



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الحاج لخضر "باتنة 01"

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



فعالية برنامج نفسي معرفي سلوكي للتخفيض من البدانة لدى فئة المراهقين

" أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم
تخصص : علم النفس العيادي

* إشراف الأستاذ الدكتور:

أمزيان وناس

* إعداد الباحثة:

كريمة مقاوسي

أعضاء لجنة المناقشة

الأستاذ/ة	الدرجة العلمية	الجامعة
أ.د نور الدين جبالي	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة
أ.د أمزيان وناس	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة
أ.د نادية بعبين	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة
أ.د. نصر الدين جابر	أستاذ التعليم العالي	جامعة بسكرة
د. عائشة نحوي	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة بسكرة
د. فريدة بولسنان	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة المسيلة
رئيسا للجلسة		
مشرفا		
ومقررا		
عضوا مناقشا		
عضوا مناقشا		
عضوا مناقشا		
عضوا مناقشا		

السنة الجامعية 2017/2016

شكر و عرفان

بسم الله الرحمن الرحيم

الشكر الجزيل والحمد الكثير لله القدير الذي وفقني لإنجاز هذا العمل المتواضع .

فلا يسعني الآن بعد هذا الإنجاز إلا أن أنسب الفضل لإخراج هذا العمل، إلى أهله،

فأتوجه بالشكر الجزيل وعظيم الإمتنان إلى أستاذي الفاضل :الأستاذ الدكتور أمزيان وناس

الذي تفضل بالإشراف على هذه الرسالة، ولم يدخر جهدا في تقويم هذا العمل وتقديم

النصح والمشورة وتذليل العقبات، وأسدي لي الطريق القويم، فله كل الشكر والإمتنان.

أتقدم بالشكر إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة، والذين سيكون لملاحظاتهم أثرا كبيرا

في إثراء و جودة هذه الرسالة.

كما لا يفوتني الإعتراف بالفضل لأفراد المجموعة الذين شاركوا في البرنامج العلاجي .

كما أتقدم بالشكر والثناء على من ساعدني في إنجاز هذا العمل من أساتذة خاصة:

قيسي ، بوبيدي

كما أشكر كل من ساهم في إتمام هذا العمل .شكرا للجميع

مع فائق التقدير والإحترام.

كريمة

ملخص البحث:

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن فعالية برنامج نفسي معرفي سلوكي لدى عينة من المراهقين، وقد كان عنوان البحث "فعالية برنامج نفسي معرفي سلوكي للتخفيض من البدانة لدى فئة المراهقين"، حيث تكونت العينة من "20" مراهقا في كلا الجنسين موزعة إلى مجموعة تجريبية تضم "10" مراهقين بدينين (5 ذكور-5 إناث) ومجموعة ضابطة تضم "10" مراهقين بدينين (5 ذكور-5 إناث)، وذلك بتطبيق مجموعة من الأدوات هي: قائمة المكونات النفسية المعرفية السلوكية، والبرنامج النفسي المعرفي السلوكي للتحقق من الفرضيات التالية:

1- نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في زيادة الدافعية للإنخراط في برنامج تخفيض الوزن لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج النفسي.

2- نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تغيير الأفكار السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج المعرفي.

3- نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تعديل السلوكات السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج السلوكي .

4- نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

5- نتوقع أن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

6- نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

7- نتوقع أن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

وخلصت الدراسة إلى أنه :

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في زيادة الدافعية للإنخراط في برنامج تخفيض الوزن لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج النفسي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تغيير الأفكار السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج المعرفي.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تعديل السلوكات السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج السلوكي .

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

Résumé :

L'objectif de cette étude est de connaître l'efficacité d'un programme psychique, cognitif, et comportemental sur un échantillon d'adolescents.

L'échantillon est constitué de 20 adolescents des deux sexes, divisés en deux groupes : un groupe expérimental de 10 adolescents obèses (5 masculins-5 féminins), et un groupe témoin de 10 adolescents obèses ((5 masculin-5 féminins), on a utilisé l'ensemble d'outils suivants : liste des composants psychologiques, cognitifs, comportementaux, et le programme psychique, cognitif et comportemental, pour vérifier les hypothèses suivantes :

1- Nous attendons qu'il existe des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test et post-test du groupe expérimental, en renforçant la motivation des adolescents des deux sexes pour participer à un programme de perte de poids après l'application du programme psychologique.

2- Nous attendons qu'il existe des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test et post-test du groupe expérimental, pour modifier la vision négative qui mène à l'obésité chez les adolescents des deux sexes après l'application du programme cognitif.

3- Nous attendons qu'il existe des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test et post-test du groupe expérimental, pour corriger les comportements négatifs qui mènent à l'obésité chez les adolescents des deux sexes après l'application du programme comportemental.

4- Nous attendons qu'il existe des différences statistiquement significatives de la mesure post-test du groupe expérimental et du groupe témoin, en réduisant BMI chez les adolescents dans les deux sexes.

5- Nous attendons qu'il n'existe pas des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test du groupe expérimental et du groupe témoin, en réduisant BMI chez les adolescents dans les deux sexes.

6- Nous attendons qu'il existe des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test et post-test du groupe expérimental, en réduisant BMI chez les adolescents dans les deux sexes.

7- Nous attendons qu'il n'existe pas des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test et post-test du groupe témoin, en réduisant BMI chez les adolescents dans les deux sexes.

L'étude a conclu qu'il :

- 1- existe des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test et post-test du groupe expérimental, en renforçant la motivation des adolescents des deux sexes pour participer à un programme de perte de poids après l'application du programme psychologique.
- 2- existe des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test et post-test du groupe expérimental, pour modifier la vision négative qui mène à l'obésité chez les adolescents des deux sexes après l'application du programme cognitif.
- 3- existe des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test et post-test du groupe expérimental, pour corriger les comportements négatifs qui mènent à l'obésité chez les adolescents des deux sexes après l'application du programme comportemental.
- 4- existe des différences statistiquement significatives de la mesure post-test du groupe expérimental et du groupe témoin, en réduisant BMI chez les adolescents dans les deux sexes.
- 5- n'existe pas des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test du groupe expérimental et du groupe témoin, en réduisant BMI chez les adolescents dans les deux sexes.
- 6- existe des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test et post-test du groupe expérimental, en réduisant BMI chez les adolescents dans les deux sexes.
- 7- n'existe pas des différences statistiquement significatives de la mesure pré-test et post-test du groupe témoin, en réduisant BMI chez les adolescents dans les deux sexes.

Abstract:

The aim of this study is an attempt to discover the effectiveness of psychological, cognitive and behavioral program among a sample of teenagers. The title of this research is «the effectiveness of a psychological, cognitive and behavioral program to reduce the obesity among adolescents»

The sample consisted of 20 adolescents from both sexes divided into 2 groups, the first one is an experimental group of 10 obese teenagers (5 males and 5 females), and a control group of 10 obese teenagers (5 male and 5 female), by applying a set of tools which are: A list of psychological, cognitive and behavioral program, in order to check the following hypotheses:

- 1- We expect that there are statically significant differences in the pre-test and post-test measure of the experimental group, by increase of motivation of adolescents from both sexes, To participate in a weight loss program, After the application of the psychological program.
- 2- We expect that there are statically significant differences in the pre-test and post-test measure of the experimental group, in changing the negative vision that leads to obesity among adolescents from both sexes, after the application of the cognitive program.
- 3- We expect that there are statically significant differences in the pre-test and post-test measure of the experimental group, in correcting the negative behaviors that lead to obesity within adolescents from both sexes, after the behavioral program.
- 4- We expect that there are statically significant differences in the post-test measure of the experimental group and a control group, in reducing the BMI of adolescents from both sexes.
- 5- We expect that there are no statically significant differences between the pre-test measure of the experimental group and the control group, in reducing the BMI of adolescents from both sexes.
- 6- We expect that there are statically significant differences in the pre-test and post-test measure of the experimental group, in reducing the BMI of adolescents from both sexes.
- 7- We expect that there are no statically significant differences between the pre-test and post-test measurements of the control group, in reducing the BMI of adolescents from both sexes.

The study concluded that:

- 1- There are statically significant differences in the pre-test and post-test measure of the experimental group, by increase of motivation of adolescents from both sexes, to participate in a weight loss program, after the application of the psychological program.
- 2- There are statically significant differences in the pre-test and post-test measure of the experimental group, in changing the negative vision that leads to obesity among adolescents from both sexes, after the application of the cognitive program.

- 3- There are statically significant differences in the pre-test and post-test measure of the experimental group, in correcting the negative behaviors that lead to obesity within adolescents from both sexes, after the behavioral program.
- 4- There are statically significant differences in the post-test measure of the experimental group and a control group, in reducing the BMI of adolescents from both sexes.
- 5- There are no statically significant differences between the pre-test measure of the experimental group and the control group, in reducing the BMI of adolescents from both sexes.
- 6- There are statically significant differences in the pre-test and post-test measure of the experimental group, in reducing the BMI of adolescents from both sexes.
- 7- There are no statically significant differences between the pre-test and post-test measurements of the control group, in reducing the BMI of adolescents from both sexes.

فهرس المحتويات.	
	شكر وعرفان
	ملخص الدراسة بالعربية
	ملخص الدراسة بالفرنسية
	ملخص الدراسة بالإنجليزية
1	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومتطلباتها	
06	1-الإشكالية
11	2-أهمية البحث وأهدافه
11	3-فروض البحث
13	4-تعريف مصطلحات البحث
14	5-الدراسات السابقة
19	6-التعليق على الدراسات السابقة
20	7-الإستفادة من الدراسات السابقة
الفصل الثاني: التحليل السيكلولوجي لمفهومي البدانة وصورة الجسم	
	أولا: البدانة
22	تمهيد
22	1-تعريف البدانة وأعراضها وأنواعها
26	2-عوامل الخطورة عند البدنيين
28	3-قياس البدانة
30	4-العوامل المرتبطة بالبدانة
45	5-تحليل شخصية البدن
50	6-نمط شخصية البدن
51	7-فعالية الذات وخفض الوزن
52	8-البدانة والصحة
57	خلاصة
	ثانيا: البدانة وصورة الجسم
58	تمهيد
58	1-تعريف الصورة
58	2-تعريف الجسم
59	3-تعريف صورة الجسم
60	4-صورة الجسم آراء ونظريات
61	5-كيف تتشكل صورة الجسم
62	6-العوامل التي تؤثر على صورة الجسم
65	7-إشكالية صورة الجسم عند المراهق البدن
67	خلاصة
الفصل الثالث: البدانة ونمط الحياة	
69	تمهيد
	أولا : مفاهيم عن نمط الحياة
70	1-مفهوم نمط الحياة
73	2-النظريات المفسرة لنمط الحياة
75	3-نمط حياة صحي
75	4-إستراتيجية تغيير نمط الحياة
	ثانيا: المراهقة
80	1-تعريف المراهقة
80	2-التحديد الزمني لمرحلة المراهقة
81	3-الإتجاهات الأساسية في دراسة المراهقة

82	4- أشكال المراهقة.....
83	5- حاجات المراهقة.....
85	6- المشاكل التي تظهر في مرحلة المراهقة.....
	ثالثا: العادات الغذائية
86	1- تعريف التغذية.....
87	2- التربية الغذائية.....
88	3- هرم الغذاء.....
95	4- السلوكيات الغذائية عند المراهقين.....
105	5- أشكال اضطرابات الأكل المرتبطة بالبدانة.....
107	6- الضغط النفسي والأكل.....
	رابعا: النشاط البدني
109	1- تعريف النشاط البدني.....
110	2- بعض المفاهيم المرتبطة بالنشاط البدني.....
111	3- المنافع الطبيعية للنشاط البدني.....
113	4- المنافع النفسية للنشاط البدني.....
115	5- النشاط البدني كاستراتيجية في إدارة الضغط.....
116	6- النشاط البدني والبدانة.....
119	خلاصة.....
	الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي
121	تمهيد.....
122	1- مؤسسو العلاج المعرفي السلوكي.....
123	2- تطور العلاج المعرفي السلوكي.....
125	3- العلاج المعرفي السلوكي (النظرية الموجهة للدراسة).....
126	4- نظريات العلاج المعرفي السلوكي.....
128	5- تعريف العلاج المعرفي السلوكي.....
133	6- مميزات وخصائص العلاج المعرفي السلوكي.....
141	7- أهداف العلاج المعرفي السلوكي.....
142	8- المبادئ العامة للعلاج المعرفي السلوكي.....
143	9- بناء الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي.....
145	10- دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي.....
146	11- تقييم الأساليب المعرفية السلوكية في فقدان الوزن كنموذج.....
149	خلاصة.....
	الفصل الخامس: التقنيّة العلاجية
151	1- دليل البرنامج.....
157	2- كراسة الواجبات المنزلية.....
184	3- بروتوكول الجلسات العلاجية المقترح لعلاج البدانة.....
	الجانب الميداني
	الفصل السادس: الإجراءات الميدانية
234	1- منهج البحث.....
234	2- عينة البحث.....
235	3- أدوات البحث.....
240	4- إجراءات تطبيق أدوات البحث.....
240	5- الأساليب الإحصائية.....
	الفصل السابع: عرض النتائج ومناقشتها
	أولا عرض النتائج
243	- نتائج الفرضية الأولى.....
244	- نتائج الفرضية الثانية.....
245	- نتائج الفرضية الثالثة.....

246	نتائج الفرضية الرابعة.....
247	نتائج الفرضية الخامسة.....
248	نتائج الفرضية السادسة.....
249	نتائج الفرضية السابعة.....
	ثانياً: مناقشة النتائج
250	1- نتائج الفرضيات.....
255	2- مناقشة عامة.....
258	3- التوصيات والإقتراحات.....
	قائمة المراجع
	الملاحق

مقدمة

مقدمة: البدانة كما تعرف علميا بأنها الزيادة في الشحوم المخزنة في الجسم، وتعد عاملا فعالا في الإصابة بالأمراض المهددة لحياة الإنسان مثل : أمراض القلب وتصلب الشرايين، وارتفاع ضغط الدم، ومرض السكري وبعض أنواع مرض السرطان مثل سرطان القولون، وهناك عدة أسباب لها علاقة بالإصابة بالبدانة منها أسباب عضوية وأخرى وراثية ونفسية وإجتماعية .

إن عدم ممارسة النشاط البدني يعد من أهم الأسباب التي تؤدي إلى البدانة، هذا بالإضافة إلى الإفراط في تناول الطعام الذي يؤدي إلى تخزين الفائض من الغذاء والسعرات الحرارية التي يوفرها الغذاء في الخلايا الدهنية المتواجدة تحت الجلد.

هناك عدة طرق للتخلص من البدانة، ولكن أكثرها فعالية تلك التي تستهلك الشحوم المتراكمة والفائضة عن حاجة الإنسان، ومن هذه الطرق ممارسة النشاط البدني، بحيث يستخدم الجسم الشحوم المخزنة كوسيلة للطاقة من أجل تغذية العضلات العاملة أثناء النشاط البدني، إلى جانب ذلك نوعية النظام الغذائي الذي يجب أن يعتمد عليه الفرد، خاصة إذا تعلق الأمر بالمراهق البدين، الذي يحاول دائما أن يكون في أحسن صورة، بحيث يكون متوازنا ومفيد ويجب أن لا يعتمد على الحمية لأنها تزيد من مضاعفات البدانة وقد يجد المراهق صعوبة في تطبيق هاتين الطريقتين (النشاط البدني، والغذائي) ، وذلك لا يتم إلا من خلال الانخراط في برامج خاصة وتكون مضمونة صحيا (نفسيا وجسديا)، وبإشراف متخصصين، ومن أشهر هذه البرامج نجد :برامج معرفية، برامج سلوكية، برامج نفسية ، وأحيانا نجد تقنية تجمع بين برنامجين أو أكثر وهذا كله من أجل مساعدتهم للحصول على حياة صحية سليمة وخالية من المتاعب النفسية، وسوف نحاول في هذا البحث أن نقدم برنامج نفسي معرفي سلوكي للتخفيض من البدانة لدى فئة المراهقين، الذي يحتوي على مجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى تعديل بعض الأفكار السلبية حول البدانة عند عينة المراهقين محل الدراسة "تسجيل الأفكار السلبية، إختبار واقع هذه الأفكار، إيجاد الحلول والبدائل المناسبة، إلى جانب ذلك محاولة معرفة بعض السلوكيات السلبية التي يمارسها المراهق البدين والتي تؤدي به للإصابة بالبدانة مثل الأكل في كل الأوقات، تناول المأكولات

المشبعة بالدهون، إلى جانب ذلك حياة الخمول التي يعتمد عليها المراهق في قضاء ساعات طويلة أمام الأنترنت أو التلفاز... الخ، إلى جانب ذلك محاولة رفع دافعيته، وتحسين حالته النفسية للإنخراط في مثل هذه البرامج التي تكون أهدافها واضحة ومحددة ولا تحتاج إلى وقتا طويلا وتكون نتائجها مضمونة، وليس كما كان يعزو سابقا للنتائج المحيطة للعلاجات السلوكية طويلة المدى للسمنة إلى عاملين:

الأول: تجاهل إسهام العوامل المعرفية في إعادة إكتساب الوزن.

الثاني: غموض أهداف العلاج الذي يقدم في صورة برامج طويلة المدى، وينتج هذا الغموض عن عدم التمييز الواضح بين الهدف المتمثل في خفض الوزن (الذي يتطلب تقليل الطاقة)، والهدف الخاص بالإستمرار في خفض وفقد الوزن (مثل الحفاظ على الوزن الأقل) وتبعاً لذلك، فقد تم تطوير منحنى علاجي لمنع عودة إكتساب الوزن بعد إنتهاء العلاج، وقد تم إشتقاق هذا المنحنى من التحليل المعرفي السلوكي للعمليات المسؤولة عن عودة إكتساب الوزن بحيث يتضمن علاجاً موجهاً مباشرة للتعامل مع هذه العمليات.

بشكل مختصر فإن عودة إكتساب الوزن قد تحدث نتيجة فشل الفرد في الإستمرار في سلوك فعال للتحكم في الوزن، وينتج ذلك عن عمليتين متداخلتين، أولاهما تتعلق بالإنخفاض التدريجي لاعتقاد المراهقين البدينين بأنهم قادرون على التحكم في أوزانهم لفترة زمنية تعتبر جيدة، وذلك إستجابة لتناقص معدل فقد الوزن الذي خبروه معظم المرضى خلال فترة تتراوح بين 4-6 شهور من محاولاتهم لفقد الوزن، وتنامي إدراكهم بعدم قدرتهم على تحقيق أهدافهم التي وضعوها والخاصة بفقد الوزن، أو حتى تلك الأهداف التي تتصل بنقص الوزن والتي تتضمن غالباً الرغبة في تحسين الثقة بالنفس، واحترام الذات، والرغبة في تحسين النشاط، وتحسين الصحة العامة، ويفترض أن إدراكهم لعدم إستطاعتهم إنجاز إنقاص الوزن الذين يأملون فيه، ولا الحصول على الفوائد التي يعتقدون أنها تترتب عليه، فذلك يقودهم بأن محاولتهم للتحكم في الوزن لا تستحق مزيداً من الجهد، ونتيجة لذلك، يتخلون عن مجهودهم لفقد مزيد من الوزن، ففي دراسة أجراها كل من كوبر

وفيربيرن cooper et fairburn في تفسير تأثير العوامل النفسية على تخفيض الوزن، حيث وجد أن هناك عاملين لهم تأثير على عدم الإستمرار في خفض الوزن :

أولاً: ينخرط الأفراد البدينين في العلاج وذلك من أجل أهداف رئيسية، منها تحسين صورة الجسم، الثقة بالنفس، إحترام الذات، تحسين العلاقات الشخصية... الخ ، وفي نهاية العلاج قد يكون وزن الجسم أقل بكثير من توقعات الفرد في بدايته، وبالتالي تنخفض دافعيتهم وربما ينسحبون من العلاج.

ثانياً: أن الأشخاص لا يستطيعون الحفاظ على الوزن المثالي بسبب عدم تزويدهم بالأساليب المناسبة لذلك (Gretchen, Ames, 2005, p4.)

وفي ظل هذه الظروف تبدأ العملية الثانية في العمل، وهي الإمتناع عن التحكم في الوزن بشكل كامل، والعودة الى عادات الأكل السابقة، على الرغم من أن المراهقين البدينين يرغبون في الإحتفاظ بالفوائد أياً كانت، والتي حصلوا عليها بالفعل حتى لو كانت هذه الفوائد مختلفة عن ما كانوا يأملونه في الأصل، ذلك لأن هذه العلاجات لا تعتبر أن الحفاظ على الوزن هو هدف ذو قيمة في حد ذاته، على عكس البرامج الحالية النفسية المعرفية السلوكية التي تحاول دمج بين عمليات فقد الوزن، والحفاظ عليه، والتي تؤدي إلى نتائج جيدة على المدى القريب والبعيد.

وسعياً لتحقيق أهداف البحث، تم تناول هذا الموضوع في إطارين، إطار نظري وإطار ميداني في سبعة فصول، حيث يتناول الفصل الأول تحديد إشكالية البحث وفروضه وأهميته وأهدافه، بالإضافة إلى تحديد المصطلحات الأساسية للبحث، وكذلك إدراج بعض الدراسات السابقة، أما الفصل الثاني فيتناول تعريف البدانة وأعراضها وأنواعها، عوامل الخطورة، تحليل شخصية البدين، البدانة والصحة، تعريف صورة الجسم، صورة الجسم أراء ونظريات وكيف تتشكل صورة الجسم، ويتناول الفصل الثالث نمط الحياة من خلال التعريف والنظريات، ثم تناول المراقبة بكل أبعادها، ثم التغذية والنشاط البدني ، ويتناول الفصل الرابع العلاج المعرفي السلوكي من خلال التعريف، التطور، النظريات، المميزات، الأهداف، المبادئ، وفي الأخير تقديم الأساليب المعرفية السلوكية في فقدان الوزن كنموذجاً.

