 2-3 φορές τον μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
14	Αν έχεις δεχθεί εκφοβισμό στο κινητό ή στο διαδίκτυο, πως ήταν?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	στο κινητό στο διαδίκτυο και στα δύο
15	Έχω υποστεί εκφοβισμό με άλλον τρόπο?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έγινε ποτέ 1-2 φορές 2-3 φορές τον μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
16	Σε ποιες τάξεις ήταν τα άτομα που σε εκφόβισαν?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	στην τάξη μου διαφορετική τάξη μεγαλύτερη τάξη μικρότερη τάξη
17	Δέχτηκες εκφοβισμό από αγόρια ή κορίτσια?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	αγόρια κορίτσια
18	Από πόσους μαθητές έχεις συνήθως δεχτεί εκφοβισμό?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 μαθητή 2-3 μαθητές 4-9 μαθητές Πάνω από 9 μαθητές Διαφορετικά άτομα

19	Πόσο διήρκησε ο εκφοβισμός?	<input type="checkbox"/> 1-2 εβδομάδες <input type="checkbox"/> 1 μήνα <input type="checkbox"/> 6 μήνες <input type="checkbox"/> 1 χρόνο <input type="checkbox"/> αρκετά χρόνια
20	Πού δέχτηκες εκφοβισμό?	<input type="checkbox"/> Στην αυλή <input type="checkbox"/> στους διαδρόμους του σχολείου <input type="checkbox"/> στην τάξη με καθηγητή <input type="checkbox"/> στην τάξη χωρίς καθηγητή <input type="checkbox"/> στην τουαλέτα <input type="checkbox"/> στο κυλικείο <input type="checkbox"/> στη στάση λεωφορείου <input type="checkbox"/> στο λεωφορείο <input type="checkbox"/> κάπου αλλού στο σχολείο
21	Έχεις πει σε κανένα ότι έχεις δεχτεί σχολικό εκφοβισμό τους τελευταίους μήνες?	<input type="checkbox"/> σε δάσκαλο σου <input type="checkbox"/> σε άλλο άτομο του σχολείου <input type="checkbox"/> σε γονείς <input type="checkbox"/> σε αδερφό/αδερφή <input type="checkbox"/> σε φίλους <input type="checkbox"/> σε κάποιον άλλον
22	Πόσο συχνά οι καθηγητές ή άλλοι ενήλικες στο σχολείο προσπάθησαν να βάλουν ένα τέλος όταν ένας μαθητής δέχεται εκφοβισμό στο σχολείο?	<input type="checkbox"/> σχεδόν ποτέ <input type="checkbox"/> μια στο τόσο <input type="checkbox"/> μερικές φορές <input type="checkbox"/> συχνά <input type="checkbox"/> σχεδόν πάντα
23	Πόσο συχνά οι μαθητές προσπάθησαν να το σταματήσουν τον εκφοβισμό όταν ένας συμμαθητής τους δέχθηκε εκφοβισμό ;	<input type="checkbox"/> σχεδόν ποτέ <input type="checkbox"/> μια στο τόσο <input type="checkbox"/> μερικές φορές <input type="checkbox"/> συχνά

		<input type="checkbox"/>	σχεδόν πάντα
24	Υπάρχει κάποιος ενήλικας από το σπίτι που προσπάθησε να σταματήσει τον εκφοβισμό που γίνεται στο σχολείο τους τελευταίους μήνες ;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έχουμε εκφοβισμό δεν υπήρξε επαφή με το σχολείο ναι μια φορά ναι αρκετές φορές
25	Όταν βλέπεις ένα μαθητή στην ηλικία σου να δέχεται εκφοβισμό στο σχολείο πως νιώθεις ή σκέφτεσαι;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	μάλλον το αξίζει δεν αισθάνομαι πολλά λυπάμαι λίγο λυπάμαι και θέλω να τον βοηθήσω
26	Πόσο συχνά έχεις πάρει μέρος σε εκφοβισμό άλλου μαθητή στο σχολείο στους περασμένους μήνες	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν εκφοβίζω κανέναν μια στο τόσο δυο με τρεις φορές το μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
27	Έχεις αποκαλέσει άλλους μαθητές με κακούς χαρακτηρισμούς και έκανες πλάκα ή πείραγμα εις βάρος τους με κακό τρόπο;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έχει συμβεί μια δυο φορές δυο με τρεις φορές το μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
28	Κράτησες κάποιον έξω από τα πράγματα σκόπιμα ή τους έδιωξες από μία παρέα, από φίλους ή τους αγνόησες τελείως	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έχει συμβεί μια δυο φορές δυο με τρεις φορές το μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
29	Χτύπησα, κλώτσησα , έσπρωξα ή κλείδωσα κάποιον έξω.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έχει συμβεί μια δυο φορές δυο με τρεις φορές το μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα

		<input type="checkbox"/>	Πολλές φορές την εβδομάδα
30	Εξέφρασα ψευδείς φήμες για κάποιον άλλο μαθητή και προσπάθησα να τον κάνω αντιπαθητικό στους άλλους	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έχει συμβεί μια δυο φορές δυο με τρεις φορές το μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
31	Πήρα λεφτά ή άλλα πράγματα από κάποιον ή κατέστρεψα κάτι από τα υπάρχοντα του;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έχει συμβεί μια δυο φορές δυο με τρεις φορές το μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
32	Απειλήσα κάποιον ή τον ανάγκασα να κάνει πράγματα τα οποία δεν ήθελε να κάνει;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έχει συμβεί μια δυο φορές δυο με τρεις φορές το μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
33	Εκφόβισα κάποιον με κακούς χαρακτηρισμούς ή σχόλια για την φυλή και το χρώμα του	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έχει συμβεί μια δυο φορές δυο με τρεις φορές το μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
34	Εκφόβισα κάποιον με κακούς χαρακτηρισμούς ή σχόλια ή με εκφράσεις σεξουαλικού περιεχομένου;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έχει συμβεί μια δυο φορές δυο με τρεις φορές το μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
35	Έχω εκφοβίσει κάποιον με κακόβουλα ή οδυνηρά μηνύματα στο τηλέφωνο ή στο INTERNET	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Μόνο στο τηλέφωνο Μόνο στο INTERNET Και στα δύο

36	Αν εκφόβισες κάποιον άλλον μαθητή ή μαθητές μέσω κινητού ή διαδικτύου, πως έγινε αυτό?		
37	Εκφόβισα κάποιον με άλλο τρόπο;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	δεν έχει συμβεί μια δυο φορές δυο με τρεις φορές το μήνα Περίπου μια φορά την εβδομάδα Πολλές φορές την εβδομάδα
38	Σου έχει μιλήσει κάποιος καθηγητής για τον σχολικό εκφοβισμό που προκάλεσες σε άλλους μαθητές τους τελευταίους μήνες?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Δεν μου έχει μιλήσει Ναι, μία φορά Ναι, αρκετές φορές Σχεδόν καθημερινά
39	Σου έχει μιλήσει κάποιος ενήλικας από το σπίτι για τον εκφοβισμό που προκάλεσες σε άλλους μαθητές τους τελευταίους μήνες?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Δεν μου έχει μιλήσει Ναι, μία φορά Ναι, αρκετές φορές Σχεδόν καθημερινά
40	Θεωρείς ότι θα συμμετείχες σε εκφοβισμό ενός συμμαθητή σου τον οποίο δεν συμπαθούσες;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ναι ίσως ναι δεν ξέρω όχι δεν νομίζω όχι σίγουρα όχι

41	Πως αντιδράς συνήθως αν δεις ή μάθεις ότι κάποιος συμμαθητής της ηλικίας σου δέχεται εκφοβισμό από άλλους συμμαθητές ;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ποτέ δεν έχω παρατηρήσει έχω λάβει μέρος στον εκφοβισμό εγώ δεν το κάνω αλλά νομίζω ότι το άξιζε απλά βλέπω τι συμβαίνει οφείλω να βοηθήσω θα προσπαθήσω να βοηθήσω
42	Πόσο συχνά φοβάσαι μήπως δεχθείς εκφοβισμό από άλλους μαθητές στο σχολείο σου;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ποτέ σπάνια μερικές φορές αρκετά συχνά συχνά πολύ συχνά
43	Με βάση τα παραπάνω πόσο πιστεύεις ότι η τάξη σου ή οι καθηγητές σου έχουν κάνει κάτι για να σταματήσουν τον εκφοβισμό στην τάξη σου τους τελευταίους μήνες ;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Λίγο ή καθόλου Αρκετά λίγο Κάπως Αρκετά Πολύ
44	Πως περιγράφεις τον εαυτό σου ;		

--	--	--	--

2) PEER RELATIONS QUESTIONNAIRE

Ανέφερε πόσο συχνά οι παρακάτω προτάσεις είναι αληθινές για εσένα. Για να το κάνεις αυτό κύκλωσε μια απάντηση από αυτές που βρίσκονται κάτω από κάθε πρόταση.

1. Μου αρέσει να αθλούμαι	1
A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	
A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	2
A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	3
A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	4
A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	5

6. Παίζω στην τάξη A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	6
7. Νιώθω ότι δεν μπορώ να εμπιστευτώ άλλους A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	7
8. Ενοχλούμαι από άλλους ανθρώπους A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	8
Θυμήσου να κυκλώσεις μία απάντηση από αυτές που βρίσκονται κάτω από κάθε πρόταση	
9. Είμαι μέρος μίας ομάδας που ενοχλεί άλλους A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	9
10. Μου αρέσει να βοηθώ ανθρώπους που ενοχλούνται από άλλους A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	10
11. Μου αρέσει να κάνω τους άλλους να με φοβούνται A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	11
12. Πολλοί με αφήνουν εκτός από δραστηριότητες επίτηδες A) Ποτέ συχνά B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ	12