ويتناول الفصل الخامس التقنية العلاجية من خلال المراحل الثمانية وهي بداية العلاج، البدء في إنقاص الوزن، تحديد صعوبات إنقاص الوزن، زيادة النشاط العام، دور صورة الجسم في إنقاص الوزن، والمرحلة الأخيرة إنهاء العلاج.

أما الإطار الميداني للبحث فقد إشتمل على فصلين، يتناول الفصل السادس إجراءات الدراسة ، وذلك بالتطرق للمنهج المتبع، عينة الدراسة، مجالات الدراسة الزمنية والمكانية، وكذلك الأدوات المستخدمة وطريقة تطبيقها ، أما الفصل السابع فتناول عرض وتحليل النتائج حسب فروض الدراسة، ثم مناقشتها وتفسيرها، وأخيرا التوصيات والإقتراحات.

الجابب النظرى

الفصل الأول: إشكالية الدراسة ومتطلباتها

1- الإشكالية.

2- أهمية البحث وأهدافه.

3- فروض البحث.

4- تعريف مصطلحات البحث.

5- الدراسات السابقة.

6- التعليقات على الدراسات السابقة.

7- الاستفادة من الدراسات السابقة.

1- الإشكالية:

إن التحدي الكبير الذي تواجهه الأمم في الوقت الحاضر هو صحة الفرد، فكثير من الأمم المتقدمة تحتل صحة الأفراد الأولويات في إستراتيجياتها الوطنية، ومن المشاكل الصحية التي تواجه الإنسان في العصر الحديث مشكلة البدانة (السمنة) والتي تعني زيادة نسبة الشحوم عن الحد الطبيعي في الجسم والذي تم تحديده من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO) عن طريق مؤشر كتلة الجسم (BMI).

للإشارة فكل إنسان في الحالة الطبيعية لديه بعض الدهون المخزنة في جسمه، وهي ضرورية لإستمرار حياته، أما الزيادة الكبيرة منها تؤدي إلى السمنة وهي حالة غير طبيعية. والدهون لها فوائد كثيرة للجسم فهي الطاقة المخزنة التي يحتاجها وتعمل كعازل حراري وعلى إمتصاص الصدمات التي قد يتعرض لها، وتعتبر كذلك إحدى المكونات الأساسية للجهاز العصبي، بحيث تدخل في تركيب العديد من الهرمونات. يتكون النسيج الدهني من خلايا دهنية، وهي عبارة عن أكياس متناهية في الصغر مملوءة بجزيئات الدهون.

تتم المرحلة الأولى من تكوين الخلايا الدهنية في أجسامنا خلال فترة الطفولة، فإذا كانت الدهون المخزنة كثيرة في ذلك الوقت فإن تكوينها يزداد بشكل كبير، فجسم الطفل البدين قد يحتوي على عدد من الخلايا الدهنية يصل إلى ثلاثة أضعاف ما يحتويه جسم نظيره صاحب الوزن الطبيعي، ويكون جسم الطفل البدين لديه القابلية في المستقبل لاختزان المزيد من الدهون والإصابة بالسمنة..

أما المرحلة الثانية من تكوين الخلايا الدهنية فتتم خلال فترة البلوغ، ولا يزداد العدد بعد هذه الفترة بل يحتفظ الجسم بما لديه من أعداد ثابتة من الخلايا الدهنية بقية حياة الفرد، ولذلك فإن الجسم بعد البلوغ يستجيب للزيادة في الدهون بإختزانها بداخل الخلايا الدهنية الموجودة أساسا فيه وليس بتكوين خلايا دهنية جديدة.

إن زيادة الوزن ليست مشكلة محلية أو إقليمية، إنما هي عالمية، لم يعد أي مجتمع من مأمّن منها، فقد أصبحت المشكلة تمس الرجال والنساء والأطفال والبالغين، وما زالت في

إزدياد في معظم بلاد العالم حتى أصبحت تشكل تهديدا كبيرا على الصحة العامة حيث أخذت طابعا وبائيا.

لقد تضاعفت نسبة السمنة في العالم أربع مرات منذ ثمانينات القرن الماضي وحتى الآن، وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية مؤخرا إلى وجود أكثر من مليار نسمة في العالم يعانون من مشكلة الزيادة في الوزن، ويشمل هذا الرقم 300 مليون شخص يعانون من السمنة، كذلك هناك 18 مليون من الأطفال ممن تقل أعمارهم عن الخمس سنوات يعانون من زيادة الوزن والسمنة. (الشدايدة، الضمور، 2013: 21)

لذلك فقد قفزت مشكلة زيادة الوزن والسمنة لتصبح على سلم أولويات وزارات الصحة في معظم الدول، وتتكاتف جهود كافة القطاعات لوضع حد لها، ودراسة الحلول المناسبة للذين يعانون منها، وكيفية وقاية الأفراد للوقوع فيها، وكذلك لمنع تفاقمها، لذلك كان من الضروري للناس من تغيير بعض عاداتهم وسلوكياتهم، بحيث يأكلوا بطريقة أفضل وأن يتحركوا أكثر.

إذا تزايدت معدلات إنتشار البدانة في البيئات التي تحتضن أنماط الحياة الخمولية، وتشجع السلوكيات الغذائية غير المتوازنة، ولهذا فإن إستهلاك الغذاء لا يختلف كثيرا بين الأفراد، وبالتالي فإن التباين يكون نتيجة إختلاف الممارسات البدنية وأنماط الحياة اليومية، وقد أدى التقدم الهائل في التقنيات الحديثة إلى تقليص حجم النشاط البدني، خاصة إذا تعلق الأمر بفئة المراهقين، حيث يقضون معظم أوقات فراغهم أمام التلفاز والكمبيوتر بدلا من ممارسة النشاط البدني، مما يحدث إختلالا بين ما يتناوله الفرد من غذاء وبين ما يستهلكه من طاقة، أي إستهلاك الغذاء أكثر من صرف الطاقة يؤدي ذلك إلى تجمع الدهون في الجسم ومنه تنتج البدانة.

إن مشكلة البدانة لدى فئة المراهقين تكون نتيجة لقلة الحركة، ووجود العادات الغذائية الخاطئة والناجمة عن قلة الوعي الغذائي، مما يؤدي إلى تراكم كميات كبيرة من الدهون في أجزاء مختلفة من الجسم، وهذا بدوره يؤدي إلى الكثير من المضاعفات كترهل الجسم وعدم تناسقه، مما يؤدي إلى إختلال المظهر العام للمراهق، وكذلك إصابته بأمراض القلب وتصلب الشرايين، إرتفاع ضغط الدم، زيادة نسبة السكر في الدم، ألأم

المفاصل، أمراض الجهاز الهضمي، وفي الفترة الأخيرة أضيفت إلى قائمة الأمراض هذه مرض السرطان.

لتجنب هذه المضاعفات على المراهق التخلص من البدانة (السمنة) وذلك بإتباع طرق علمية حديثة قد تكون مفيدة، ومن أهم الطرق ممارسة النشاط البدني (الجري، القفز، السباحة، لمشي، الأعمال المنزلية وصعود السلالم.... الخ) وقد يكون هذا النشاط من أنسب الطرق لصرف الطاقة الزائدة، لأننا في عصر يسمى بعصر الخمول، فالسيارات والهاتف، قضاء ساعات أمام الكمبيوتر والتلفاز وغيرها من الاختراعات الحديثة التي تعتمد عليها المراهق اعتمادا كليا، جعله كسولا خاملا، وقد ظهر لديه التوتر والقلق المستمر من أجل سبل العيش الكريم، وذلك كان سببا في إنتشاره بين فئة المراهقين الذين إكتسبوا نمط حياة غير صحي أدى بالعديد منهم إلى الإصابة بالبدانة، وكل ذلك على حساب صحته وقلة ممارسة الأنشطة، إلى جانب ذلك نجد أن للعادات الغذائية الإيجابية والمتوازنة والغنية بالعناصر الأساسية التي يحتاجها الجسم للقيام بوظائفه قد يكون لها دورا أساسيا للتخلص من البدانة، لأنه تشير بعض الدراسات إلى أن سوء التغذية يحدث بسبب الجهل باختيار الغذاء المناسب وبسبب المعلومات والإعتقادات الخاطئة التي تناقلتها الأجيال، ولكن قبل ذلك يجب البدء أولا بتوعية وتهيئة المراهق البدين لتقبل ذلك حتى ينخرط في مثل هذه الحملات، ثم بعد ذلك وإن لزم الأمر يتم تقديم برنامج متكامل يحتوي على شق للعلاج النفسي وكذلك شق معرفي يهدف إلى إقناع المراهق البدين بأن أفكاره السلبية المشوهة قد تؤثر سلبا على الجانب العضوي لبدنه، وأن الخضوع لمثل تلك الأفكار وإتباعها بدون تمحصها ومعرفة المفيد والمضر منها فأن ذلك يؤدي إلى المزيد من المضاعفات، بمعنى أنه يحاول تعديل السلوك الغذائي والحركي والتحكم في الإضطرابات النفسية، من خلال تعديل أسلوب تفكير المراهق وإدراكاته لنفسه وبيئته، وأن إستخدام الفنيات السلوكية إلى جانب التوعية المعرفية المتضمنة تصحيح الأفكار يساعد المراهق البدين على إدراك مدى تأثير الجانب المعرفي في الجانب السلوكي ومدى تأثير الجانب النفسي في الجانب العضوي للفرد، وأن تعلم الترابط بين المعرفة والوجدان والسلوك، ومراقبة الأفكار السلبية يساعده في الوصول إلى بدائل وحلول واقعية، والهدف من ذلك كله هو تغيير البنية المعرفية لديه بإبراز وإظهار الأخطاء

التي تشوب تفكيره، وكذلك معرفته بقابلية السلوك للتعديل والتغيير والتدريب وضرورة الإستمرار في جلسات العلاج النفسي، لكي يصل في الأخير إلى إقتناع بأن أفكاره يمكن إعتبارها فروضا قابلة للإختبار والإستبدال أكثر منها حقائق لا تقبل الجدل، وأن التحكم في الوزن أمرا بسيطا في الأساس، حيث يتطلب فقط إحداث توازن بين الطاقة التي يستمدّها الجسم، والطاقة المبذولة على المدى الطويل، وقد يتطلب ذلك بذل جهدا بسيطا لديهم، أو أنه قد يحدث تلقائيا دون بذل جهد مقصود .

لمواجهة هذه المشكلة يحتاج الأفراد إلى تعلم ومعرفة العمليات المستخدمة في التحكم الناجح في الوزن على المدى الطويل، وبحاجة أيضا إلى تعلم كيفية تطبيقها .

لكن في الواقع المعاش نجد الإستراتيجيات التي تعنى بحل مشكلة البدانة على أسس علمية سليمة قليلة، لهذا ارتأينا في بحثنا هذا بناء إستراتيجية وإختبار مدى فعاليتها في حلها، أي ما مدى فاعلية برنامج نفسي - معرفي - سلوكي يركز في أساسه على العلاج النفسي وتصحيح الأفكار وتعديل السلوك المؤدي إلى البدانة وإتباع سلوك يساعد على التخفيض منها وهو يكون بمحتوى رياضي وغذائي لدى فئة المراهقين، وقد وضع أساسا للبدنين الذين يتراوح مؤشر كتلة الجسم لديهم 25% فما فوق، حيث يستخدم العلاج المعرفي السلوكي حزمة من الإجراءات المعرفية والسلوكية لمساعدة المراهق البدين على تحديد وتغيير آليات الإستمرار المحتملة، حيث تساعد في إكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الإعتبار من قبل، وكذلك تعويده على التروي والتفكير وطرح الأسئلة على نفسه في مقابل الإندفاع التلقائي، وتمكينه بذلك من البدء بتقييم إعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية، وتتضمن كذلك الإجراءات العلاجية شائعة الإستخدام، تقديم ووصف النظرية المعرفية المرتبطة بالإستمرار وإستخدام التجارب السلوكية لمساعدة المراهق البدين لتبني طرائق سلوكية جديدة، ومساعدته في إختيار فحص توقعاته الشخصية فيما يتعلق بمتطلبات التغيير السلوكي وكذلك تحديد وتقييم الأفكار والمعارف والإفتراسات المضطربة بشكل منظم، والتي نصوغها في التساؤلات التالية:

التساؤل الرئيسي:

ما مدى فعالية البرنامج النفسي المعرفي السلوكي لتخفيض البدانة لدى فئة المراهقين من كلا الجنسين؟

التساؤلات الفرعية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في زيادة الدافعية للإنخراط في برنامج تخفيض الوزن لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج النفسي؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تغيير الأفكار السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج المعرفي؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تعديل السلوكات السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج السلوكي؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين؟

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين؟

6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين؟

7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين؟

2- أهمية البحث وأهدافه:

2-1- أهمية البحث:

يكتسي هذا البحث أهميته لكونه يسعى إلى بناء برنامجا متكاملا نفسيا، معرفيا وسلوكيا وتجريبه على فئة من المراهقين الذين يعانون من البدانة ويريدون التخلص منها وعند الإنتهاء من تطبيقه وفي حالة ثبوت فعاليته في تخفيض البدانة لدى المراهقين، فإنه يمكن توظيفه لدى الأفراد والجماعات في المدارس والثانويات والجامعات وفي النوادي الرياضية وقاعات التدريب، ليكون صالحا للاستغلال من طرف فئة المراهقين، مع إمكانية توسيع تطبيقه على كل الفئات سواء أطفال أو راشدين، كما أنه يمكن إعتباره بعد إتمامه إضافة علمية للمهتمين بالبدانة وعلاجها خصوصا لدى فئة المراهقين.

2-2- هدف البحث:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- بناء برنامج نفسي معرفي سلوكي موجه لتخفيض البدانة لدى فئة المراهقين.
- بناء وتصميم أدوات القياس النفسي الخاصة بالدراسة وحساب صدقها وثباتها.
- التعرف على مدى فعالية برنامج نفسي، معرفي، سلوكي في التخفيض من البدانة لدى فئة المراهقين من كلا الجنسين..
- مساعدة فئة المراهقين البدينين في التخلص من السمنة الزائدة لمن أراد ذلك وكذا تقييم برنامج متكامل يمكن للهيئات الصحية المهمة الإستفادة منه وكذا أولياء المراهقين.

3- فروض البحث:

الفرضية العامة: نتوقع أن يتمتع البرنامج النفسي المعرفي السلوكي المعد لتخفيض البدانة لدى فئة المراهقين من كلا الجنسين بفعالية عالية.

الفرضيات الجزئية :

- 1- نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في زيادة الدافعية للإنخراط في برنامج تخفيض الوزن لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج النفسي.
- 2- نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تغيير الأفكار السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج المعرفي.
- 3- نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تعديل السلوكات السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج السلوكي .
- 4- نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.
- 5- نتوقع أن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.
- 6- نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.
- 7- نتوقع أن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

4- تعريف مصطلحات البحث:

- البدانة:

عرفها وائل أبو هندي: " البدانة هي مشكلة معقدة نتيجة لمجموعة من العوامل النفسية والجسدية والاجتماعية تبدأ من الطفولة وتستمر طوال حياة الفرد.

وتعرف الباحثة البدانة إجرائيا: بأنها زيادة نسبة الدهون بالجسم، ومن وسائل تحديد البدانة مؤشر كتلة الجسم، وهو ناتج قسمة الوزن على مربع الطول، ويعتبر الفرد بدينا إذا كان مؤشر كتلة الجسم يزيد عن 25.25%

- المراهق:

هم الأفراد الذين تراوحت أعمارهم بين 15 إلى 22 سنة.

- العلاج المعرفي السلوكي :

عرفه ستيفن وبيك : على أنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الإضطرابات النفسية القائمة على المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية

- وتعرف الباحثة البرنامج المعرفي السلوكي إجرائيا: هو تلك البرامج التي تشمل

على مجموعة الفنيات العلاجية والتدريبية، التي تهدف إلى تغيير أشكالاً لسلوك غير المرغوب فيها وتحويلها إلى أشكالاً لسلوك المرغوب فيها، وتهدف أيضا إلى تثبيت السلوك المرغوب فيه لدى الفرد للمحافظة على إستمراريته، وذلك بالإعتماد على مبادئ وإستراتيجيات محددة.

- وتعرف الباحثة البرنامج النفسي: هو البرنامج الذي يعتمد على التفسير والتشجيع

والإيحاء والتوجيه والإستماع إلى معاناة المراهق البدين، ومحاولة مساعدتهم للإنخراط في البرنامج من أجل رفع روح الدافعية .

5- الدراسات السابقة:

أجريت العديد من الدراسات حول البدانة وقد مست كل الفئات العمرية وكذا إهتمت بالبدانة لدى الجنسين الذكور والإناث، نستعرض ضمن هذا المشروع عدد من تلك الدراسات وهي:

1- قام باول وبليير (1993) إن نسبة الوفيات المرتبطة بالسكري، وضغط الدم، وأمراض القلب تقل عند المشاركين في النشاط الرياضي، أما فيما يتعلق بموضوع التخلص من السمنة فتعد الرياضة أحد الوسائل التي تؤدي إلى إستغلال الطاقة أكثر من إدخالها في الجسم، والجدير بالذكر أن السمنة تنتج نتيجة عدم التوازن الكالوري، حيث أن الطاقة الداخلة إلى الجسم عن طريق الأكل تفوق الطاقة المستهلكة بواسطة النشاط البدني، وعملية التخلص من الوزن تستلزم التغيير في التوازن وذلك بواسطة تقليل الطعام، وزيادة النشاط البدني حتى يمكن إستخدام الشحوم الزائدة في الجسم وسيلة للطاقة التي تصرفها العضلات العاملة، وينصح باستخدام النشاط الرياضي مع تقليل الطعام للأشخاص المصابين بالسمنة من أجل التخلص من الشحوم الزائدة وفي الوقت نفسه المحافظة على كتلة الجسم بدون الدهون مثل العضلات (الانصاري، 2003: 171).

2- أجرت أبده والخطيب (1994) دراسة حول أهمية إشتراك المرأة الأردنية في برامج اللياقة البدنية، وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على أسباب إشتراك المرأة في برنامج اللياقة البدنية، وعلاقة ذلك بكل من الحالة الإجتماعية والمستوى التعليمي والوضع الإقتصادي.

وقد طبقت الدراسة على 56 امرأة إشتراك في برامج اللياقة البدنية، وقد أكدت النتائج أن الصحة واللياقة البدنية هما من أهم أسباب إشتراك المرأة في النشاط الحركي، يليها كل من العوامل النفسية، والمقدرة الحركية، بينما جاء ترتيب العوامل الإجتماعية وعامل الترويح والإستمتاع بالوقت في الأخير. (بوصالح: 2003، 110).

3- دراسة كيسر وآخرون Kaiser et al 1994 وكان عنوان البحث: دراسات تحليلية للسيدات البدنيات من حيث التكوين الجسماني والعادات والإتجاهات والسلوكيات الغذائية، وكان الهدف من البحث هو التعرف على العلاقة بين التكوين الجسماني والعادات والإتجاهات والسلوكيات الغذائية لدى السيدات البدنيات، حيث أستخدم المنهج الوصفي على عينة قوامها 55 سيدة أعمارهن بين 19-59 سنة من خريجي جامعة تكساس الأمريكية، وقد أستخدم إستبيان العادات والإتجاهات والسلوكيات الغذائية ودليل كتلة الجسم - (BMI) وتوصلت الدراسة على أنه يوجد علاقة بين العادات والإتجاهات والسلوكيات الغذائية وكتلة الجسم ونسبة الدهون لدى السيدات عينة البحث.

4- دراسة إلهام إسماعيل شلبي 1994 وكان عنوان البحث: المعلومات الغذائية وعلاقتها بالتكوين الجسماني ومستوى الأداء لطالبات التربية الرياضية بالقاهرة، وكان هدف البحث هو التعرف على المعلومات والمفاهيم الغذائية لطالبات الفرقة الرابعة بكلية التربية الرياضية بنات بالقاهرة وعلاقتها بالتكوين الجسماني للطالبات، وأستخدم المنهج الوصفي على عينة قوامها 100 طالبة من طالبات الفرقة الرابعة بكلية التربية الرياضية بالقاهرة، باستخدام إختبار المعلومات الغذائية لطلاب الجامعة المعمد بواسطة أ.د/سليمان حجر، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطيه دالة إحصائية بين الثقافة الغذائية للطالبات وقلة نسبة الدهون في الجسم. (محمد سلامة، 2005: 28-29-34)

5- دراسة جمال حسن النادى 1997 وكان عنوان البحث :تأثير بعض نظم إنقاص الوزن على مكونات الجسم وأسلوب الحياة لدى الأطفال فى المرحلة السنية من 9-12 سنة، وكان هدف البحث هو دراسة تأثير برنامج مدمج بين النظام الغذائى والنشاط الرياضى وتعديل أسلوب حياة الطفل على مكونات الجسم، لإنقاص الوزن لدى أطفال المرحلة السنية من 9-12 سنة، على تحسين مكونات الجسم، حيث أستخدم المنهج التجريبي على عينة عشوائية قوامها 60 طفلاً من أبناء أعضاء نادى الجيزة الرياضى بمحافظة الجيزة يمثلون المرحلة السنية من 9-12 سنة، وتوصلت الدراسة إلى أن تنظيم وتعديل السلوك والعادات الغذائية اليومية إلى جانب ممارسة النشاط الرياضى له تأثير كبير على إنقاص الوزن والتخلص من السمنة.

6-هدى عبدالسلام 1998 وكان عنوان البحث : إتجاهات السمنة بين طالبات الجامعة، والهدف منها هو التعرف على حجم مشكلة السمنة بين طالبات الجامعة، وكذلك التعرف على العوامل المؤدية إلى مشكلة السمنة، حيث أستخدم المنهج الوصفى على عينة عشوائية قوامها 200 طالبة من طالبات كلية الإقتصاد المنزلى جامعة حلوان من الفرق الأربعة، تتراوح أعمارهم بين 19-23 سنة، حيث أستخدم إستمارة العادات الغذائية والوعى الغذائى - . حساب مؤشر كتلة الجسم BMI . - وتوصلت الدراسة إلى أن توزيع الطالبات بالنسبة لمؤشر كتلة الجسم (BMI) أقل من النصف حوالى 48.5 % وزنهم طبيعى و 16.5 % أوزانهم فى الدرجة الأولى من السمنة 18.5 %الدرجة الثانية من السمنة، وكذلك توصلت إلى أن الطالبات البدنيات يتناولن مواد غذائية تحتوى على سرعات حرارية أكثر من الطالبات النحيفات(محمد سلامة، 2005: 28-29-35)

7- دراسة أجراها كل من لييمان وآخرون (2003) هدفها تقويم العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم ومتغيرات نمط الحياة المتعلقة بالنشاط البدني والتغذية الصحية من خلال دراسة مقطعية وذلك باستخدام إستبيان تم توزيعه على 8487 شخص، وقد بلغت نسبة الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم أكثر من 25 كغ/م² 65 % ، أظهرت الدراسة ارتباطا سلبيا في مؤشر كتلة الجسم وممارسة الأنشطة البدنية، وإرتباطا سلبيا في مؤشر كتلة الجسم وتناول الأطعمة الغنية بالألياف(فاضل والعمادي، 2005: 34).

8- دراسة سيجموند وآخرون Sigmund et al 2003 وكان عنوان البحث: قلة النشاط للفتيات البالغات وعلاقته بوزن الجسم، وكان هدف البحث هو التعرف على أسلوب الحياة للفتيات البالغات في المدارس وعلاقته بوزن الجسم، حيث أستخدم المنهج الوصفي على مجموعة من الفتيات البالغات في المدارس بجمهورية التشيك باستخدام إستمارة تحديد أسلوب الحياة الأسبوعي أثناء الدراسة للفتيات، توصلت الدراسة إلى تميز الفتيات البدنيات بقلة النشاط البدني وزيادة فترات المكوث في المنزل ومشاهدة التلفزيون لساعات طويلة بالمقارنة مع الفتيات ذات الوزن المعتدل

9- احمد أبو الليل ، رباح النجاده 2003 وكان عنوان البحث : مستوى المعيشة في محافظات الكويت المختلفة على وزن ونسبة الدهون عند تلاميذ المرحلة المتوسطة من سن 10-14 سنة، وذلك بهدف التعرف على تأثير مستوى المعيشة على وزن ونسبة الدهون عند تلاميذ المرحلة المتوسطة، حيث أستخدم المنهج الوصفي على عينة عشوائية عـددـها 889 تلميذ وتلميذة من محافظات الكويت، حيث أستخدم جهاز قياس مكونات الجسم Body Composition Analyzer لقياس نسبة الدهون وكتلة الجسم - إستفتاء لأولياء أمور التلاميذ، حيث توصلت الدراسة إلى أن متوسطات الوزن ونسبة الدهون ودليل كتلة الجسم لكلا الجنسين عينة البحث أعلى من (محمد سلامة، 2005: 32-36)

المتوسطات الطبيعية، وذلك لارتفاع مستوى المعيشة وطول فترة استخدام الألعاب الإلكترونية وقصر فترة مزاولة الرياضة وقلة الحركة.

(محمد سلامة، 2005 : 32-36)

10- دراسة مقاوسي كريمة 2011 ، هدفت الدراسة الى محاولة الكشف عن العلاقة بين البدانة ونمط الحياة لدى عينة من المراهقين، وقد كان عنوان البحث "البدانة ونمط الحياة (دراسة فارقية بين البدينين وغير البدينين من المراهقين)"، حيث تكونت العينة من "80" مراهقا في كلا الجنسين موزعة إلى "40" مراهقا غير بدين (20 ذكور-20 إناث) و"40" مراهقا بدينا (20 ذكور -20 إناث)، وذلك بتطبيق إستبيان نمط الحياة للتحقق من الفرضيات، حيث أستخدم المنهج الوصفي المقارن .

وخلصت الدراسة إلى انه توجد فروق بين البدينين وغير البدينين من الجنسين في الأنشطة البدنية وذلك لصالح الذكور غير البدينين والإناث غير البدينات، كما أنه توجد فروق بين البدينين وغير البدينين من الجنسين في العادات الغذائية وذلك لصالح الذكور البدينين والإناث البدينات في انتشار العادات الغذائية السلبية، وأظهرت كذلك انه توجد فروق بين البدينين وغير البدينين من الجنسين في التعامل مع الضغط النفسي وذلك لصالح الذكور غير البدينين والإناث البدينات، وأظهرت كذلك وجود فروق بين البدينين والبدينات في نمط الحياة (العادات الغذائية، النشاط البدني، التعامل مع الضغط النفسي) وذلك لصالح الإناث البدينات، وأظهرت كذلك وجود فروق بين غير البدينين وغير البدينات في نمط الحياة وذلك لصالح الذكور غير البدينين.

11- دراسة حمادة عبد العزيز إبراهيم 2012 بعنوان سيكولوجية الحرب على السمعة باستخدام المعرفة بالنتائج كحافز ذاتي.

هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير المعرفة بنتائج وزن الجسم كحافز ذاتي على إنقاص الوزن، فيما كانت فروض البحث: هناك تأثير للمعرفة بنتائج وزن الجسم كحافز ذاتي على إنقاص الوزن، وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي باستخدام مجموعتين تجريبية وضابطة (الجبوري، 2012: 41)

وتتكون عينة البحث من 249 تلميذ أعمارهم تتراوح بين 12-15 سنة، وإستخدم الباحث مؤشر كتلة الجسم للتعرف على التلاميذ ذوي الوزن الزائد، وقد طبق البرنامج لمدة 5 أسابيع وإستخدم إختبارات، تحليل التباين، وقد تبين أن هناك دلالة في نتائج البحث لصالح المجموعة التجريبية وقد تحققت فرضية البحث. (الجوري، 2012: 41)

6- التعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من العرض المتقدم للدراسات السابقة النقاط التالية:

- أجريت هذه الدراسات في الفترة الممتدة من عام 1993 الى 2012.
- تنوعت أهداف الدراسات السابقة، منها ما يهدف إلى التعرف على جوانب أسلوب الحياة لبعض شرائح المجتمع وتأثيرها على المتغيرات الصحية لأفراد عينة الدراسة، ودراسة واحدة ركزت على تأثير المعرفة بنتائج الوزن كحافز لإنقاص الوزن لدى العينة، ودراسات أخرى ركزت على حجم مشكلة السمنة والعوامل المسببة لها لدى عينة البحث.
- أغلبية الدراسات أستخدمت المنهج الوصفي ماعد دراسة حمادة عبد العزيز ابراهيم، إستخدم المنهج التجريبي، وثلاث دراسات لم تحدد المنهج المستخدم (لييمان واخرون، باولي وبلير، ابدو والخطيب).
- إختلفت أعداد عينات الدراسة ترواحت ما بين (55-8487) فردا وذلك يرجع إلى طبيعة وأهداف كل دراسة.
- العينات المختارة في هذه الدراسات إشتملت على شرائح مختلفة من المجتمع منها تلاميذ المرحلة المتوسطة (10-14)، طالبات الجامعة (19-23)، أطفال (9-12)، سيدات (19-59).
- إختلفت المعالجات الإحصائية المختصة بالدراسات السابقة، باختلاف الهدف من كل دراسة.

7- الاستفادة من الدراسات السابقة:

- في ضوء ما سبق من عرض للدراسات والتعليق عليها، فإن الباحثة لاحظت أنه لم يتم إجراء دراسة واحدة على حدود علم الباحثة، تهدف إلى تخفيض البدانة باستخدام العلاج النفسي المعرفي السلوكي لدى فئة المراهقين في المجتمع الجزائري، الأمر الذي دعى الباحثة للقيام بهذه الدراسة.

* ساهمت الدراسات السابقة في مساعدة الباحثة في الآتي:

- صياغة أهداف وتساؤلات البحث.
- رسم خطة بحثية وتحديد إجراءاتها بدقة.
- إختيار المنهج المناسب لطبيعة هذه الدراسة.
- تحديد الأسلوب الأمثل في إختيار عينة البحث.
- إختيار المعالجة الإحصائية المناسبة للدراسة.
- التعرف على طرق عرض ومناقشة النتائج والوقوف على ما توصلت إليه نتائج هذه الدراسات لتفسير وتأكيد نتائج الدراسة الحالية.

الفصل الثاني: التحليل السيكولوجي لمفهومى البدانة وصورة الجسم

أولا/البدانة

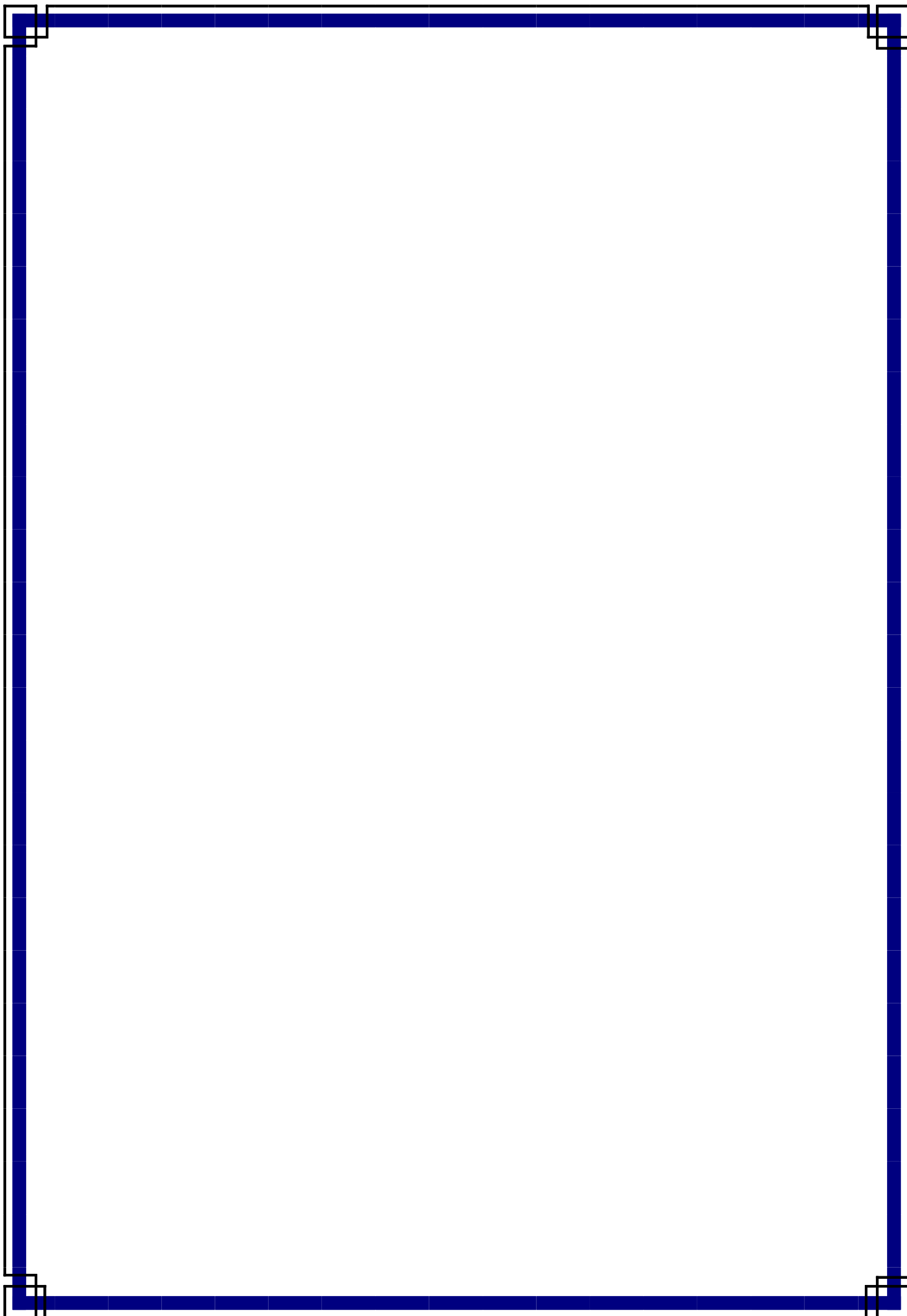
تمهيد.

- 1- تعريف البدانة وأنواعها وأعراضها
- 2- عوامل الخطورة عند البدنيين .
- 3- قياس البدانة.
- 4- العوامل المرتبطة بالبدانة.
- 5- تحليل شخصية البدنيين.
- 6- نمط شخصية البدنيين.
- 7- فعالية الذات وخفض الوزن.
- 8- البدانة والصحة

ثانيا/البدانة وصورة الجسم

- 1- تعريف الصورة.
- 2- تعريف الجسم.
- 3- تعريف صورة الجسم.
- 4- صورة الجسم آراء ونظريات.
- 5- كيف تتشكل صورة الجسم.
- 6- العوامل التي تؤثر على صورة الجسم.
- 7- إشكالية صورة الجسم عند المراهق البدنيين.

خلاصة.



أولا/ البدانة:تمهيد:

إن مشكلة البدانة مشكلة عالمية، يعاني منها كثير من شعوب العالم المتقدم والصناعي والتي تزداد مع زيادة وسائل الترفيه والراحة، كما أن هذه الزيادة الملحوظة في نسبة البدانة لدى أفراد المجتمع تعكس وبشكل واضح مستوى التغير الكبير الذي تحول إليه المجتمع في العقود الأخيرة، والمتمثل في زيادة الطاقة المتناولة من الوجبات الغذائية ذات السرعات الحرارية العالية، وقلة إستهلاك الطاقة الجسمية، والمتمثلة في ضعف الرياضة البدنية وقلة الأنشطة الحركية والتمارين الرياضية.

إن العلاقة بين البدانة والحياة الخاملة أصبحت حقيقة علمية لا جدال فيها تؤيدها التوجهات العالمية والأبحاث المحلية.

إن توفر الغذاء لاشك في أهميته، ولكن الوعي الغذائي لا يقل عنه أهمية، ومعرفة أصناف الأغذية وفوائدها وأضرارها والسلوك الغذائي السليم سبيل إلى ذلك، كما أن السلوك الغذائي السليم هو أحد أهم ركائز البناء الصحي المحكم، والغذاء الصحي طريق أمن للصحة السليمة، كما أن السلوك الغذائي غير الصحي ذو أثر كبير على الصحة حاضرا أو مستقبلا.

لذا كان من الضروري على المهتمين بصحة المجتمع التنبيه لذلك والتفطن له، وإعادة المجتمع للفترة السليمة التي فطر عليها، والدعوة إلى محاربة البدانة وتأسيس مبدأ التوازن بين الطاقة المتناولة والمفقودة، ونبذ الشراهة وقد قيل قديما "المعدة بيت الداء والحمية رأس كل دواء.

1- تعريف البدانة وأنواعها وأعراضها:

1-1 تعريف البدانة: نستطيع أن نقول إن هناك العديد من التعريفات للبدانة تم طرحها على مر السنوات، لكن واحدا منها لا يصل إلى مستوى التعريف الموضوعي الذي لا يظهر ما يعارضه، فلو أن هناك نقطة محددة وثابتة يبدأ عندها تأثير واضح للبدانة على المرضية، إلا أن الأمر أبعد ما يكون عن ذلك، كما أن المعيار الذي يعتمد عليه التشخيص أيضا ليس

محدداً، فهل المعيار هو زيادة تراكم الدهون في الجسم عن حد يتفق عليه الجميع، أم المعيار هو زيادة وزن الجسم عن حد معين مرغوب فيه بالنسبة للطول، بغض النظر عن سبب هذه الزيادة؟ كثير من التساؤلات ليس لها جواب محدد.

وبصفة عامة فإن البدانة تعرف على أنها زيادة وزن الجسم عن الحد الطبيعي، بسبب زيادة الأنسجة الدهنية وتراكم الدهون في الجسم عن زيادة حجم الخلايا الدهنية، أو بسبب زيادة عددها، وهذا التراكم ناتج عن عدم التوازن بين الطاقة المتناولة من الطعام والطاقة المستهلكة (الركبان: 55).

- **تعرف منظمة الصحة العالمية البدانة بأنها زيادة في الكتلة الدهنية في الجسم، لدرجة تعرض فيها صحة الشخص للخطر (أبو حامد، 2009: 9).**

- **تعرف السمنة بأنها تلك الحالة الطبية التي تتراكم فيها الدهون الزائدة بالجسم، إلى درجة تتسبب معها في وقوع أثار سلبية على الصحة مؤدية بذلك إلى إنخفاض متوسط عمر الفرد و/ أو وقوع مشاكل صحية متزايدة (Haslam, James, 2005, p366).**

- **تعرف البدانة على أنها تراكم الدهون بشكل شاذ ومفرط قد يؤدي إلى الإصابة بالأمراض (الخطيب، 2009: 1).**

- **تعرف البدانة على أنها الوزن الجسدي الذي يزيد عن 20% من الصفات العامة للطول والوزن (بوبازين، 2006: 172).**

- **هي تراكم الدهون تحت الجلد وداخل مكونات الجسم بشكل تام QUEVAWVLLIERS ET (FINGERHUT, 2001, P676).**

- نستنتج من خلال ما سبق أن البدانة عبارة عن الوزن الجسدي الذي يزيد عن 20 % وأكثر ويرجع ذلك إلى زيادة الكتلة الدهنية في الجسم، إلى درجة تسبب أمراض خطيرة، وقد يرجع كذلك إلى إختلال بين السرعات الحرارية المتناولة وبين السرعات الحرارية المستهلكة أي الإكثار من تناول السرعات + قلة في الاستهلاك في المجهود=البدانة.

1-2- أعراضها: ليس للسمنة أعراض معينة يشكو منها الفرد، ولكن الشكوى تظهر نتيجة للإجهاد الزائد الذي تتعرض له وظائف أعضاء الجسم المختلفة وتزداد هذه الشكوى كلما زاد وزن الجسم:

- قد يشكو الشخص البدين من ضيق في التنفس، خصوصا عند القيام بمجهود عضلي ويعزى هذا إلى الزيادة في ضربات القلب وإحتقان في الرئتين، مما يعوق من تمددها أثناء عملية الشهيق، والذي يؤدي بدوره إلى نقص في كمية الأكسجين بالدم.

- وقد يشكو الشخص السمين من الميل للنوم والشخير وتوقف التنفس فترات قصيرة أثناء النوم.

- آلام المفاصل خصوصا الركبتين ومفصل القدم والكعب نتيجة للثقل الزائد على هذه المفاصل مما يعجل بتآكلها.

- الإلتهابات الجلدية المتكررة نتيجة للإصابة بالميكروبات والفطريات الجلدية وهي تحدث عادة في أماكن ثنايا الجلد الإبط، الفخذين.... الخ

- إضطرابات الجهاز الهضمي وأمراض الحوصلة المرارية وتشحم الكبد، تصلب الشرايين.

- عدم القدرة على تحمل الحرارة.

- يمكن أن ترى رواسب من الدهون في الفخذين والبطن والتي تسبب الإساءة للشخص.

(Tomas and Brownelle, 2007, p798)

○ اضطراب العمليات الأيضية راجع إلى الزيادة في الوزن.

○ تذبذب في نسبة الدهون.

○ إرتفاع نسبة البولة في الدم.

○ إحتمال الإصابة بمرض السكري. (l'encyclopédie de la santé, 1996, P408)

1-3- أنواع البدانة:

بالنظر إلى تشعب هذا الموضوع وتداخل أسبابه النفسية الجسدية الوراثية والبيئية الاجتماعية فقد كان من الصعب حصر كل الأنواع المنبثقة عن هذه الأسباب، وسنكتفي في هذا البحث بعرض الأشكال العيادية الأكثر شيوعاً والأكثر تداولاً بين الباحثين سواء في الكتب الأجنبية أو العربية وهي:

1-3-1- البدانة المتمركزة في البطن/OBESITE ANDROIDE: هذا النوع من البدانة

هو أكثر حدوثاً لدى الذكور منه لدى الإناث، حيث يصيب الإناث في مرحلة النشاط الجنسي، أحياناً تصيب الأطفال قبل سن البلوغ.

(L'ENCYCLOPEDIE DE LA SANTE, 1996, P409)

الكثافة الدهنية تخص: البطن-الذراع-الرقبة-الوجه-الورك-الأطراف السفلية، بمعنى أن الدهون تتركز على البطن ثم تغزو تدريجياً كل الجزء العلوي للجسم (OMS, 2003, p7).

البدانة المتمركزة في البطن تخص غالباً الأشخاص كثيري الأكل والشرب، وحصيلتهم الغذائية تثبت أن لديهم إستهلاك حريري كبير جداً، هذا النوع يتميز بمضاعفات كثيرة على مستوى القلب-والشرايين-والعمليات الأيضية وتؤدي على المدى الطويل إلى مرض السكري-تصلب الشرايين-ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم-ارتفاع نسبة البولة في الدم، هذا النوع يسهل تداركه كلياً أو جزئياً بالحمية الغذائية، إذا كانت مضاعفاته في مرحلتها الأولى (HALIMI, 2005, P3).

1-3-2- البدانة المتمركزة في الوركين: OBESITE GYNOIDE: هذا النوع من

البدانة هو الأكثر حدوثاً لدى النساء في مرحلة النشاط الجنسي وتظهر مع بداية البلوغ، الهرمونات الأنثوية هي المسؤولة عن تركيز الدهون في الجزء السفلي من الجسم على شكل خط أفقي مرورا بالصرّة (L'ENCYCLOPEDIE DE LA SANTE, 1996, P409).

الكتلة الدهنية تكون بصفة كثيفة على الحوض ثم تنزل إلى الفخذ إلى الركبتين ثم الكاحل. (OMS, 2003, p7).