13. Συχνά μπλέκομαι σε καυγάδες στο σχολείο A) Ποτέ B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ συχνά	13
14. Μου αρέσει να δείχνω σε άλλους ότι είμαι το αφεντικό A) Ποτέ B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ συχνά	14
15. Μοιράζομαι πράγματα με άλλους A) Ποτέ B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ συχνά	15
16. Μου αρέσει να αναστατώνω τους αδύναμους A) Ποτέ B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ συχνά	16
17. Μου αρέσει να μπλέκομαι σε καβγάδες με άτομα που μπορώ να νικήσω εύκολα A) Ποτέ B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ συχνά	17
18. Τα άλλα άτομα με κοροϊδεύουν A) Ποτέ B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ συχνά	18
Θυμήσου να κυκλώσεις μία απάντηση από αυτές που βρίσκονται κάτω από κάθε πρόταση	
19. Χτυπιέμαι συνεχώς από άλλους A) Ποτέ B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ συχνά	19
20. Μου αρέσει να βοηθάω τους άλλους A) Ποτέ B) Μία φορά στο τόσο Γ) Σχετικά συχνά Δ) Πολύ συχνά	20

3) Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς

ΜΕΡΟΣ Α.: Συμπληρώσετε τις ακόλουθες ερωτήσεις										
1) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	ΜΗΝΑΣ :	ΗΜΕΡ		ΕΤΟΣ:		2) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα				
3) ΥΨΟΣ	ΠΟΔΙΑ:	ΙΝΤΣΕΣ:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4) ΣΗΜΕΡΙΝΟ ΒΑΡΟΣ ()		5) ΥΨΗΛΟΤΕΡΟ ΒΑΡΟΣ ()								
6) ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟ ΒΑΡΟΣ ΕΝΗΛΙΚΑ		7) ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ								
ΜΕΡΟΣ Β. : Απάντησε στις παρακάτω ερωτήσεις με τις εξής απαντήσεις					ΠΑΝΤΟΤ Ε	ΣΥΝΗΘΩ Σ	ΣΥΧΝ Α	ΜΕΡΙΚΕ Σ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙ Α	ΠΟΤΕ
1.	Φοβάμαι να είμαι υπέρβαρος				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Αποφεύγω να τρώω όταν είμαι πεινασμένος				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Νομίζω ότι με απασχολεί πολύ το θέμα του φαγητού				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Μου έχει συμβεί να φάω μεγάλες ποσότητες φαγητού και να αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να σταματήσω.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Τεμαχίζω το φαγητό μου σε μικρά κομμάτια				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Είμαι ενήμερος για το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφίμων που καταναλώνω				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Συνήθως αποφεύγω φαγητό το οποίο περιέχει υψηλό περιεχόμενο σε υδατάνθρακα (π.χ ψωμί, ρύζι, πατάτες, κλπ.)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Νιώθω ότι οι άλλοι προτιμούν να τρώω περισσότερο				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Κάνω εμετό έπειτα από την κατανάλωση φαγητού				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Νιώθω απολύτως ένοχος μετά την κατανάλωση φαγητού				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Με απασχολεί η ιδέα να γίνω πιο λεπτή/ος				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Σκέφτομαι τις θερμίδες τις οποίες καίω όταν γυμνάζομαι				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.	Άλλοι άνθρωποι θεωρούν ότι είμαι πολύ αδύνατος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Με ανησυχεί η ιδέα ότι έχω λίπος στο σώμα μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Παίρνει περισσότερο χρόνο να καταναλώσω τα γεύματα μου από ότι τα άλλα άτομα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Αποφεύγω τρόφιμα τα οποία περιέχουν ζάχαρη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Τρώω διαιτητικά τρόφιμα (light)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Επιδεικνύω έναν αυτοέλεγχο σχετικά με το φαγητό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να τρώω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Αφιερώνω πάρα πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Δεν νιώθω άνετα μετά την κατανάλωση γλυκών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Ασχολούμαι με δίαιτες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Μου αρέσει το στομάχι μου να είναι άδειο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Μου αρέσει να δοκιμάζω καινούργια τρόφιμα πλούσια θερμιδικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΜΕΡΟΣ Γ: Ερωτήσεις Συμπεριφοράς		Ποτέ	Μία φορά τον μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές τον μ'να	Μία φορά την εβδομάδα	2-6 φορές την εβδομάδα	Μία φορά την ημέρα ή περισσότερο
Στους τελευταίους 6 μήνες είχατε:							
A	Συνεχίζεις την αποθήκευση φαγητού όταν αισθάνεσαι ότι ίσως δεν είσαι ικανός να σταματήσεις;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Έχεις ποτέ αρρωστήσει (ή κάνεις εμετό) για να ελέγξεις το βάρος σου ή το σχήμα του σώματος σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ	Έχεις ποτέ χρησιμοποιήσει καθαρτικά, διαιτητικά χάπια ή διουρητικά για να ελέγξεις το βάρος ή το σχήμα του σώματος σου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ	Αθλείσαι περισσότερο από 60 λεπτά την ημέρα για να χάσεις ή να ελέγξεις το βάρος σου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Έχω χάσει 20 κιλά η παραπάνω τους τελευταίους 6 μήνες		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

			ΝΑΙ		ΟΧΙ		
*							

Υπέθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.