الأبحاث في ميدان الغذاء بالنسبة لهؤلاء الأشخاص بينت أن البدانة لديهم لا تعود إلى الإفراط في الأكل وإنما إلى نسبة بروتيد/الدهون الغير المتوازنة، ويعود الفضل في هذا التقسيم للعالم ج. فافو "J-VAGO"، إذ أنه يساعد على تحديد احتمالات حدوث التأثيرات الجانبية للبدانة، فالبدانة المتمركزة في الوركين تؤدي إلى الدوالي-الفتاق والآم المفاصل وأمراضها أما مضاعفاتها على القلب والشرابين والعمليات الأيضية فهي أقل حجما من البدانة المتمركزة في البطن (HALIMI, 2005, P3).

حيث يرى العالم وولف سميث "WOLF SMITH" بأن نوعية الشحوم المتمركزة في البطن هي أكثر خبثا وخطورة من الشحوم المتمركزة على الوركين، إذ أن الشحوم في البطن تحتوي على أحماض (دهنية مؤذية تترسب تدريجيا داخل الأوعية الدموية لتتسبب لاحقا في إنسدادها) (L'ENCYCLOPEDIE DE LA SANTE, 1996, P409).

هذا مع العلم بأن التقسيم العيادي ينظر بعين الاعتبار إلى السن الذي تبدأ فيه ظهور البدانة، وعلى هذا الأساس تقسم البدانة إلى:

- **البدانة المبكرة:** وهي التي تحدث قبل سن العشرين وتسمى هذه البدانة بالنمو المبالغ في جسم المريض، وهي كناية عن زيادة عدد الخلايا الدهنية، وهذه الزيادة تتحدد في سن العشرين لتبقى ثابتة بعد ذلك، حيث تجعل من علاج هذا النوع من البدانة عسيرا إذا لم نقل مستحيلا، وهي عادة تتركز حول الوركين.

- **البدانة المتأخرة:** وهي التي تحدث بعد سن العشرين، وفيها يكون عدد الخلايا الدهنية طبيعيا إلا أنها تكون ضخمة بحيث يصل حجمها إلى 100 ميكرون في حين أن الحجم العادي للخلية الدهنية لا يتعدى 20-30 ميكرون، وهذا النوع من البدانة يتركز عادة حول البطن، وهو أسهل علاجاً من البدانة المبكرة (DOMART, 1984, P629).

2- عوامل الخطورة عند البدنيين: لقد بينت الدراسات الحديثة أن الخطورة على الصحة العامة والقابلية للإصابة بأمراض الشرايين التاجية وكذلك بداء السكري ترتبط بتوزيع الدهون في الجسم أكثر مما ترتبط بكمية هذه الدهون، فمن المعروف أن توزع الدهون يختلف في الرجال عنه في النساء، فيما تختزن النساء الدهون في منطقة الفخذين والأرداف

يخترن الرجال الدهون في منطقة البطن، كما أن الرجال يخزنون نسبة أعلى من الدهون بين أحشائهم مقارنة بالنساء، حيث يمثل الدهن الحشوي في الرجال 21% من وزن الجسد مقابل 8 % فقط في النساء، وربما كان ذلك بسبب إختلاف حجم الخلية الدهنية في الرجال والنساء، فالخلية الدهنية الحشوية أكبر حجما في الرجال والخلية الدهنية تحت الجلدية أكبر في النساء، وبهذا أصبح قياس كمية الدهن المتراكمة في منطقة البطن هو الأهم إذا أردنا تقدير مدى الخطورة التي يمثلها تراكم الدهون على صحة الشخص، ويتم ذلك من خلال قياس محيط الخصر فإذا زاد عن 102 سم في الرجال أو 88 سم في النساء فإنه يمثل خطورة على الصحة فبعد الكشف على المريض، ومعرفة كون الشخص مصاب بالبدانة، يتوجب معرفة مدى الخطر المحيط به وما يصاحبه من أمراض أخرى ويعتمد خطر البدانة وتأثيرها على العاملين التاليين:

أولا/ شدة المرض وتوزيع الدهون:

فخطورة البدانة تزداد طرديا عند البدناء في الأحوال التالية:

- زيادة مؤشر كتلة الجسم.

- زيادة محيط الخصر.

- زيادة النسبة بين محيط الخصر إلى محيط الحوض.

فالسمنة في المنطقة العلوية من الجسم (خصوصا منطقة الخصر التي تعني تجمع الدهون على الأحشاء الداخلية) تشكل خطر أكبر من السمنة التي تحصل في منطقة الحوض والأرداف. (أبو حامد، 2009: 61، 62)

ثانيا / وجود أمراض أو عوامل خطورة مصاحبة:

فوجود هذه العوامل المصاحبة يزيد من خطورة السمنة، وأهم تلك العوامل هي :

- وجود تاريخ عائلي لبعض الأمراض المزمنة، مثل أمراض القلب وداء السكري.

- قلة النشاط والحركة.

- إرتفاع ضغط الدم الشرياني.
- إرتفاع نسبة نسبة الكولسترول.
- داء سكري من النوع الثاني.
- التقدم بالعمر.

إن الأشخاص البدينين (مؤشر كتلة الجسم أكثر من 30)، أو الاشخاص ذوي الأوزان الزائدة (مؤشر كتلة الجسم 25-29.9) ولديهم إثنين أو أكثر من عوامل الخطورة المشار إليها سابقا، يتحتم عليهم إنقاص أوزانهم للحد من المضاعفات المتوقعة للبدانة. (أبو حامد، 2009: 61، 62).

3- قياس البدانة: قبل التطرق لقياس البدانة يستلزم معرفة الوزن المفضل الذي يجب أن يتمتع به كل إنسان وذلك باللجوء إلى قياسات ومعادلات حسابية، من بين هذه القياسات مؤشر كتلة الجسم "INDEX BODY MASS" BMI الذي هو مقياس متعارف عليه عالميا للتمييز بين البدانة والنحول والوزن المثالي.

مؤشر كتلة الجسم الذي حددته منظمة الصحة العالمية، يرتبط بمتغيرين بسيطين هما الوزن والطول وفقا للمعادلة التالية:

مؤشر كتلة الجسم = الوزن بالكيلوغرام / مربع الطول بالمتر (OMS, 2006, p1).

- لكن في الواقع هناك العديد من المؤشرات المستخدمة في قياس السمنة، إلا أن إستخدام مقياس مؤشر كتلة الجسم هو أكثرها إستخداما، وبالرغم من وجود بعض المأخذ على هذا المؤشر إلا أن سهولة قياسه ساعد على إستخدامه في معظم الدراسات المتعلقة بالسمنة.

مثال : عندما يكون شخص طوله 1م و 55 سم والوزن 75 كلف فيكون حساب مؤشر كتلة الجسم كما يلي:

مؤشر كتلة الجسم = $75 / (1.55)(1.55) = 31.25$ وبالتالي هذا الشخص يعاني من البدانة

ويعطي هذا المؤشر فكرة عن نسبة الشحوم في الجسم، فلو قمت ذات مرة بحساب قياساتك بنفسك كشخص بالغ فسوف تعرف أن هناك أرقاما عالمية تخبرك بأنك تحت الوزن الصحي أو الطبيعي أو فوق الوزن الصحي أو تعاني البدانة فإن مؤشر كتلة الجسم يكون كالتالي: (Baribeau,2012,p6.7)

التصنيف	مؤشر كتلة الجسم	خطورة الإصابة بالأمراض المصاحبة للسمنة
ناقص الوزن	أقل من 18.50	قليل (ولكن الإصابة بأمراض أخرى)
المعدل الطبيعي	18.50-24.99	معدل طبيعي
ما قبل السمنة	25-29.99	يزداد الخطر
سمنة رقم 1	30-34.99	متوسط
سمنة رقم 2	35-39.99	شديد
سمنة رقم 3	$40 \leq$	شديد الخطورة

وتعتقد منظمة الصحة العالمية أن قياس السمنة عند المراهقين لا يمكن الإعتماد عليه باستخدام مؤشر كتلة الجسم فقط، وذلك للتغيرات الفيزيولوجية التي تحدث للمراهق وبخاصة تراكم الدهون في هذه المرحلة، لذا فقد قامت المنظمة بإعداد مقياس آخر للسمنة عند المراهقين يعتمد على قياس سمك الجلد، بالإضافة إلى مؤشر كتلة الجسم، وقد أوضحت دراسة حديثة مقارنة لهذه المقاييس أن مقياس منظمة الصحة العالمية المعتمد على مؤشر كتلة الجسم، بالإضافة إلى سمك الجلد يعطي نسباً أعلى من السمنة، وأقل بزيادة الوزن مقارنة باستخدام مؤشر كتلة الجسم لوحده، كما أن مقدار الخطأ في قياس سمك الجلد عالياً، مما يجعل استخدام هذا المقياس في الدول النامية التي تفتقر إلى الأشخاص المؤهلين في قياس سمك الجلد صعباً وتنقصه الدقة. (مصيفر، 2007: 372)

4- العوامل المرتبطة بالبدانة :

كثيرا ما يتبادر إلى الذهن عند الحديث عن البدانة السؤال التالي: هل إذا أفرط الإنسان في طعامه فقط يزداد وزنه ويصبح بدينا؟ أم هل يصبح الإنسان بدينا لعدم ممارسته الرياضة؟
والحقيقة أنه ليس كل من يفرط بالأكل يصبح بدينا، ولا كل من يمارس الرياضة نحيفا، فالإفراط في الأكل وحده لا يؤدي بشكل منفرد إلى البدانة، بل المسألة أبعد من ذلك، فهناك أسباب عديدة تساعد في حدوث البدانة، وهناك العديد من الأشخاص الذين نراهم يفرطون في تناول الطعام، إلا أن وزنهم طبيعي أو ربما يكون زائدا قليلا، فما هي الأسباب الحقيقية للبدانة؟

إن الأسباب المؤدية لظهور البدانة متعددة وليست محددة في سبب واحد، بل ربما يكون تراكم بعض الأسباب لدى معظم البدناء سبب لذلك، ومن أهم تلك الأسباب أو العوامل نجد ما يلي:

4-1- العوامل الجينية والوراثية: تندرج معظم نظريات حدوث السمنة تحت ثلاث ركائز هي: التأثير الوراثي، إستهلاك الطاقة المرتفع (زيادة إستهلاك الطاقة عن طريق الغذاء)، وإنخفاض مصروف الطاقة (إنخفاض النشاط البدني) غير أن المساهمة النسبية للعوامل الثلاثة المشار إليه سابقا ما تزال محل اختلاف (هزاع: 5).

ومن المعروف أن الميل إلى البدانة أمرا وراثيا حيث يمكن أن تورث جوانب من فسيولوجيا الجسم من الآباء، وقد يعاني الشخص من خلل وراثي بسبب زيادة وزنه، فإذا ما كان أحد الوالدين يعاني من البدانة فإن أطفاله يتعرضون لذلك بنسبة 25-30% وتصل هذه النسبة إلى 80% إذا ما عانا كلا الوالدين من البدانة، كما أن هناك أدلة على أن الإستعداد للبدانة يورث أيضا، وقد أثبتت بعض الدراسات أن 25-40% من حالات البدانة ترجع إلى العوامل الوراثية (Tomas and Brownelle, 2007, p797).

وبينت دراسات أن أطفال الآباء البدنيين له احتمال أعلى على حدوث البدانة عند البلوغ من أطفال الآباء الغير البدنيين، وهذا وراثي بشكل كبير، ويفترض أن هناك تأثيرات وراثية على كمية الغذاء أو ربما حتى تفضيلات للأطعمة ذات القيمة المغذية على المنخفضة في حدوث البدانة.(Anderson, 2004, p279).

وهذا في واقع الأمر هو ما عالجته "مجلة نيوانكلند الطبية" الأمريكية في تقريرين نشرتهما مؤخرا، ويظهر منهما رجحان كفة التكوين الوراثي "الجيني" كعامل مؤثر على درجة البدانة، حيث قام علماء من الولايات المتحدة والسويد بتحليل سجلات الأوزان والأطوال على توائم متبناة، ولدى إستعراض أولئك العلماء المعلومات المتعلقة بأحوال "247" توأما مثيلا "أي من بويضة واحدة لكل توأمين و"426" توأما عاديا"أي من بويضتين لكل توأمين"، تبين لهم أن التوأمين المثيلين يكبران وهما محتفظان بوزن متشابه حتى ولو تربيا في كنف أسرتين مختلفتين من حيث النمط المعيشي، وأن الأكثر احتمالا بأن يكبروهما أشبه شكلا بوالديهما الطبيعيين منهما بالزوجين الغربيين اللذين يتبنيانهما، وفي ذلك يقول ستانكارد "STANKARD" من جامعة بنسلفانيا أنه إذا كان أحد الأبوان الطبيعيان كلاهما بدينين فإن الأطفال الذين ينجبانهما يكونون بدينين أيضا، لدى حوالي 80% من الحالات.(الطبيي، 1999: 55).

ويمكن الحد جزئيا من التأثير الجيني في حدوث السمنة من خلال التحكم في أسلوب التغذية، ففي دراسة أجراها كل من أجراس وآخرون Agras et Al على مجموعة من الأطفال الرضع، إستمرت من الولادة إلى عمر السنتين، وجد فيها أن الأطفال الذين تعرضوا للسمنة في فترة متأخرة تميز نمط سلوكهم في الرضاعة بالحدة، إذ إتصف بالمص السريع والشديد ولفترة أطول، وتخلل عملية المص ثورات غضب سريعة، وقد نشأ عن هذا الأسلوب في الرضاعة أخذ كميات أكبر من السعرات، وزيادة في الوزن، إن هذه النتائج تبين أن أسلوب الرضاعة الذي يظهر في مرحلة مبكرة قد يعد مؤشرا لتأثير الإستعداد الجيني في تطور السمنة لاحقا، كما تبين أيضا، أن هناك إستعدادات جينية لخرن الطاقة، إما على هيئة أنسجة دهنية، أو أنسجة خالية من الدهون. (تايلور، 2008 : 238)

إذا فتديد دور الوراثة في السمنة يعد أمرا مهما لأنه يساعد على تحديد الأفراد الذين يفترض أن تتبع معهم إجراءات تدخل ملائمة لتنظيم أوزانهم.(تايلور،2008 : 238)

إذا العلاقة واضحة بين الوراثة وبيئة الشخص:الآباء يمدون أبناءهم بالجينات، وفي صدد الحديث عن الجينات، قال باحثون بريطانيون أن جينا منتشرا جدا يبدو أنه يجعل الناس عرضة للإصابة بالبدانة وهذا الجين له تأثير على " DNA"، حيث أجريت دراسة مسحية لأكثر من نصف الأوروبيين الذين يعانون البدانة، موجود لديهم هذا الجين، الذي يؤثر على مناطق في المخ متصلة بالشهية .

من خلال ما سبق نتوصل أنه إذا كان أحد الوالدين يعاني البدانة أو كلاهما فهناك احتمال كبير أن يورث الأبناء هذه البدانة، أما من ناحية الجينات فهناك جين يكون مسؤولا على البدانة لأنه يؤثر على مناطق في المخ متصلة بالشهية.

4-2- العوامل الغذائية: إن أي نقطة تحول في تاريخ إستهلاك الإنسان للمواد الغذائية أصبح واضحا، حيث أن عدد الأفراد الذين لديهم نظام غذائي غني جدا أي أكثر من اللازم يساوي أو يتجاوز العدد الذي لديهم نظام غذائي سيئ.(thomas and kelly,2007,p797) .

وذلك يرجع إلى أن المجتمعات مرت بعدة مراحل، تطورت فيها الحياة الإجتماعية والإقتصادية بسرعة وبصورة غير تدريجية، توفرت فيها المواد الغذائية بصورة كبيرة وبنوعيات هائلة، ولم يتبع هذا التطور توعية صحية لتحديد الاختيار وتنظيم الغذاء، وكان هناك غياب وقصور للتوعية الصحية والغذائية، ولم تعط الأهمية الملائمة مما تسبب في ظهور طفرة في الوزن في معظم البلاد العربية مع عدم ممارسة الحركة والمشي والخلود للراحة والإسترخاء والنوم بعد الوجبات الدسمة.

- إنتشار الأغذية والمشروبات، والتي تزود الجسم بالطاقة الحرارية العالية، والخالية من العناصر المغذية، وتحرم الجسم من تناول الأغذية المفيدة بما تسببه من شبع لدى من يتناولها دون فائدة.

- زيادة تناول الوجبات السريعة والمختلفة ذات السرعات الحرارية العالية بدون تنظيم وبصفة مستمرة له دور مهم في إنتشار البدانة.(بن عبد الأغا،2007: 17).

أوضحت الدراسات الإكلينيكية أن العوامل الغذائية وخصوصاً كمية الطاقة والدهون المتناولة لها علاقة إيجابية مع زيادة الوزن، فإن تركيب الغذاء من العناصر الغذائية يؤثر في تخزين الطاقة في الجسم، وأماكن تخزين البروتين في الجسم محدودة، وأماكن تخزين الكربوهيدرات قليلة وتخزن على هيئة جلايكوجين، والزيادة في الكربوهيدرات يتحول إلى دهون وهذه العملية لا تحدث في الجسم إلا إذا كان الطعام قليل الدهون وغنياً جداً بالكربوهيدرات، أما الدهون فإن أماكن تخزينها في الجسم غير محدودة، ومن الجوانب المهمة في الغذاء قابليته على حدوث الإشباع، فمن العروف أن الشعور بالشبع والإحساس بامتلاء المعدة يتأخران عندما يكون الطعام غنياً بالدهون، وتكون القابلية متوسطة في حالة تناول المواد الكربوهيدراتية، وتكون عالية عند تناول المواد البروتينية، وعليه فإن الإحساس بالشبع يعتمد بشكل كبير على نسب هذه العناصر الغذائية في الوجبة المتناولة.

وبصفة عامة فإن عملية ضبط الشهية والشبع تتأثر بنوع الوجبة والطعام المتناول من يوم إلى آخر وفترة تناول الوجبة والتفاعلات الهرمونية الفسيولوجية. (مصيقر، 2007: 330).

إذا الإفراط الزائد في تناول الأغذية في مرحلة الطفولة يؤدي إلى زيادة الخلايا الدهنية، حيث يمكن أن يتحدد النسيج الدهني بطريقتين:

- زيادة عدد الخلايا الدهنية .

- زيادة حجم الخلايا الدهنية.

فالبدانة مرتبطة بتناول كمية كبيرة من الأطعمة والسكريات منها بشكل خاص، هذا يعني زيادة كميات الطاقة الواردة، الأمر الذي يؤدي إلى تخزين البروتينات، السكريات في الأنسجة وذلك ضمن عملية التمثيل الغذائي، وانطلاقاً من هذا المبدأ يرى بعض الأطباء بأن علاج البدانة يجب أن يتوجه للتقليل من رغبات المريض الغذائية ومن نهمة، ويختلف هؤلاء فيما بينهم حول طريقة تحقيق هذا الهدف العلاجي، فليجأ بعضهم إلى استعمال العقاقير المسماة بمضادات الشهية بالرغم من أثارها السلبية. (Anderson, 2004, p285)

في حين يرى قسم آخر من الأطباء أنه يمكن تخفيف من شهية البدين عن طريق إستهلاك الأطعمة المحتوية على الألياف الفقيرة بالمرودود الغذائي (Anderson, 2004, p285).

ومن هنا نتوصل إلى أن الإفراط في إستهلاك الطاقة، وأيضا نوعية الغذاء، يلعبان دورا هاما في حدوث البدانة.

4-3- العوامل البيئية: وزن الجسم محدد من قبل تفاعل حيوي معقد وعوامل بيئية، الجينات لا تستطيع توضيح أن الأشخاص الذين ينتمون إلى بيئات أقل بدانة تزداد بدانتهم عندما ينتقلون إلى بيئات تكثر فيه نسبة البدانة، التفسير لذلك زيادة البدانة بسبب البيئة الحديثة، إختيار الغذاء الغير صحي، إلى جانب غزو الأسواق بالأطعمة الجاهزة التي تشجع زيادة إستهلاك السعرات الحرارية، في المقابل ليس هناك أي نشاط طبيعي يقوم به المراهقون لحرق هذه السعرات على الرغم من توصيات الخبراء بالقيام بتمارين رياضية لمدة 30 يوما (thomas and kelly, 2007, p798).

إن المرء يتزايد إستهلاكه من الغذاء بتأثير واحد أو أكثر من العوامل التالية:

- العادات الغذائية المكتسبة من سلوك الوالدين.
- فقدان القدرة على السيطرة والتحكم ونقص العزيمة والإرادة والضعف أمام الإستجابة لإغراء تناول الطعام (سعيد عبد الله، 2005: 167)

إن الزيادة الهائلة في إنتشار البدانة خلال السنوات 20 الماضية هو تعبير عن تغيرات جذرية في المجتمع الحديث، لما يتوفر عليه من الأطعمة الغنية بالدهون والمستساغة جدا والمرتبطة بنمط الحياة والتي تزيد من السعرات الحرارية من الكربوهيدرات والبروتينات .

(consensus sur le traitement de l'obésité en suisse II, 2006, p15)

نستنتج من هذا بأن السلوك والتعلم وأنماط التغذية وتغيير البيئة التي يعيش فيها الشخص كلها عوامل تؤدي إلى البدانة .

4-4- الغدد والهرمونات: قد يكون وراء القليل جدا من حالات البدانة تتعلق بالغدد أو الهرمونات بنسبة تقل عن 1%، حيث ينخفض معدل الميتابولوزم القاعدي نتيجة نقص الإفراز (سيد يوسف، 2012: 4).

وإحدى هذه المشكلات المرضية هي "قصور الغدة الدرقية"، حيث لا تفرز القدر الكافي من هرمون "الثيروكسين" الذي يضبط معدل الأيض، ومن بين المتاعب الأخرى المتعلقة بالهرمونات والتي تسبب زيادة الوزن ما يعرف بمتلازمة "كوشينج"، هي حالة نادرة تحدث بسبب زيادة إفراز هرمون "الكورتيكوستيرويد" في الجسم وقد يتسبب في البدانة أيضا كل من الأنسولين الذي تفرزه البنكرياس، وعند حقن الجسم بالأنسولين يتزايد الإقبال على تناول الأغذية وذلك بسبب أن الأنسولين يعمل على تخفيض مستوى السكر في الدم، الأمر الذي يزيد من الإحساس بالجوع والرغبة في تناول أغذية بكميات أكبر، وكذلك هرمونات الهيبوتلاموس وهرمونات الغدة النخامية، وقد تؤثر الهرمونات الجنسية على البدانة، فعند البنات يتحدد مستوى دهون الجسم أثناء المراهقة بتوازن الهرمونات الجنسية الأنثوية، وتحدث التغيرات في الطاقة والرغبة في أنواع معينة من الطعام خلال مراحل متعددة من الدورة الشهرية. (سعيد عبد الله، 2005: 165).

توصل الباحثون في مجال الغدد والهرمونات إلى نتيجة مفادها بأن إنخفاض كمية الطاقة التي يستهلكها الجسم هي السبب الرئيسي المؤدي للإصابة بالبدانة، وقضى هؤلاء الباحثون سنوات عديدة في سبيل إثبات صحة فرضيتهم القائلة بأن إنخفاض الأيض الأساسي" الذي هو كمية الطاقة اللازمة للجسد كي يقوم بعملياته الحيوية التنفس، نبض القلب، حيث كلما زاد وزن الجسم زاد معه الأيض الأساسي، وفي الحالة الطبيعية هناك تعادل بين الطاقة الواردة والطاقة المستهلكة، واختلال هذا التوازن يؤدي إلى مظاهر عيادية مختلفة، فإذا زادت الكمية المستهلكة أدى إلى الهزال، أما إذا زادت الطاقة الواردة أدى ذلك إلى البدانة " الناجم أصلا عن كسل إفراز الغدة الدرقية هو المسؤول بشكل أساسي عن الإصابة بالبدانة، ويرى هؤلاء الأطباء بأن لا فائدة ترجى من تعاطي الحبوب المخفضة للشهية في علاج البدانة وذلك من خلال إعتمادهم على العقاقير المحتوية على الهرمونات الدرقية (WWW.ECHCONLINE.ORG)

لأن من شأن هذه الهرمونات أن ترفع الأيض الأساسي، فهي تزيد من استهلاك الجسم للطاقة الواردة إليه وهكذا تعالج البدانة، ومن أكثر حجج هؤلاء العلماء حجة العالم دافيدسون "DAVIDSON"، القائلة بأن الإنسان العادي يستهلك حوالي 12 طن من المواد الغذائية خلال 25 عاما ومع ذلك نلاحظ بأن وزنه لا يزيد بأكثر من كيلوغرام واحد فقط طيلة هذه المدة، ويخلص "دافيدسون" إلى نتيجة مفادها بأن الجسم يمتلك آليات فيزيولوجية معينة تقوم بتعديل إستهلاك الأطعمة تبعاً لحاجات الجسم من الطاقة، وبذلك تحافظ هذه الآليات على التوازن بين الطاقة الواردة وبين الطاقة المستهلكة، كما يرى "دافيدسون" بأن هذه الآليات الفيزيولوجية المعدلة هي ذات طبيعة عصبية هرمونية تتركز أساساً على المراكز العصبية الموجودة في ما تحت المهاد. (WWW.ECHCONLINE.ORG)

يتضح من ذلك أنه يوجد العديد من الهرمونات ذات تأثير قوي على عمليات التغذية والقدرة على المحافظة وثبات الوزن نذكر منها هرمون النمو الذي تفرزه الغدة النخامية، هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية، الهرمونات الجنسية وغيرها، وعند حدوث إختلال في واحد أو أكثر من هذه الهرمونات فإن ذلك يؤثر تأثيراً مباشراً في وزن الإنسان.

4-5- تقلص وإنعدام النشاط البدني: لم يكن الإنسان على مدى تاريخ البشرية أكثر خمولاً وأقل حركة مما أصبح عليه في السنوات الخمسين الأخيرة، إذ تزامن ضعف النشاط البدني مع تطور وسائل التقنية والرفاهية، التي أنعمت بها الإنسانية وبالذات في مجال الإتصالات والمواصلات، ومع ما ساهم به التقدم السريع للمجتمعات الحديثة من إيجابيات، إلا أن هذه الرفاهية والراحة أثرت في نمط الحياة اليومي للفرد سلباً وترتبت عليها عادات سيئة الكل يعيها: كسل-خمول مفرط- ألم في الظهر... الخ، وتدمير صحة الفرد على المدى البعيد مما أدى إلى تضخم المشكلات الصحية والنفسية على الفرد، ومن ثم المجتمع وإنتشار الأمراض التي نطلق عليها "أمراض العصر" أو أمراض نمط الحياة كالبدانة، الداء السكري وأمراض الشرايين، وهذه المشكلات تزداد إنتشاراً بطريقة تدعو إلى القلق ليس فقط لأنها تصيب نسبة عالية من الناس (مصطفى عمار، 2007 : 1)

بل لأنها أيضا بدأت تظهر في أعمار مبكرة من المفترض أن تكون هي السن الأكثر إنتاجية في عمر الإنسان، لقد أصبح قلة النشاط البدني مشكلة تتسارع في الإنتشار وخصوصا في المجتمعات التي تقدمت سريعا، حيث أصبح الإنسان معتمدا على الآلة، ونقص إعتماده على نشاطه البدني وبذلك فقد الإنسان إحدى أهم وظائفه ككائن ينتقل بجهد من مكان إلى آخر. (مصطفى عمار، 2007 : 1)

من الناحية المثالية يفترض أن يدوم النشاط الجسدي اليومي 30 دقيقة تقريبا، إذا كان معتدل الكثافة قصد حرق جيد للوحدات الحرارية، أما النشاطات الأقل كثافة فتحتاج إلى المزيد من الوقت حتى تفضي إلى النتائج نفسها.

لكن الواقع المعيشي والحركي يعكس وجود إجراءات تبعد كل أشكال التعب الجسدي عمدا من المهن وأنماط الحياة، مع مساهمة التقدم التكنولوجي في التقليل من النشاط الجسدي (خاصة في البلدان المتقدمة)، مما زاد من صعوبة حرق الوحدات الحرارية الفائضة، واللافت أن أصحاب الوزن الزائد يكونون عادة أقل نشاطا على الصعيد الجسدي من أصحاب الوزن العادي. (هنسورد، 2004 : 36)

وهذا ما ذهبت إليه الدراسة التي أجراها كل من لييمان Leibman وآخرون عام 2003، بدراسة هدفها تقويم العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم ومتغيرات نمط الحياة المتعلقة بالنشاط البدني والتغذية الصحية، من خلال دراسة مقطعية، وذلك باستخدام إستبيان تم توزيعه على 8487 شخص، وقد بلغت نسبة الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم أكثر من 25 كغ/م² 65%، أظهرت الدراسة ارتباطا سلبيا بين مؤشر كتلة الجسم وممارسة الأنشطة البدنية، وإرتباطا سلبيا بين مؤشر كتلة الجسم وتناول الأطعمة الغنية بالألياف. (محمد فاضل و غلوم العمادي، 2005 : 32)

والسبب كذلك يكمن عادة في الثقل الملقى على عاتق مفصلي الركبتين في وضعية الوقوف، مثلا قد يؤثر سلبا على نشاط ذلك الشخص، حيث تصبح حركات الركبتين محدودة كثيرا، أو بالتوازن يكون النشاط محدودا إجباريا، والذي يعطي فرصة الإقتصاد في الطاقة الحرارية وهذا ما يساعد على بقاء البدانة. (بوزيت، 1996 : 27).

فعلى سبيل المثال صدر في بداية عام 2000 في و.م.أ (كعادته كل 10 سنوات) التقرير الذي يحدد الأهداف الصحية لعام 2010 تحت مسمى "أناس أصحاء عام 2010"، ولقد جاءت الأهداف المرغوب تحقيقها في عام 2010 تحت 10 مؤشرات صحية ، وقد حل في المرتبة الأولى زيادة النشاط البدني لأفراد المجتمع الأمريكي، ثم ثانيا خفض نسبة السمنة لديهم، ولقد حددت الأهداف الصحية الوطنية الأمريكية في التقرير على خفض نسبة الخمول البدني لدى البالغين بما لا يزيد عن 20% بحلول عام 2010 ، كما حث التقرير إلى خفض نسبة الخمول البدني لدى البالغين بما لا يزيد عن 20% بحلول عام 2010، كما حث التقرير إلى خفض نسبة السمنة إلى 15 % بدلا مما عليه الآن وهو 23%. (هزاع: 4).

وفي محاولة لتفسير ذلك، قارن الباحثون العادات الغذائية ومستويات النشاط الحركي (الجسدي) وأحجام أجسام الصينيين الذين يعيشون في أمريكا الشمالية وولدوا في آسيا، لكنهم يعتمدون أنماط حياة مختلفة عن تلك التي يطبقها الصينيون الموجودون في آسيا، فالصينيون في آسيا يستهلكون وحدات حرارية أكثر مما يفعل الصينيون في أمريكا الشمالية، لكنهم يستمدون نسبة ضئيلة من وحداتهم الحرارية من الدهون مما يفضي إلى وزن أقل وجسم نحيل، والواقع يركز غذاؤهم مبدئيا على النباتات ويحصلون على 30 % من البروتينات من مصادر غير حيوانية كما أنهم ينفقون المزيد من الوقت في ممارسة نشاطات حيوية مثل الركوب على الدراجات الهوائية والمشي ويخصصون وقتا للجلوس أقل مما يفعل الصينيون.

في أمريكا الشمالية، هؤلاء الذين إزدادت ساعات جلوسهم كما يعتمدون على النظام الغذائي الأمريكي كلما مضى وقت أطول على وجودهم نتيجة ذلك تزداد عندهم حالات البدانة وزيادة الوزن عموما مع زيادة معدلات الأمراض المزمنة مثل: السرطانات والسكتة الدماغية (Anderson, 2004, p290).

في الماضي كان الأفراد نشيطين جسديا لأن العمل يتطلب جهدا عضليا أما التقدم الهائل في التكنولوجيا فيجب على الأفراد أن يجدوا وقت الفراغ ومصادر مالية للحفاظ على صحتهم، من خلال الإشتراك في النوادي أو شراء أجهزة لكي يكونوا نشيطين، إضافة إلى ذلك خطر الشوارع المزدهمة يثبطان من عزيمة المرور العادي، حيث مهما كانت المسافة

قصيرة فإنها تتم بالسيارة (Thomas and Kelly, 2007, p798).

والعاملان السابقان هما النظام الغذائي و قلة النشاط الحركي في إستمرارهما مع بعضهما البعض يؤديان إلى تأكيد البدانة. (Larousse Médicale,p695).

4-6- العوامل النفسية: إن بدايات البحث في هذا المجال كانت على يد العالم الكسندر "ALEXANDER" الذي عاد بالعادات الغذائية إلى المراحل الفمية والشرجية، حيث يرى بأن العوامل النفسية من شأنها أن تؤثر في التوازن الهرموني وبالتالي في إفراز الغدد، كذلك تؤثر في شهية الشخص وعلى كمية الطعام التي يتناولها، وترى كذلك أن البدانة مرض جسدي يعود في جذور نشأته لأسباب نفسية، وفي دراسة أجراها باحثو جامعة "مينيسوتا" كانت نتيجتها إعتراف 44 % من المفحوصين بأنهم يزيد إستهلاكهم للطعام لدى تعرضهم للإرهاق النفسي. (الركبان،2009: 75، 76)

حيث لاحظ الباحثون خلال مسح عام لألفي شخص أن 47 % من المراهقين التهموا الطعام بسبب الملل والكآبة وقد شعروا بالندم بعد الأكل وتمنوا لو كانوا نحفاء .

إذا يلعب العامل النفسي دورا كبيرا في التحكم في شهية الإنسان ووظائفه اليومية، وتؤثر العوامل النفسية بشكل مباشر على نوعية الأكل وكيفيته، فهناك كثير من الناس يأكلون بشراهة عند إحساسهم بالحزن أو الضجر أو الغضب.

كما وجد أن بعض الأشخاص البدنيين يعانون من النهم العصابي، فهم يأكلون كميات كبيرة جدا من الأطعمة الدسمة في وقت قصير، ثم يحاولون التخلص من الطعام عن طريق إحداث القيء أو القيام بالتمارين العنيفة للتخلص من الطاقة الزائدة، ويوجد في الدماغ مراكز مسؤولة عن الشهية والجوع والشبع وتنظيم الوزن، تعطي هذه المراكز الشعور بهذه الأحاسيس وتجعل الشخص يأكل الكمية الكافية لإمداد الجسم بطاقة تكفي لاحتياجه، وفي حين أن مراكز التغذية تجعل الشخص يقدم على الطعام، فإن مراكز الشبع تعمل على كبح أو إيقاف مراكز التغذية مما يجعل الشخص راغبا في التوقف عن تناول الطعام، وألية عمل مراكز التغذية معقدة جدا، وهناك عدة أسباب تساعد في إرباك عمل مراكز التغذية، ومنها الضغوط النفسية والعوامل الوراثية كما سبق، (الركبان،2009: 75، 76)

وهذه المراكز حساسة جدا بحيث أن أقل ضغط نفسي يمكن أن يحدث خلا عميقا في عملها وبالتالي يؤدي إلى زيادة مفرطة للوزن، كما أن البدانة قد تكون أحد الأعراض المهمة لبعض الأمراض النفسية وخاصة الإكتئاب، إذ قد يلجأ المصاب بمرض الإكتئاب إلى الفرار من مشكلته النفسية بتناول القدر الكبير من الطعام، بل إن أي حزن عميق، أو كآبة شديدة، أو حداد مؤلم، أو هموم طويلة أو إفراط في التفكير وغيرها من الضغوط النفسية يمكن أن تخل بتوازن الشهية مما يؤدي بالتالي إلى البدانة. (الركبان، 2009: 75، 76)

ووجدت دراسة أجراها "أندروهيل ANDROHIL" من جامعة "ليدز" أن 14 % من الأشخاص في عمر "13 و 18 عاما" يتعرضون للسخرية لكونهم بدناء، وذلك على الرغم من أن ما يقرب من نصف هؤلاء الأشخاص لم يكونوا مصابين بالبدانة من الوجهة الطبية، وقال أن كل هؤلاء الذين يتعرضون للسخرية يبدوا عليهم نقص تقدير الذات وعدم الرضا عن أجسادهم، كما يكونون أكثر عرضة لقلّة التحصيل الدراسي، وتتسم نظرتهم للعمل بالتدني ويعانون العزلة الإجتماعية، وقد أظهرت الأبحاث أن البدنيين يشعرون بإعاقة تفوق إعاقة من فقد أحد أطرافه مما يؤدي به إلى اضطراب عملية تناول الطعام. (سوليفان، 2005: 215)

من هنا نتوصل أنه ليس هناك خصائص نفسية (نموجية) لتفسير حدوث البدانة أو تأثيرها على سلوك الغذاء، فالبدانة آلية دفاعية ضد بعض الصدمات التي يتعرض لها الفرد في حياته.

فقد وجدت إحدى الدراسات في عام 2001 أن الأطفال أقل من خمسة أعوام ممن يعانون البدانة تتكون لديهم صورة سلبية للذات بينما يظهر المراهقون من المصابين بالبدانة درجات من التدني فيما يتعلق بتقدير ذواتهم المصحوب بالحزن والوحدة والعصبية والسلوكيات الخطرة. ولكن ماهي العوامل النفسية التي قد تؤدي في المرتبة الأولى لحدوث البدانة؟: (سوليفان، 2005: 72، 73)

- استخدام الطعام لإرضاء الإنفعالات: قد يتسبب الآباء الذين يستخدمون الطعام لإرضاء حاجات أطفالهم الوجدانية أو لتعزيز السلوك الطيب لديهم في البدانة، فقد يتشكل للطعام دلالات نفسية إذا ما أستخدم لإسعاد الطفل أو مكافأته، وقد يتجهون لتناول الأطعمة حتى تمنحهم شعورا أفضل إذا ما واجهتهم التعاسة أو المعاناة خلال نموهم، ويصعب تغيير هذا النوع من العادات وربما يسبب هذا خروج الوزن عن نطاق التحكم، فإذا ما طلب منك شخص أن يتناول الطعام عندما تكون حالته الوجدانية منخفضة أو خلال فترات الضغط أو عندما يكون تعيسا فهو إذا يأكل للهروب من المشاكل وليس لإرضاء جوعه.

(سوليفان، 2005: 72، 73)

بعض الدراسات أثبتت أن البدانة ترجع إلى سبب نفسي إذ أن مركز الإنفعالات داخل الدماغ يجاور مركز الشبع والجوع، فعندما يصاب بعض الأفراد بالقلق والإضطرابات والإنفعالات الشديدة قد يؤثر على مركز الشبع، فيصبح الإنسان مستمرا بالأكل بشراهة فيزداد وزنه فيصاب بالبدانة وقد يحدث العكس أن هذه الإنفعالات تؤثر على مركز الجوع ويشعر الفرد أنه ليس بحاجة إلى الطعام ويزداد نحافة. (منسي، 1988: 54، 53).

- الوحدة: بسبب تغيير هيكل الأسر والوظائف خلال العقدين الماضيين، يعيش المراهقون حياة أسرية متفسخة وتقل لديهم الأوقات ذات القيمة مع والديهم، ومقارنة بالأجيال السابقة يزيد عدد الشباب الذين يعيشون في كنف المطلقات أو أحد الأبوين دون الآخر في الوقت الحاضر، كما يقل عدد أقاربهم أو تعمل أمهاتهم، أو يقضون أوقات فراغهم وحدهم بالمنزل، ولقد أثرت ظاهرة مفتاح لكل فرد على النمو النفسي لدى المراهقين تأثيرا سلبيا، وعلى طريقة تناول الطعام، والنشاط البدني، وزيادة الوزن، فالكثير من المراهقين يأكلون أمام التلفاز وغالبا يفعلون ذلك حينما يكونون بمفردهم دون شريك، ودون التفاعل مع الآباء فلا عجب في تعرض المراهقين الذين يعانون من الوحدة والإهمال والإحباط لخطر الإصابة بالبدانة. (سوليفان، 2005: 75).

- الإكتئاب: يعد الإكتئاب مشكلة متزايدة الخطورة، تتأثر صورة الذات بشكل كبير خلال نوبة الإكتئاب ويفقد المراهقون الإهتمام والعناية بأنفسهم، وقد تتكون لديهم صورة سيئة عن أجسادهم، ويعتبر الإفراط في تناول الطعام كعلاج لحالتهم، وتعتبر اللامبالاة من أهم ما يميز حالات الإكتئاب، وتتمثل المشكلة في أن الإكتئاب حتى -قصير المدى- قد يؤدي إلى البدانة .

قد أشارت دراستان كبيرتان إلى أن من العوامل التي تنبئ بحدوث البدانة هي الإكتئاب، إهمال الآباء والفقر والضغط النفسي.

يوصف الإكتئاب بأنه مرض يصيب كامل الجسد لأنه لا يشتمل فقط على تغيير المزاج، ولكن تغيير كل جوانب حياة المراهق، حيث يؤثر أيضا في القدرة على التفكير والتركيز والتذكر والفشل الدراسي، وهو يعتبر شعور طويل الأمد بالتعاسة والكآبة، ويزيد هذا الشعور غالبا مع وجود حدث مثل موت عزيز أو انفصال الأبوين، ويعاني العديد من المراهقين من الإكتئاب الذي قد يكون نتيجة إضطراب الهرمونات.

خلاصة القول إن هناك رابطة قوية بين الإكتئاب والبدانة، ووفقا لدراسة أجريت عام 2003 شملت مايقرب 5000 مراهق، فقد وجد أن 30 % من الفتيات، وحوالي 25 % من هؤلاء قد تعرضوا بشكل مستمر للسخرية من أقرانهم بسبب أوزانهم، حيث يتعرض 28 % منهم لسخرية باقي أفراد الأسرة هذا فيما يخص الفتيات، بينما يعاني 16 % من الذكور من هذا الأمر، وقال الباحثون أن نتائج هذا العذاب هو الإكتئاب والتفكير في الانتحار.

- الضغط النفسي: يعرف الضغط بشكل تقليدي على حسب أسبابه، إذا كان داخليا أو خارجيا، وتشتمل مصادر الضغط الداخلية على الشعور بالألم والجوع والحساسية إتجاه الضوضاء وتغيير درجة الحرارة والإزدحام والإعياء، بينما تشتمل مصادر الضغط الخارجية على الانفصال عن الأسرة والتعرض للخلافات والصراعات بين الأشخاص، والتعرض للعنف وإيذاء الآخرين وفقدان شيء أو شخص مهم أو أي من ممتلكاته، إلا أن معظم الدراسات قد ركزت على عوامل منفردة مثل الفشل والعنف والتغيير (سوليفان، 2005: 75، 81، 213).

ويعتبر الضغط من العوامل التي تهدد بقوة إلى الإصابة بالبدانة، فمعظم الأشخاص يأكلون للحد من مشاعر القلق والكرب وخصوصا حينما لا يفهمون ما ينتابهم من المشاعر وكيفية التعامل معها، أضف إلى ذلك ما خلص إليه بحث جديد حيث افترض أن هناك رابطة بيولوجية بين الضغط والرغبة في الأكل (سوليفان، 2005: 75، 81، 213).

في دراسة قام بها كل من إيمان محمد فاضل وأحمد غلوم العمادي 2005 على عينة متكونة من 600 طالب وطالبة، وذلك باستخدام إستبيان مكون من 25 سؤال، وكان هدف الدراسة هو معرفة العلاقة بين الضغط النفسي والبدانة وبين النشاط البدني والبدانة، فتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط سلبي بين الممارسات البدنية والبدانة وإرتباط إيجابي بين الضغط النفسي والبدانة. (محمد فاضل وغلوم العمادي، 2005: 29، 57)

أما نظرية التحليل النفسي فتري أن البدانة ترجع إلى واحد من العوامل النفسية التالية:

- المعاناة من النقص في الإشباع الفمي.
- إستعمال الطعام تعويضا عن الحرمان من العطف والحب والحنان.
- عجز في القدرة على التحكم والضبط.
- المعاناة من الضغوط.
- المعاناة من الإكتئاب.

وبالنسبة لفرض نقص الإشباع ألفمي، فيرجع هذا الفرض إلى **سيجموند فرويد** في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث إفترض فرويد أن عدم إشباع الحاجة إلى الإمتصاص، من خلال الثدي الطبيعي أو الزجاجية، هذا النقص في الطفولة يقود إلى سعي الفرد في مرحلة الرشد للبحث عن الإشباع الفمي مرة أخرى كتعويض لما فاتته من لذة الإمتصاص، التي تختلف عن مجرد ملء البطن بالطعام أو الحليب رغبة ملحة وقهرية لوضع الطعام في الفم وإستدرار اللذة من خلال الفم، كذلك تفسر البدانة بالجوع إلى تناول الطعام كنوع من التعويض عن الحرمان من العطف.

بعض الآباء الذين يعجزون عن تقديم العطف اللازم لأبنائهم يقدمون لهم بدلا من ذلك الأطعمة بدلا من الحب، وكذلك فإن الراشد الكبير الذي يعجز عن إعطاء الحب واستقباله قد يستبدله بالطعام، وقد يجد سلوكه في تناول المزيد من الطعام (العيسوي، 2005: 75، 76)

ينظر هؤلاء الناس إلى أنفسهم على أنهم محرمون من الحب، ولذلك يلجأون إلى الطعام كنوع من التعويض، وإذا شعر الشخص أنه فقد شيئاً من وزنه فإنه يشعر أنه فقد شيئاً من الحب، ولذلك يعود إلى التهام الطعام ثانية، أما العجز عن الضبط والتحكم فهو عبارة عن عجز الفرد عن التحكم في الرغبة في تناول الطعام، ومؤدى ذلك أن هناك عوامل شخصية تكمن وراء البدانة، لأن هذا التحكم قد يكون عاماً ينطبق على كل أنواع السلوك وليس سلوك تناول الطعام فقط، وقد يكون هذا هو الحال مع البدينين الذين يأكلون كل شيء يحبونه دون النظر إلى عواقب الأمور.

وكان هناك رأى يقول أن الأشخاص سوف يأكلون أكثر عندما يقدم لهم طعام جذاب، وإذا صادف ذلك أيضاً ضعف في الشخصية يتمثل في ضعف القدرة على السيطرة والتحكم، فإن النتيجة هي البدانة.

يقول بعض علماء النفس أن المعاناة من الضغوط، أو من الإكتئاب قد تدفع الإنسان لتناول المزيد من الطعام، وخاصة الأطعمة الحلوة والتي يطلق عليها البعض اسم أطعمة (الراحة)، ولذلك قد يأكل الفرد كثيراً، ومن ثم يزيد وزنه، ولقد افترض البعض أن الناس في أوقات الإكتئاب يهتمون بالإهتمام بمظهرهم وشكلهم، وقد تكون هذه الحالة شعورية أو لاشعورية، ولكن هناك ملاحظات عكس هذا الإتجاه، وهي أن من يصابون بالإكتئاب يفقدون الوزن، ويفقدون شهية الطعام، والإهتمام به سواء أكان الطعام بديلاً عن الحب أو كان للمحافظة على النفس أو على الحياة، وقد لا تتأثر الشهية إطلاقاً بحالة الإكتئاب، بل أن الإكتئاب قد يكون ناتجاً عن البدانة وليس سبباً لها، لذلك يبدو أن البدانة وكذلك الدافع نحو تناول الطعام ظواهر متعددة الأسباب، حيث تتضافر مجموعة من العوامل الجسمية والنفسية والاجتماعية في نشأتها (العيسوي، 2005: 75، 76)

وهناك بعض العوامل المؤدية للبدانة وتؤثر فيها بشكل ثانوي منها:

- **عامل الجنس:** هناك تباين بين الذكور والإناث حيث أن الإناث تكن أكثر عرضة للبدانة من الذكور، فمعدل التمثيل الغذائي وبالتالي حرق السعيرات أثناء الراحة أعلى منه لدى الذكور عن الإناث، ولذا يحتاج الذكور كمية سرعات أكثر للمحافظة على الوزن، مع الأخذ بعين الاعتبار العوامل الاجتماعية، مثل زيادة نشاط وحركة الرجل عن المرأة.

- عامل السن: حيث أنه مع تقدم العمر هناك إبطاء في التمثيل الغذائي، ونقص إحتياج الجسم للسعرات الحرارية للمحافظة على الوزن، مما يؤدي إلى البدانة مع الإلتزام بنفس كميات الأكل والنشاط البدني.

-الأدوية: بعض العقاقير والأدوية مثل الكورتيزون ومضادات الإكتئاب وبعض الهرمونات وموانع الحمل قد تؤدي إلى حدوث البدانة .

-المراهقة: في هذه المرحلة يستهلك الشخص الكثير من الأغذية التي تحتوي على السعرات الحرارية الكبيرة مثل الحلويات، المشروبات التي تخل بالنظام الغذائي، هذا يؤدي إلى البدانة إذا لم يمارس الشخص الرياضة.(L'ENCYCLOPEDIE DE LA SANTE 1996, P82)

5- تحليل شخصية البدين: إذا كنا في مجال مناقشة البدانة من الوجهة النفسية، فلا بد لنا من تناول شخصية البدين في ضوء التحليل النفسي، وفي هذا التحليل نركز على البدين الذي أصيب بالبدانة قبل بلوغه سن العشرين، خلال الدراسات التي أجريت على البدين توصلوا إلى أن هناك العديد من القواسم المشتركة بين مختلف الشخصيات التي تعاني البدانة وأبرزها:

1- إدمان الطعام: إن البدين ينظر للطعام على أنه موضوع مغر، جذاب لا يقاوم ولكنه مخيف في الوقت ذاته وهذا بغض النظر عن أنواع الأطعمة الذي يدمنونها، وهذا المشهد يمثل الغذاء بطريقة ساحرة وفاتنة ولكن أيضا فاحشة في ذات الوقت، وذلك بحيث يتركز تفكير الفرد وإهتمامه على الغذاء ولا شيء غير الغذاء، فالبدين يحس بأن في جسمه فراغ لا بد من سده حتى ولو أزعجه ذلك، بل وأحيانا يجعله يقرف من نفسه إلا أنه يحس بنقص لا يمكن إحتماله ولا يعوض إلا من خلال الطعام، فالبدين يحس أيضا بأن هذا الشيء (الطعام) السحري هو الوحيد القادر على تخليصه من قلقه النفسي وتعويض شعوره بالفراغ في الوقت ذاته

(WWW.Q8MANAR.COM)

ومن هنا ينشأ هذا التعلق بالطعام ذلك الشيء المحبوب والمكروه في آن معا (ثنائية العواطف) تدفع بالبدین إلى الحالة التي نسميها بإدمان الطعام، فالبدین يحقق كفاية نرجسية من خلال الأكل ولكن هذه الكفاية لا تلبث أن تتحول إلى جرح نرجسي لمجرد رؤية صورته في المرأة، على أن مادة الإدمان هنا سهلة ومتوفرة إذ تكفي بعض النقود لشرائها، وهو قد يقوم بهذا العمل (إلتهامها) بشراهة أو بتردد، بحب أو بكره، بقرف أو باشتهاء ولكنه في النهاية يلتهمها.

مما تقدم نستطيع أن نقول بأن هؤلاء المرضى هم في الواقع مدمنون- مدمنون- طعام فالعلاقة المشروحة أعلاه هي علاقة إدمانية تمثل نكوصا طفولا نحو الغذاء، ومدمن الطعام يلجأ له ويياشر تناول طعامه كلما وجد نفسه أمام ضغوطات نفسية، صراعات، نزوات داخلية، عوامل ضغط خارجية، إذ إن البدین أمام هذه الأوضاع يحس بحاجة لتعويض فوري، والطعام بالنسبة إليه هو أسهل التعويضات وأقربها لمتناول يده.

ولو أردنا مناقشة ظاهرة إدمان الطعام من وجهة نظر طبية لوجدنا أن السلوك الغذائي لهؤلاء المرضى يخضع لرقابة عصبية آلية من قبل المراكز العصبية اللحائية المسؤولة أساسا عن الأعمال الإرادية، وهذه الرقابة إنما تتم عن طريق الناقلات العصبية، ولكننا نود أن نذكر في هذا المجال بأن الجسم الإنساني وإن كان يخضع لرقابة عصبية في تحديد وزنه إلا أنه قادر في الوقت ذاته على التكليف مع زيادة أو نقصان الشحم في جسمه ضمن حدود معينة وهذه الحدود تحددها الوراثة لوحدها، وعند هؤلاء المرضى المصابين بالبدانة تكون الرقابة العصبية لسلوكهم الغذائي هي رقابة معطلة أو على الأقل فهي مشوشة وهم يبدون بالفعل وكأنهم لا يستطيعون التحكم بما يدخل أجسامهم.

2-الإرادة المسلوقة: إن حديثنا عن إدمان الطعام يفسر وجها من وجوه فقدان البدین لسيطرته على نفسه أمام الطعام الذي يسلب إرادته، ومن ناحية التحليل النفسي فإن المسبب الرئيسي في ذلك هو "الأم"، إن البدین يسقط بدانته على أمه وإحساس البدین بملكية أمه له، هي التي تسلبه إرادته، إن التحليل النفسي إنطلاقا من تحديده للنرجسية الأولية والنرجسية الثانوية يرى بأن الطفل عندما يولد لا يملك القدرة على تأمين إستمرارية حياته، وهو يتبع أمه أو من يقوم بدورها لتأمين هذه الإستمرارية. (WWW.Q8MANAR.COM)

وفي هذه المرحلة يدرك الطفل المفهوم التشريحي لجسده وهذا ما يسميه المحللون بالجسم الأول، و الجسم الأول هو الجسم ذو الحاجات، أي أنه الجسم الفيزيولوجي، وبعد تأمين هذه الحاجات يبدأ الجسم الثاني أو الجسم الشهواني بالظهور الذي يسيطر على الجسم الأول، والطفل يحس بملكية أمه له سواء في جسمه الأول الذي تؤمن الأم استمرار يته أو في الجسم الثاني، حيث تؤمن الأم للطفل كفايته العلمية وخاصة خلال المرحلة الفمية وهذا ما أدى بالمحللين إلى استعمال صفة "الفائقة القوة للأم في هذه المرحلة LA MERE "

TOUTE PUISSANTE

3- الطعام كعامل تعويضي: كما رأينا أثناء تعرضنا لدور الأم في إحداث اضطرابات السلوك الغذائي لدى طفلها، فإن الأم عندما لا تستجيب لحاجات طفلها بشكل ينسجم مع هذه الحاجات فإن الأم تضع طفلها أمام خيارين.

فهو إما يرضيها بقبوله الطعام الذي تقدمه له وإن كان لا يعجبه، وهذا ما يحدث عادة في حال وجود رغبة لدى الأم في تذويب طفلها.

أما الخيار الثاني فهو طبعا إمتناع الطفل عن تناول هذا الغذاء لأنه لا يعجبه وبهذا يمارس هذا الطفل أولى مظاهر تمرده، ففي الحالة الأولى يتحول الطفل إلى البدانة التي تكرسها العلاقة الذوبانية مع الأم، أما في الحالة الثانية فإن الطفل يتحول إلى الهزال، وهكذا نلاحظ بأن الطعام عند البدين هو دعوة للأم لتظهر عطفها ولتذوبه فيها وهو يلجأ له كعامل تعويضي كلما أحس بحاجة للأمن العاطفي وللدعم المعنوي.

4- الطفل -القضيبي: إن عملية الولادة تترك للأم شعورا بالفراغ في بطنها، والأم وإن تظهر ردة فعل نفسية ظاهرة عقب الولادة، إلا أن غالبية الأمهات اللواتي وضعن حديثا يعشن هواما يختلف حدة من حالة لأخرى، ليأخذ طابعاً ذهانياً في بعض الحالات، مفاده بأن الطفل لا يزال داخل بطنهن، حتى أن بعضهن يعشن هذا الهوام لفترة طويلة، فهن وإن رأين الطفل ينمو أمامهن إلا أنهن يرفضن أن يقطعن الحبل المشيمي بمعنى أنهن يتابعن إقتراضهن بأن هذا الطفل يرتبط بهن من خلال حبل مشيمي -نفسى وهمي بالطبع.

(WWW.Q8MANAR.COM)

وانطلاقاً من عقدة غياب القضيب، فإن هؤلاء الأمهات يعاملن الطفل وكأنه قطعة مفقودة من جسدهن تماماً كإحساسهن بفقدان القضيب، وهكذا فإن هذه الأم تعتبر طفلها بمثابة قضيب ويزداد هذا الاعتبار عندما يكون الطفل ذكراً، وهذا الاعتبار يدفع المرأة لرفض الوظيفة الأبوية لأنها تريد أن يكون هذا الطفل ملكاً خاصاً لها لا ينافسها أحد في هذه الملكية، وهي إما أن تعرض طفلها وكأنه قطعة رائعة وإما أن تخبئه وتخفيه، ولكن غالباً ما تتراوح تصرفات الأم بين الموقفين، وهذا ما يوضح الإرادة المسلوقة التي شرحناها، هذا ما يجعل غالبية البدناء يدركون دور أمهم وإن كانوا لا يستطيعون تفسير تفاصيل هذا الدور ويسقطون بدانتهم عليها.

5- غياب الهوية الذاتية: مما تقدم توصلنا بأن البدين يعيش إحساساً بإحياء من أمه مفاده بأنه لم يغادر قط بطن أمه، وبالتعبير التحليلي فهو يحس بأنه زائدة قضيبية

"appendice phallique" لأمه، وفي مرحلة المراهقة حيث تبتدأ النرجسية فإن البدين يصبح تواقاً لممارسة غرائزه الذاتية، وفي هذه المرحلة فإن المراهق الذكر يحصل على إستقلالته بسهولة أكبر من الفتاة، لأن ممارسة الشاب لغرائزه هي أكثر سهولة من ممارسة الفتاة لغرائزها، وعندما تجد الفتاة عقبات تمنعها من ممارسة هذه الغرائز فإنها تصب كل إهتمامها على غريزة التغذية فتجد فيها تعويضا نرجسياً، وصعوبة ممارسة الفتاة لغرائزها هو السبب في أن النساء هن غالبية في الإصابة بمرض البدانة.

وهكذا فإن الطعام بعد أن كان في البداية تأمين استمرارية الحياة تحول إلى لذة غلمية في فترة الرضاعة للمرحلة الفمية، فإلى رغبة في إرضاء الأم وتجنب غضبها أثناء المرحلة الشرجية، ومن ثم تحول الطعام كما رأينا إلى عامل تعويضي لفقدان الشعور بالأمان أثناء المرحلة الأوديبيية، وهاهو يتحول أخيراً أثناء المراهقة إلى متنفس للتعويض عن الحرمان من ممارسة الغرائز وعن الكبت. (WWW.Q8MANAR.COM)

6- العلاقة الذوبانية : لقد إتضحت هذه العلاقة من خلال ما تناولناه سابقا، فالطفل يستجيب لأمنية أمه بالإحتفاظ به في بطنها من خلال رغبته في الذوبان في هذه الأم، والبدن يتمنى لو أنه لم يولد ولم يترك بطن أمه الرائعة، ويتمنى لو أنه عاش في جسدها وتنعم بداخله إلى الأبد، على أن ثنائية العواطف لدى البدن تدفعه إلى الخوف من أمه، الهرب منها، كرهها ومحاولة التملص منها وما إلى ذلك، إلا أنه يدرك بأن تحقيق رغبته بالذوبان في أمه إنما يعني موت رغبته، موت شهواته وجنونه وهذه المخاطر الثلاث هي أكبر وأصعب مخاوف الإنسان.

وهكذا نصل إلى نتيجة مفادها، بأن رغبة البدن بالذوبان في أمه إنما تقف عند حدود معينة، فهو يدرك بأنه ليس كلية ملك لأمه، ووالدة البدن تستخدم إبنها البدينة كتوظيف، ولكن لهذه الأم توظيفات شهوانية أخرى من فنية وأدبية ودينية وغيرها، وعندما تعي البدينة إنشغال أمها بهذه التوظيفات فهي تدرك إستحالة أن تكون أمها لها لوحدها، مما يتسبب في إحباطها، ومن خلال هذا الإحباط تبدأ مشاعرها بالنقص.

وإذا كان الهزيل يرفض الطعام إصرارا منه على التحرر من الذوبانية والهرب من إستحواذ الأم، فإن البدينة تقبل على الطعام وتبالغ فيه رغبة منها في تأكيد رغبته الذوبانية، فعن طريق الطعام تحس البدينة بأنها تتقرب من أمها وتستعيد في ذاكرتها المرات الأولى لشعورها بالكفاية عن طريق ثدي الأم.

من خلال هذا المنحى التحليلي فإن الإفراط في الطعام قد يكون دفاعا تمارسه البدينة أمام الموت، ورغبتها فيه وصولا للذوبان في أمها، والعودة إلى الفردوس المفقود بتعبير المحللين النفسانيين، ففي هذه الحالة فإن كل لقمة تلتهمها البدينة إنما تكون بديلة لرغبتها في الموت، مع إحتفاظ هذا البديل "الطعام" بطبيعته كواحد من أنواع التدمير الذاتي الذي تمارسه البدينة نحو نفسها. (WWW.Q8MANAR.COM)

7-الطعام بوصفه كفاية نرجسية: ولالتهام الطعام لذة أخرى فالأكل الذي تتناوله البدنية خلصة إنما يشعرها بانفصالها عن أمها، ثورتها عليها وتأكيدا على إستقلاليتها، وثنائية العواطف هذه هي التي تجعل من الطعام حلا هروبيا من العقدة الذوبانية، ومن فكرة الموت المرافقة لها، فالطعام هو شيء يمكن للبدنية إمتلاكه والتمتع به بمعزل عن الآخرين، والطعام بهذا يختلف عن الأم التي لا يمكن للبدنية إمتلاكها بسبب إهتمام الأم بتوظيفات أخرى غير إبنتها البدنية، هكذا يتحول الطعام في النهاية إلى كفاية نرجسية تؤمن للبدن نشوة ذاتية لا تحتاج إلى موضوع، إذ أن البدنية في وجود الطعام تستطيع أن تقول لنفسها: "أنا لا أحتاج إلى آخر، وحتى أنت يا أمي فأنا لا أحتاجك فقد وجدت بديلا عنك لا يسبب لي الإحباط الذي تسببه لي أنت من خلال انشغالك عني بأمور أخرى"، على أن العزلة المرافقة للبدنية إنما تشكل ملاذا للبدنية تهرب إليها من العالم الخارجي. (WWW.Q8MANAR.COM).

6- نمط شخصية البدن: لقد حاول بعض العلماء أمثال "جوردن البورت" GORDON ALLPORT، "شلدون" HELDON، "ابراهيم ماسلو" ABRAHAM MASLOW الربط بين نمط البدانة ونمط الشخصية، إن مريض البدانة يتصف بالسمات الشخصية التالية:

-**المزاج الدوري:** وهي شخصية متفتحة على العالم إجتماعية، تحب الناس مرحة ولكنها لا تطيق الحياة بمفردها، وتنجح في المجالات الإجتماعية ولكنها في الوقت ذاته تصاب بنوبة كآبة وحالة هبوط عام في الروح المعنوية وميل شديد إلى العزلة والانطواء، ثم تعود ثانية للمرح والانطلاق.

* فنحن إذا راقبنا مريض البدانة لرأيناه يأكل عندما يفرح، عندما يحزن، عندما يضطرب وعندما يهدأ، وباختصار شديد فإن البدن يستجيب لكافة المثيرات الإجتماعية والنفسية بالأكل.

- قلة الحركة والنشاط.

- قلق وتوترات نتيجة الإهمال والحرمان. (الزراد، 2000: 233)

- يوجه عدوانيته نحو ذاته، فنجدته يسرف في طعامه حتى يصاب بالبدانة. (الزراد، 2000: 233)

وقد بينت بلانت ورودين Plante et Rodin بأن الوجدان السلبي والإنبساطية والعجز عن ضبط الإنذفاعات، تعد جميعا من العوامل التي ساد الاعتقاد بأنها من مكونات الشخصية القابلة للسمنة مع أن هذه المظاهر قد تكون من نتائج السمنة، وليس من مسبباتها. ومع ذلك فقد يكون هناك بعض الفروقات الفردية مثل: الاختلافات في زيادة القابلية للإستثارة لدى التعرض لقرائن الطعام التي يمكن أن تتدخل في تطوير بعض أنماط من السمنة، فعلى سبيل المثال ، إن من يعانون من السمنة، والأشخاص الذين يتبعون نظام حمية معين، ربما يحتاجون إلى معلومات خارجية لكي يقرروا ما هي المأكولات المناسبة لهم، نظرا لأن العوامل الداخلية التي تنظم سلوكهم في الإقبال على تناول الطعام، كالجوع مثلا الذي يعد بمثابة قرينة داخلية تنظم الإقبال على تناول الطعام، لا تقدم التوجيهات المناسبة، ووفقا لهذا التحليل تصبح الإنبساطية من نتائج السمنة ونظام التغذية المتبع، بدلا من أن تكون سببا لهما (تايلور، 2008: 242).

7- فعالية الذات وخفض الوزن: تعد البدانة أو السمنة مصدرا للعديد من المشكلات الصحية الخطيرة التي قد تعرض حياة الإنسان لخطر الموت، حيث تتسبب في إصابة الإنسان بالعديد من الأمراض المزمنة كالسكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب ، وفي هذا الصدد أثبتت الدراسات العلمية الحديثة أن المصابين بالسمنة يكونون أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بمرض الشريان التاجي للقلب، وعليه أكد اخصائيو الصحة العامة على الحاجة إلى الكشف المبكر عن حالات البدانة وعلاجها، ووفقا لذلك أجريت عدة دراسات للكشف عن العلاقة بين فاعلية الذات وخفض الوزن، وتشير الدراسات في هذا الصدد إلى الدور الهام الذي تلعبه توقعات فعالية الفرد (في شأن ضبط وزنه) في خفض وزنه، وعليه توصلت دراسة عرضية أجراها كل من شامبليس وماري في امريكا (Chambliss and Murray, 1997) على مجموعتين من المرضى المصابين بالبدانة، حيث قارنا من خلالها المجموعة التجريبية التي تلقت علاجاً مدعماً بفاعلية الذات والمجموعة الضابطة التي تلقت العلاج نفسه دون فاعلية الذات، توصلت الدراسة إلى أن مجموعة فاعلية الذات حققت إنخفاضا أكبر في الوزن من المجموعة الضابطة. (يخلف، 2001: 112).

ولعل أقوى دليل على أهمية فاعلية الذات في خفض الوزن، قدمته الدراسات الطولية العديدة التي أجريت في هذا السياق، وأسفرت على نتائج تؤكد القيمة التنبئية لفاعلية الذات، بمعنى أن إرتفاع توقعات الفاعلية في شأن القدرة على خفض الوزن قبل أو أثناء العلاج، يحقق فوائد كبيرة للفرد منها خفض الفعلي للوزن، والمحافظة على خفض الوزن. (يخلف، 2001 : 112).

8- البدانة والصحة:

كان من المعتقدات السائدة قديماً أن البدانة من علامات الصحة والعافية، ومظهر من مظاهر الفتوة، ويظهر أن ذلك كان نتيجة لما يعانيه المجتمع آنذاك من فقر وضعف وقلة تغذية، أما اليوم ومع إنتشار الخيرات وتنوع المأكولات فقد أصبحت البدانة داء يجب الحذر منها، وبذل الجهد للوقاية من حدوثها، وعلاج من يعانون من آثارها.

8-1- الآثار الصحية للبدانة:

إن البدانة ليست مشكلة جمالية أو نفسية فقط، وإنما هي مشكلة صحية بكل ما تحمله هذه الكلمة من معنى، فالأشخاص الذين يحملون حوالي 20 % من وزنهم زيادة على الوزن الطبيعي يكونون أكثر عرضة لكثير من المشكلات الصحية، ومنها الموت المبكر بنسبة تساوي ضعف غيرهم من الأشخاص ذوي الأوزان الطبيعية وتظهر على شكل:

8-1-1- السرطان: أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين البدانة والسرطان وذلك بسبب زيادة الدهون في الجسم، حيث ترتبط بشكل كبير بالوفاة بسرطان الرئة-القولون المستقيم-الكبد-البنكرياس وكذلك سرطان الكلى. (CALLE ET COLL, 2005, P10)

خلصت دراسة في عام 2003 إلى أنه كلما زاد وزن الشخص، زادت فرص تعرضه للإصابة بالعديد من أنواع السرطانات، فالدراسة التي قامت بها جمعية السرطان الأمريكية على 900000 من الأفراد فوق سن السادسة عشر، خلصت إلى أن زيادة الوزن يمكن اعتبارها عاملاً متسبباً في 20 % من الوفيات بسبب السرطان في النساء و14 % في الرجال، وقد ظهر ثمة ارتباط بين العديد من الأورام السرطانية بما فيها أورام المعدة وعنق الرحم وبين البدانة (سوليفان، 2005: 8).

فالدّهون ترفع كمية الأستروجين في الدم، مما يزيد من أخطار الإصابة بسرطانات الجهاز التناسلي، وخلصت نفس الدراسة إلى أن البدانة تتصل بشكل مباشر بسرطانات البنكرياس والكبد والمعدة. (سوليفان، 2005: 8).

8-1-2- داء السكري: يلزم داء السكري "النوع الثاني" عادة البدانة لدى البالغين ومن ثم يشار له غالبا بالسكري المهاجم للكبار، والنوع الثاني من داء السكري هو مرض ممتد مدى الحياة "مزمن" حيث يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين الكافي أو تصبح أنسجة الجسم مقاومة للأنسولين، وهذا الأخير ضروري بشكل أساسي للجسم من أجل توظيف وتخزين الطاقة ويقوم بذلك من خلال التحكم بمستوى السكر في الدم، وحينما تفشل هذه الآلية بسبب عدم وجود أنسولين كاف أو عدم استخدامه بشكل مناسب فإن مستوى السكر في الدم يجب أن يتم التحكم فيه من خلال النظام الغذائي وبعدها تبدأ أعراض هذا المرض في الظهور، وفي حالة عدم التحكم في المرض فقد يضر بالعين والقلب والكليتين والأوعية الدموية والأعصاب. (الهزاع، 2007: 3)

وقد أجريت دراسة طويلة على 51 من المرضى الكنديين، في سن 17 سنة إلى 33 سنة، ممن أصيبوا بالنوع الثاني من داء السكري، وتم تشخيص حالاتهم في سن 17، وقد خلصت هذه الدراسة أن نسبة منهم قد ماتوا بسبب أمراض تتعلق بالسكري، وآخرون أصيبوا بالعمى في سن 20، وتم بتر إصبع قدم آخرين منهم، كما أنه في 56 حالة حمل على مدى الدراسة إنتهت 35 حالة فقط بمواليد أحياء.

في منطقة الخليج يستدل من دراسة وطنية أجريت مؤخرا في دولة الإمارات على 6609 فرد في عمر 18 سنة، أن نسبة إنتشار مرض السكري من النوع الثاني تبلغ 19.6 %، كما يوجد 15.2 % من أفراد المجتمع لديهم إعتلالات في إستقلاب السكر، وهذا راجع إلى السعرات الحرارية التي يستهلكها الفرد يوميا، حيث كانت النتيجة الطبيعية لهذا التغيير إرتفاع معدلات البدانة (الهزاع، 2007: 3)

تعتبر وجبة الفطور من الوجبات الهامة، وقد أوضحت العديد من الدراسات أن الأشخاص الذين لا يتناولون الفطور يكونون أكثر عرضة للإصابة بالبدانة والسكري.

8-1-3- الإلتهاب العظمي المفصلي: يؤثر هذا النوع من إعتلال المفاصل على مفاصل

الركبة والفخذ وأسفل الظهر، وتمثل البدانة ضغطا إضافيا على هذه المفاصل، مما يؤدي إلى تآكل الغضاريف التي تحميها وينتج عن ذلك ألم والتهاب بالمفصل وألم أسفل الظهر، التي

تعد من أشهر المشكلات الصحية المعتادة التي تسببها البدانة. (DAVIS ET AL, 1990,P61)

8-1-4- ضغط الدم المرتفع: يعد ضغط الدم المرتفع من الآثار الجانبية للبدانة، كما يعتبر

واحد من العوامل المهددة بالإصابة بأمراض القلب، وكلما أكتسب الشخص وزنا أكتسب أنسجة دهنية، وكما في الأعضاء الأخرى من الجسم فإن هذه الأنسجة تعتمد على الأكسجين والمغذيات في الدم حتى تبقى، ومن ثم يتزايد الإحتياج للأكسجين والمغذيات، كما تتزايد كمية الدم التي تدور في الشرايين، ويتدفق المزيد من الدم فيها، وهذا يعني ضغطا زائدا على جدران الشرايين وإكتساب الوزن بسبب زيادة مماثلة في مستوى الأنسولين، وزيادة هذا الأخير يصاحبه إحتباس الصوديوم والملح والماء، مما يزيد كثافة الدم، أضف إلى ذلك أن زيادة الوزن تصاحبها غالبا زيادة حركة القلب وتقليل في قدرة الأوعية الدموية على نقل الدم. (سوليفان، 2005: 11 ، 12).

وكل تلك العوامل قد تزيد من ضغط الدم، حيث أثبتت إحدى الدراسات التي أجريت في عام 2004، أن مستويات ضغط الدم لدى المراهقين قد إرتفعت بشكل كبير منذ 1988 وذلك بسبب زيادة الوزن.

8-1-5- البهر: "التوقف المؤقت للتنفس أثناء النوم":

ربما يكون الجهاز التنفسي من أكثر الأجهزة تأثر بزيادة الوزن، ويعد ذلك من المشكلات الخطيرة أيضا التي تزيد معدلاتها بين الذين يعانون البدانة بشكل خاص، ويحدث البهر أثناء النوم عندما يتوقف الشخص عن التنفس لفترات قصيرة حوالي 10 ثواني أو أكثر وذلك بسبب الوزن الزائد والدهون حول منطقة الرقبة، حيث تغلق الأنسجة الرخوة في الحلق ممرات الهواء بشكل متقطع أثناء النوم، وفترات توقف التنفس هذه قد تتعدد لما يقرب من مائة مرة في الليل مما يتسبب في مشكلات الصداع والإعياء وذلك كله يعد من التأثيرات المقلقة. (سوليفان، 2005: 11 ، 12).

ويعتبر بعض الخبراء هذه الحالة ببساطة نتاجا لتراكم الدهون، فقد تبين أن معظم الذين يعانون من إختناق النوم لديهم مؤشر وزن جسم يتعدى 20 % كما أن الرقبة الضخمة مرتبطة باختناق النوم عند الرجال والنساء الذين يشخرون، وفي الإجمال يكون الرجال الذين يتعدى حجم رقبتهم 43 سم، والنساء اللواتي يتعدى حجم رقبتهم 40 سم أكثر عرضة لاختناق النوم. (سوليفان، 2005: 11 ، 12).

ففي إحدى الدراسات وجد توقف التنفس أثناء النوم عند 77 % من المبحوثين الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم فوق 30 %. (DAVIS ET AL, 1990, P61).

8-1-6- الإضطرابات النفسية: وكما أن للبدانة أثارا بدنية متعددة فإن لها أثارا نفسية وإجتماعية كبيرة، تتمثل في إضطرابات التغذية والكأبة والعزلة وغيرها، تشير إضطرابات التغذية إلى أنواع من إختلال علاقة الإنسان بالأكل، خاصة في تفاعل تلك العلاقة مع البعدين الإجتماعي والشخصي للإنسان، وعادة ما تكون هذه الإضطرابات، إضطرابات مزمنة تختل فيها عدة وظائف نفسية تعد جوهرية في تشكيل سلوكيات الأكل، مثل إختلال تنظيم الشهية ما بين فقدها أو ما يكاد يكون فقدا إلى إنفلاتها بحيث يعجز المريض عن التحكم فيها، كما تختل سلوكيات التهام الأكل نفسها في معظم إضطرابات الأكل. (الركبان، 2009 : 97).

تتراوح هذه الإضطرابات بين الحالات الإنهيارية، القلق والوساوس، ويرد العديد من العلماء هذه الإضطرابات للبدانة، في حين يعتقد بعضهم بأن هذه الإضطرابات تؤدي للبدانة وترافقها، أما المحللين فإن لهم رأي آخر يعتبرون بأن هذه الإضطرابات ما هي إلا علائم الشخصية العصابية المؤدية للإصابة بالبدانة، ومن أهم هذه الأمراض نذكر:

حالات الهوس، إضطرابات الحمل والولادة، الإضطرابات المزاجية، تؤثر العوامل النفسية بشكل مباشر على نوعية الأكل وكيفية تناوله، فهناك كثير من الناس يأكلون عند إحساسهم بالحزن أو الضجر أو الغضب.

ومن الآثار النفسية للبدانة أيضا إضطراب صورة الجسم التي تبدوا للشخص البدين أكثر قبحا، تدني إحترام الذات حيث يلومون أنفسهم عن الوضعية التي هم عليها، حالات إكتئاب بسبب الحمية القاسية أو فشل العلاج المتكرر. (OMS, 2006, P1).

8-2- البدانة مرض سيكوسوماتي: أشار بعض الأطباء النفسانيين والجراحين العالميين

أمثال "ماكسويل مالتز" MALTAL MAXWAL و "روك" ROCK إلى أن الأمراض السيكوسوماتية هي التي تصيب بعض وظائف الجسم أو بعض الأجزاء منه، وتكون هذه الأمراض من الحدة بحيث تقاوم عمليات العلاج النفسي. (الزباد، 2000 : 231)

ويؤكد "مايكل هالبرستام" M-Halberstame على أن الإنفعالات والعوامل النفسية تلعب دورا بارزا في أمراض الجسم مثل ضغط الدم، أمراض القلب، البدانة.... الخ وتعرف هذه الأخيرة على أنها زيادة الكتلة الشحمية في الجسم، ويرى "هالبرستام" أن الدراسات الإكلينيكية بينت أن نسبة 62-65 % من حالات البدانة ترجع إلى عامل نفسي بحت، ومن جهة أخرى أثبتت الدراسات في مجال علم الجراحة والأعصاب أن مركز الإنفعالات ومركز الشبع يوجدان في الهيبوتلاموس، بالإضافة إلى مراكز أخرى مثل النوم، الجنس، اللذة، لذلك فإن حالة القلق والإنفعال الزائد تؤدي إلى تعطيل مركز الإحساس بالجوع والشبع، وبالتالي لا يشعر الفرد بالشبع فيتناول مزيدا من الطعام دون أن يدري بذلك، إلى أن يشعر الفرد فيما بعد بأن وزنه أصبح أكثر من اللازم، وأن منظر الجسم أصبح غير مرضي، مع إضطراب المظهر الخارجي للجسم تدريجيا مما يترك أثرا سيئا على جمال الجسم وعلى نظرة الفرد لذاته. (الزباد، 2000 : 231).

ويؤكد أيضا "شاركوفسكي" E.SHARKOVSKI في جامعة صوفيا أن حالة البدانة ترجع إلى عوامل نفسية واضحة وقد تصاحب البدانة بعض الإضطرابات مثل : الأرق، إضطراب نظام النوم، أو زيادة النوم عن حدوده، ضعف وبرود جنسي، ويرى "شاركوفسكي" أن مثل هذه الحالات تستخدم الطعام كبديل لإرضاء النفس، والبدن إذا بدأ الطعام لا يتوقف عادة حتى ينتهي الطعام من أمامه أو حتى يشعر بالانزعاج.

(الزباد، 2000 : 231).

ويرى علماء التحليل النفسي أمثال "فرويد" FREUD، "أدلر" ADLER، "يونغ" YUNG، "سوليفان" SULLIVAN أن الإنسان قد تدفعه دوافع لا شعورية إلى تناول الطعام بكثرة في حالات القلق الإكتئاب والضيق مما يؤدي إلى إصابته بالبدانة، وقد يحدث العكس ويحصل عنده فقدان شهية الطعام، أما أنا فرويد فتربط الشراهة بالطعام بحالة الفرد العائلية وأسلوب التنشئة الاجتماعية ومراحل نموه النفسي، بحيث يصبح الفم مصدر اللذة والقناعة وهو مرتبط بالطفولة والرضاعة وناتج عن إهتمام الأم الزائد بالطفل وإعتماده الكامل عليها أو إهمالها له والقسوة عليه، وبين هذين النقيضين يقع الطفل ضحية ويجد في الطعام العزاء الأخير كحل نكوصي لهذا الصراع. (عطوف، 1988: 69)

خلاصة:

تعتبر البدانة التي هي عبارة عن تراكم الشحوم بالجسم، حالة مزمنة تتطلب الكثير من الجهد والعمل للتخلص منها بشتى الطرق المتاحة، إذ من المؤكد أن زيادة الوزن سببها زيادة السرعات الحرارية المتناولة أكثر من السرعات التي يحرقها الجسم، أو بمعنى آخر (قلة الحركة والنشاط البدني) وعدم الانتباه لكميات الطعام المتناولة والعادات الغذائية الخاطئة، التي لا تأخذ بعين الاعتبار كمية السرعات الحرارية في أنواع الطعام المختلفة، والتي تشمل تنوعا شديدا في الوجبة الواحدة لأن التغذية الزائدة واختلال التوازن الغذائي وقلة الحركة والنشاط البدني يعتبر من أهم مسببات أمراض عدة كأضرار القلب والسكري والسرطانات والتهاب المفاصل، ويرجع السبب الرئيسي لهذه الزيادة لتغيير نمط الحياة وأسلوب الحياة، ومن ضمنها العادات الغذائية، وتناول الوجبات الدسمة الغنية بالدهون والسرعات الحرارية وعدم ممارسة الرياضة بكافة أنواعها، والذي سوف نتناوله في الفصل الموالي بأكثر تفصيل.

ثانيا/ البدانة وصورة الجسم:

تمهيد: يصل الفرد إلى هذا العالم بعد ميلاده وهو عبارة عن كينونة فيزيقية، ومع إستمرار عملية النمو يتطور جسميا وعقليا وينمي نظراته التي تتعلق بمفهومه عن ذاته، ولا يتضمن مفهوم الذات معتقدات وأفكار تخص الجوانب العقلية والإنفعالية فحسب، بل يتضمن أيضا معتقدات تتعلق بالجوانب الجسمية، ويطلق على الأخيرة مفهوم الجسم، فيعد مظهر الجسم من الأمور الرئيسية التي تشغل بال كثير من الناس، ويظهر ذلك جليا في النظرة الخارجية التي تختص بالتأثيرات الإجتماعية للمظهر، والنظرة الداخلية التي تشير إلى التجارب أو الخبرات الشخصية التي تختص بالمظهر، أو بما يبدو عليه الفرد في الواقع، والنظرة الداخلية بمعناها الواسع هي ما أطلق عليه علماء النفس ما يسمى بصورة الجسم.(الدسوقي،2008: 117)

1-تعريف الصورة:

- **تعريف سلامي:** الصورة حادث سيكلوجي من شأنه أن يعيد الظهور الشكلي للمواضيع والأحداث خارج الظروف المادية للتحقيق في الحقل الإدراكي (.لابلاش،1987: 307).

بمعنى أن الصورة عبارة عن تمثيل ذهني مستدخل لموضوع غائب مدرك مسبقا.

- **تعريف عبد المنعم الحفني:** الصورة هي تصوير حي في غياب المثير الأصلي بأن نتصوره ببصرنا العقلي، أو هي صورة عقلية مركبة من عدة تجارب حسية لنفس الشيء أو لأشياء متشابهة (.الحفني،1994: 383).

- **الصورة:** هي تصور فكري مجرد لشيء ما أو فئة من الأشياء، وهذه الصورة تقوم على أساس المدركات الماضية، وقد تكون مرئية أو سمعية أو ملموسة أو لفظية.(بدوي،1986: 207).

2- تعريف الجسم:

- **تعريف سلامي:** الجسم كائن مادي مدرك يحتل منطقة من الفضاء، له ثلاث أبعاد وكتلة عضوية حيوانية أو إنسانية، المعرفة التي لدينا عن أجسامنا تتطور ببطء في بادئ الأمر إنطلاقا من إحساساتنا ثم عبر مرآة الثقافة.(sillamy,1977,593).

- **الجسم:** هو مجموعة من المركبات البيولوجية المختلفة في اللحم العظام...الخ، ويتطور وينمو خلال مراحل الحياة، ويختلف الجسم من جسم لآخر، خلال الأحجام والأوزان.

(رضوان فرغلي، صورة الجسد وتقدير الذات. www.maganin.com)

3- تعريف صورة الجسم:

- هي الصورة الذهنية التي يكونها الفرد عن جسمه ككل، بما فيها الخصائص الفيزيائية والوظيفية، والتي بدورها تسهم في تقييمه لذاته، وتتضمن صورة الجسم إدراكا لشكل الجسم وحجمه وحدوده والإرتباطات الداخلية لأجزائه، وتتبع صورة الجسم لدينا من مصادر شعورية ولاشعورية تمثل مكونا أساسيا في مفهومنا عن ذاتنا.(فايد، 2008: 5)

- هي صورة ذهنية-عقلية يكونها الفرد عن جسمه، سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة وقدرته على توظيف هذه الأعضاء، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو إتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية.(شقيير، 2012: 2).

- الحد أو المدة التي قد تشير إلى وجود مفاهيم الصورة البشرية الذاتية للمظهر الخارجي أو الإحساس الداخلي لصورة الفرد عن ذاته ، والتي يفسرها المخ، والأساس في صورة جسم الفرد هو كيف يراه الآخرون؟، وفي كثير من الأحيان يمكن أن تختلف هذه الصورة إختلافا كليا عما تظهر عليه في الواقع(Blakeslee,2013,126)

في ضوء ما سبق يمكن القول بأن تعريفات صورة الجسم تتفق على إعتبارها صورة ذهنية أو تصور عقلي-إيجابي أو سلبي-يكونه الفرد عن نفسه، ويسهم في تكوين هذه الصورة الخبرات والمواقف التي يتعرض لها الفرد، وبناء على ذلك فإن صورة الجسم قابلة للتغيير والتعديل في ضوء هذه الخبرات الجديدة .

4- صورة الجسم آراء ونظريات:

إن أول إحساس ذاتي يشعر به الطفل هو إحساسه بجسده، فلسان حال الطفل يقول "ما أتلّقه وأقبله جسدياً يدفنني وأرحب به، وما أبعده عن جسدي هو شيء مرفوض حتى ولو كان معنوياً"، ويكون للإحساس بالأنا أهمية كبرى في نمو صورة الجسم، فالأنا شيء بدني أي أنها إدراك الطفل لبدنه، وصورة البدن هي نواة الأنا، إذ أن الأنا هو في الأساس أنا جسمي، وإذا كانت الأنا هي الموضوع فإن صورة الجسم هي إدراك هذا الموضوع، وتعد صورة الجسم هي الأساس لخلق الهوية، وتلعب المدركات الخارجية والحسية الداخلية، التي يخبرها الطفل دوراً هاماً في تطور مفهومه عن صورة جسمه، ونجد أن تمايز الأنا الجسماني يسبق تكون الأنا النفسي، فالطفل يميز جسمه خلال العام الأول، بينما يحدث التمايز على المستوى النفسي في العام الثاني.

وصورة الجسم الشعورية واللاشعورية، هي ظاهرة إنسانية تكونت بفعل توزيع طاقة الليبدو عبر المراحل النمائية (المرحلة الفمية، الشرجية... التناسلية)، فصورة الجسم هي التمثل المركزي لأجزاء الجسم، وللجسم كله بشكل عام، وهي تدخل في تمثّل صورة الذات والأدوار الاجتماعية، ولها تأثير على ما يفعله وما لا يفعله الطفل وذلك في اتجاهاته وآرائه، حيث تمتلك صورة الجسم خاصية التيقظ والإنبها لكل ما يحدث حول الطفل، فالطفل يركز على كل ما يسبب له استحساناً من جانب الآخرين، ويتجنب كل ما قد يجلب له عدم الإستحسان، فتتكون وتنمو صورة الجسم من خلال التفاعل المستمر بين الطفل والبيئة والأحكام التقويمية للآخرين من حوله، فالخبرة مع الآخرين تساعد الطفل أن ينمي إحساساً بالذات.

ويلعب تأثير الأباء في هذه المرحلة دوراً في بناء صورة الطفل عن جسمه، فإما أن يبدي الوالدان عطفاً حقيقياً ودفناً نحو الطفل، وبالتالي يشبع حاجته للأمن (النمو السوي)، أو أن يبديا لامبالاة وعداء بل وكراهية نحو الطفل، وبالتالي يحبطان حاجة الطفل للأمن (نمو عصابي)، وبذلك نجد أن صورة الجسم كائن اجتماعي إلى درجة كبيرة، وهي إنعكاس لثناء الآخرين، حيث يتعلم الطفل من هو، من إستجابات الآخرين ومعاملتهم وإتجاهاتهم النفسية نحوه. (عبدالسميع، 2014: 8، 9)

وصورة الجسم شأنها شأن الذات تنزع إلى الاتساق، فهي تشتق وتستمد خصائصها من خصائص مفهوم الذات، فتصبح موجهة للسلوك، بحيث تتسق معظم الطرق التي يختارها الطفل لسلوكه مع مفهومه عن صورة جسمه، وهذا هو معنى ثبات الذات، أي أن الطفل لا يتصرف بطريقة تناقض مفهومه عن ذاته، ولذا فإن أفضل طريقة لإحداث تعديل في السلوك يكون بإحداث تغيير في مفهوم صورة الجسم.

وعلى هذا فإن فكرة الطفل عن صورة جسمه، هي التي تحدد إلى درجة كبيرة لسلوكه وإستجاباته في المواقف المختلفة، فالطفل يقوم بعملية تقويم لخبراته هل هي ذات قيمة موجبة أو ذات قيمة سالبة؟ ويتكون لدى الطفل حاجة إلى التقدير الموجب لصورة الجسم، ولذا فإنه في إستقباله للخبرات، يرحب بالخبرات التي ترضي حاجته إلى التقدير الموجب لصورة جسمه، ويحرف أو يهمل إدراك الخبرات التي لا ترضى حاجته لتقدير صورة جسمه.

وعندما تتعارض الخبرات التي يتعرض لها الطفل مع فكرته عن جسمه أو مع دافعه إلى التقدير الموجب لصورة جسمه، فإنه يقع فريسة للصراع، فالطفل يفهم أي خبرات لا تتسق مع فكرته عن صورة جسمه أو ما يسمى "بالصورة المدركة" على أنها تهديد له مما يسبب عنده القلق والتوتر، فيلجأ إلى تخفيضيهما أو التغلب عليهما بوسائل دفاعية أهمها تشويه أو تحريف الحقائق التي لا تتسق مع فكرته عن جسمه أو يتجاهلها كلية، وإذا زاد التعارض بين الخبرات المدركة والصورة المدركة فإن الطفل يلجأ إلى مزيد من الدفاعات، فإذا فشلت هذه الدفاعات أيضاً أو إتخذت شكلا جامدا وقع صريعا للأمراض النفسية. (عبدالسميع، 2014: 8، 9)

5- كيف تتشكل صورة الجسم:

تنمو وتتشكل صورة الجسم عند كل واحد منا أثناء نموه وتشكله، أي أننا لا نولد ولدينا صورة سابقة التجهيز عن أجسامنا، وإنما نكتسبها بالتدريج خلال إكتسابنا لخبرات الحياة بوجه عام، وربما يحتاج الوليد إلى بلوغ عمر 18 شهر أو عمر السنتين حتى يتمكن من تكوين صورة عقلية ثابتة المعالم لجسمه ولنفسه أيضاً، فمن المعروف أن الطفل خلال معظم السنة الأولى من العمر لا يستطيع التفريق بين جسمه وثندي أمه فهو يحسب ثدي أمه عضو

من أعضائه ، أي أن الكائن البشري لا يعرف ذلك ربما حتى عمر السنة أو السنة والنصف ، ما هي حدود ذاته وما هي حدود جسمه، والمقصود بمعرفة حدود الذات لشخص معين هو أن يعرف أين ينتهي هو ويبدء الآخر، وذلك على كلا المستويين المادي (الجسدي) والمعنوي (الإنفعالي والمعرفي).

ويعتبر الجلد مثلا أكثر حدودنا المادية وضوحا بالنسبة لنا فهو الحد الفاصل بين ما هو أنا وما ليس أنا، وليست الصورة العقلية للجسم مفهوما جامدا يتشكل ويبقى ثابتا كما قد يظن البعض، وإنما هي مفهوم يتغير بشكل دائم ما دامت هناك حياة بأبعادها الاجتماعية والمعرفية، فهي تتشكل وتتغير نتيجة لتفاعل الشخص مع الآخرين ذوي الدلالة ومع غيرهم من أفراد المجتمع، وكذلك مع الصور التي يراها الآخرون، وفي وسائل الإعلام المرئية، كما أنها تتغير حسب المرحلة العمرية للشخص وحسب ردود الأفعال التي يتلقاها الشخص من الآخرين تجاه شكل جسمه أيضا.

6- العوامل التي تؤثر على صورة الجسم:

- **الأباء والعائلة:** يذكر كل من نورسكي و ايكديا Naworski,Ikeda أن الملاحظات السلبية من قبل أفراد العائلة لها تأثير سلبي على صورة الجسم، بالإضافة إلى أن المضايقة والتعليق على عادات الأكل لدى الطفل تؤدي إلى ممارسته للرجيم بشكل غير صحي في سن مبكرة، ويضيف داريس (Darris,1999) أن الأباء الذين يمارسون الرجيم ويتحدثون دائما بشكل سلبي عن أجسامهم، يرسلون بذلك رسائل قوية توحى بالقلق والإنزعاج من الوزن الطبيعي أو المتوقع لدى الأطفال، مما يجعلهم يشعرون شعورا سلبيا تجاه أجسامهم، ومن العوامل الأخرى المؤثرة التوقعات غير المنطقية من قبل الأسرة، فعندما لا تتحقق مثل هذه التوقعات يشعر الأطفال بعدم الكفاءة والإحباط والإحساس بالذنب، وقد يفرغون هذه الشحنات السلبية عن طريق الرجيم أو التمرينات الشاقة كوسائل للسيطرة على أجسامهم. (صفوت، 2012: 20).

- **الأصدقاء والأقران:** يلعب الأقران دورا مكملًا في بناء صورة الجسم خاصة أثناء المراهقة، ويذكر فريدمان (1997) أن الأصدقاء يزودون بعضهم البعض بالأمان العاطفي، كما يواجهون نفس المشاكل ويملكون نفس النظرة إلى العالم، من ناحية أخرى، قد يقوم بعض الأصدقاء بتشجيع كل منهم للآخر على سلوكيات غير صحية مثل اضطرابات الأكل والرجيم غير الصحي، فالعلاقات بالأصدقاء تؤثر تأثيرا مباشرا، ذلك أنها قد تصنع أو تحطم تقدير الذات.

فأراء وتعليقات الآخرين عوامل يبدء تأثيرها من عمر صغير، من خلال تعليقات الأهل والمقربين وتستمر بعد ذلك طوال العمر من المدرس والزملاء في المدرسة والاصدقاء في

الجامعة وفي العمل ومن شريك الحياة.... الخ.. Edited, Thompson, smolok, 2011, 41-66.

- **الإيذاء الجنسي:** يتسبب الإيذاء الجنسي في تدمير الجسم خاصة لدى الطفل، فضحايا الإيذاء الجنسي غالبا ما يعيشون خبرة مؤلمة جدا مع أجسامهم، لأنها تذكرهم بخبرة سيئة، بالإضافة إلى أن الضحية قد تشعر بمسؤوليتها تجاه الإيذاء ومن ثم تعتقد أن جسمها كموضوع يستحق الإزدراء أو العقاب، كما أن الفتيات اللاتي يتعرضن للإيذاء الجنسي في سن مبكرة قد يخفن من الدخول إلى مرحلة المراهقة أو أن يصبحن سيدات، حيث يعتقدن أن ذلك سيعرضهن للإيذاء بشكل أكبر، وبالتالي قد يعرضن أنفسهن للجوع بشكل مبالغ فيه لإيقاف عملية النمو والدخول إلى مرحلة الأنوثة (فرغلي، 2009: 20، 22).

ترى الدراسات الحديثة أن 65% ممن لديهم اضطرابات الأكل قد تعرضن لبعض أشكال الإيذاء سواء الإيذاء الجسدي أو العاطفي أو الجنسي، أو شاهدن العنف بين الأباء، وتعتبر المضايقة الجنسية نموذجا شائعا لإيذاء الأولاد للفتيات الصغار، اذ يحدث ذلك في الممرات أو قاعات الدرس بالمدارس، وتشمل هذه المضايقات : اللمس، الإشاعات الكاذبة، الإشارات... الخ وغالبا ما يعجز مديرو المدارس عن التصدي لهذه المشكلات.

(وائل أبو هندي ،صورة الجسد،www.maganin.com)

حيث أن شكاوى الفتيات تزيد من مضايقة الأولاد لهن، وتؤيد دراسة قامت بها الجمعية الأمريكية لفتيات الجامعة ذلك فتذكر أن 70 % من الطالبات تعرضن للمضايقة أثناء فترة الدراسة، 50% تعرضن للمس والثلاث تعرضن للإشاعات، والرابع تعرضن للتحرش الجنسي، ويذكر بيفر Pipher أن هذه المضايقات تؤثر سلباً على تقدير الذات وصورة الجسم.

- وسائل الإعلام والثقافة: تؤثر وسائل الإعلام والثقافة في صورة الجسم وتقدير الذات، فكل وسائل الإعلام المختلفة توضح للفتاة أنه لكي تنجح في الحياة لابد أن تكون جذابة ونحيفة وجميلة وكأنها تبعث برسالة مؤداها أن المظهر أكثر أهمية من الشخصية والطباع والمشاركة الإجتماعية، ويذكر بيفر (1994) Pipher أن نقص تقدير الذات وانخفاض الثقة بالنفس وصورة الجسم السلبية تزداد أثناء فترة المراهقة، ومن هنا فإن سن البلوغ هو سن الضغوط النفسية حيث التغيرات الجسمية والإنفعالية التي تؤدي إلى القلق والإرتباك.

(وائل أبو هندي ،صورة الجسد،www.maganin.com)

- التربية البدنية: يذكر نورسكي واكيديا(Ikeda,Naworski(1992) أن الرياضة تحافظ على فقدان الوزن بطريقة فعالة للوصول إلى شكل مرغوب من الناحية الجمالية والرياضية، وإن الإفتقار إلى فصول التربية الرياضية يمكن أن يتسبب في كراهية الاطفال لقاعة الألعاب الرياضية، وبالتالي كراهية نشاط التربية الرياضية مدى الحياة، وأن نسبة كبيرة من الأطفال الذين لديهم مهارة رياضية ويخجلون من رؤيتهم بملابس رياضية، يمكن أن يؤثر على صورة الجسم لديهم.

- القيم الإجتماعية الشائعة: فيما يتعلق بشكل الجسم وحجم الجسم المرغوب، وهذه القيم تغيرت في الفترة الأخيرة من القرن الماضي بشكل ملحوظ، فبعد أن كانت البدانة رمز للصحة والقوة والغنى والخصوبة والكرم والطيبة، أصبحت في الفترة الأخيرة رمزا للقبح والكسل وعدم القدرة على ضبط النفس. (Grogan,2012,112)

- **الوصفات الإجتماعية السائدة:** فهناك مثلا نوع من التحامل الإجتماعي على البدانة، حيث يوصف الشخص البدين في كثير من النوادر والطرائف الشائعة، فضلا عن رسوم الكاريكاتير وأفلام الكرتون وكذلك أفلام السينما بصفات كثيرة ومتباينة، لكنها في مجموعها صفات غير مرغوب فيها كالكسل والغباء والوقاحة، وحتى الأطباء يرون أن البدين من الناس أكثر عرضة للأمراض وأقل استجابة للعلاج، وأصحاب الأعمال عادة يفضلون صاحب القوام النحيل على صاحب القوام البدين.

- **تغيرات الجسد المحددة بيولوجيا:** كتلك التي تحدث أثناء البلوغ في الذكور والإناث، وأثناء الحمل وبعد انقطاع الطمث، وكذلك تلك الناتجة عن مرض ما أو جراحة أو حادث أو عاهة ما. (Grogan,2012,112)

7- إشكالية صورة الجسم عند المراهق البدين: يعلق المراهق أهمية كبيرة على جسمه النامي، وتزداد أهمية صورة الجسم أو الذات الجسمية وتعتبر عنصرا هاما في صورة الذات، حيث ينظر المراهق إلى جسمه كرمز للذات، ويلاحظ هنا شدة إهتمام المراهق بجسمه والحساسية الشديدة للنقد فيما يتعلق بالتغيرات الجسمية الملحوظة السريعة المتعددة الجوانب، ويكون المراهق صورة ذهنية للجسم "الطول، الوزن،" تتغير بطبيعة الحال مع التغيرات التي طرأت على الجسم، وتتطلب نوعا من التوافق وتكوين مفهوم موجب عن الجسم النامي، ويساهم الآخرون في نمو مفهوم الجسم عند المراهق، ويهتم المراهق كثيرا بتعليقاتهم خاصة تلك التي يسمعها من رفاق السن ومن أفراد الجنس الآخر.

وتؤثر تعليقات مثل "البدين" على مفهوم الجسم لدى المراهق، وقد وجد أن البدانة تعتبر عاملا مؤثرا في مفهوم الجسم ومفهوم الذات والسلوك الإجتماعي للمراهق، ووجد كذلك أنه في حالة التخلص من البدانة يتغير مفهوم الجسم ومفهوم الذات والتفاعل الإجتماعي إلى الأحسن، وهكذا تنعكس أهمية مفهوم الجسم في إستكشاف هذه الصورة وذلك المفهوم "فيشير وكليفلاند Fisher and Clevelant يفترضان أن تصور الفرد لجسمه ينبع من خبرته خلال عملية النمو واضعا جسمه وأجسام آخر في الصورة. (العمرية : 234).

وقد تناولت عدة دراسات مفهوم الجسم وإهتمت بالإضطرابات أو التشويه الذي يتعرض له هذا المفهوم، وركزت على إستكشاف درجة إيضاح وتفصيل مفهوم الجسم، أي إلى أي حد يعتبر الفرد جسمه على أنه ذو حدود واضحة محدودة ذو أجزاء في داخل هذه الحدود تتميز بأنها مفصلة ومميزة ولكنها في نفس الوقت تتكامل في بناء واحد محدد "ماكوفر Machover، وقد أستخدمت الطرق الإسقاطية لقياس مفهوم الجسم، ومن الطرق المستخدمة رسم الإنسان الذي يظهر طبيعة مفهوم الجسم اللاشعورية، وهذا يمدنا بمعلومات هامة عن بعض جوانب صورة الذات مثل إسقاط صورة الذات المثالية وإسقاط صورة مفهوم الآخرين في البيئة، وملاحظة الفروق بينهما من حيث الوضوح والتفصيل، ويتعلم المراهق أن نموه الجسمي وصحته الجسمية وقوة عضلاته ومهارته الحركية ويتعلم أن نموه الجسمي السوي وقوة جسمه ومظهره الخارجي العام له أهمية في التوافق الإجتماعي وشعبيته الإجتماعية، خاصة مع أعضاء الجنس الآخر، وإذا لاحظ المراهق أي إنحراف في مظهره الشخصي فإنه يبذل قصارى جهده لتصحيح الوضع، وإذا أخفق ينتابه الضيق والقلق وقد يؤدي ذلك إلى الإنطواء والانسحاب من النشاط الإجتماعي خشية التعرض للتعليقات والسخرية. (العمرية : 234).

خلاصة:

يحاول الفرد من خلال مراحل حياته المختلفة، بأن يعبر عن ذاته بكل الوسائل ليجعلها في صورة مميزة أمام غيره وحتى أمام نفسه، ولكن إذا ما صادف هذا الفرد مشاكل وعوائق تحول دون إبراز ذاته في أحسن صورة، يجعله ذلك يدرك ذاته بنوع من الرفض خاصة إذا كانت هذه المشاكل متعلقة بالصورة التي كونها عن جسمه، فيحس بالنقص مما يجعله ينسحب على نفسه وكذلك يعاني من الإحباط، ونتيجة كل ذلك مشكلات في تقدير الذات، كل هذه العوامل تساعد على إدراك ذاته بصورة سلبية ومنه إلى تشوه صورة الذات.

الفصل الثالث: البدانة ونمط الحياة

تمهيد.

أولا/ مفاهيم عن نمط الحياة.

1- مفهوم نمط الحياة.

2- النظريات المفسرة لنمط الحياة.

3- نمط حياة صحي.

4- إستراتيجية تغيير نمط الحياة.

ثانيا/ ماهية المراقبة

1- تعريف المراقبة.

2- التحديد الزمني لمرحلة المراقبة.

3- الإتجاهات الأساسية في دراسة

المراقبة.

4- أشكال المراقبة.

5- حاجات المراقب.

6- المشاكل التي تظهر في مرحلة

المراقبة

ثالثا/ العادات الغذائية

1- تعريف التغذية.

2- التربية الغذائية.

3- هرم الغذاء.

4- السلوكيات الغذائية عند

المراهقين.

5- أشكال اضطرابات الأكل المرتبطة

بالبدانة.

6- الضغط النفسي والأكل.

رابعا/ النشاط البدني

1- تعريف النشاط البدني.

2- بعض المفاهيم المرتبطة بالنشاط

البدني.

3- المنافع الطبيعية للنشاط البدني.

4- المنافع الطبيعية للنشاط البدني.

5- النشاط البدني كإستراتيجية في

إدارة الضغط.

6- النشاط البدني والبدانة.

خلاصة.

تمهيد:

الحقيقة هي أن المراهقين ذوي الأوزان الزائدة يتعرضون بنسبة 70 % للبدانة حينما يكبرون وعلى الرغم من ذلك فقد أظهرت الدراسات أن تغيير عادات الطعام وتبني نمط حياة صحي بما في ذلك زيادة التمرينات الرياضية والحد من الأنشطة التي تتطلب الجلوس لفترات طويلة قد يحدث اختلافا جذريا بل ويعالج الضرر الذي أحدثته البدانة، وربما تؤثر فترات الضغط النفسي والمشكلات العاطفية على عادات الطعام ومستويات النشاط مما يسبب في حدوث البدانة، لا تعبر الطريقة التي يأكل بها الشخص بشكل جيد عما إذا كان معرضا للبدانة في المستقبل ولكنها علامة على أن مشكلة الوزن ترجع لعوامل حياتية أكثر من كونها شيئا موروثا أو يرجع لمشكلة صحية، فأنماط الطعام غير الصحية بدون شك هي من أسباب معظم مشكلات الوزن، فإن كان المراهق يأكل كثيرا أو يأكل لأسباب إنفعالية أو ببساطة يتناول أطعمة غير صحية بشكل منتظم فهو إذا معرض للبدانة وتتمثل المشكلة الرئيسية الأخرى في ممارسة التمرينات الرياضية، فلو كان المراهق كسولا بصرف النظر عما إذا كان كثير الأكل أو عكس ذلك، فهو معرض للمعاناة من مشكلات الوزن في وقت ما في المستقبل. (سوليفان، 31، 2005).

المنظمات القيادية في مجال الوقاية، المرض والترقية الصحية مثل منظمة الصحة العالمية، مراكز السيطرة على الأمراض إستعملت أنماط حياة صحية لتخفيض خطر الأمراض وزيادة فرص التمتع بالصحة الجيدة والرفاهية، ومن بين السلوكيات المتعلقة بالصحة تتضمن عادات الأكل، التمرين الطبيعي، التدخين، إستعمال الكحول... الخ. إن مفهوم نمط الحياة يستعمل أيضا في السياقات الأخرى في حقل التسويق ويعني "تحليل أساليب حياة المستهلك وفحص الطريقة التي يعيشون بها، نشاطاتهم ومصالحهم وقيمهم وأرائهم.

(Leif, 2007, p5)

أولاً- مفاهيم عن نمط الحياة:

نمط الحياة أو ما يعرف أحيانا بنمط العيش (بالإنجليزية LIFE STYLE) هو البيئة التي يختارها الإنسان ليعيش فيها وكيفية تعامله كل حسب مقدرته ووضعه في المجتمع وقناعاته الشخصية، فنمط الحياة يختلف من فرد إلى آخر فمن يريد الحفاظ على صحته يختار نمطا من الحياة في بيئة صحية مناسبة بعيدة عن التدخين، ويعيش في منطقة هادئة بعيدة عن الضجيج ويختار برنامجا غذائيا مناسباً إلى جانب ذلك ممارسة الأنشطة البدنية بانتظام .

يعتبر نمط الحياة إنعكاساً لصورة الفرد وقيمه الذاتية والطريقة التي يرى فيها نفسه ويراه الآخرين، وهي نموذجاً متكاملًا من النشاطات سواء أكانت هواية أو نوع من أنواع الرياضة أو حضور المناسبات الاجتماعية.

1- مفهوم نمط الحياة: يشير مفهوم نمط الحياة إلى الخطة التفضيلية للمعيشة والتي تعكس فعلاً القيم والمبادئ التي يتبناها فرد أو مجموعة من الأفراد في حياتهم اليومية ، ويتضمن ذلك الخلفيات الثقافية ، والعادات الاجتماعية والمعتقدات الدينية والأعراف السائدة بينهم ، وبذلك فإن إكتساب نمط حياة خاص يعكس إختيار واع لسلوك معين بين مختلف أنواع السلوكيات فقد أجمع شايلد Shield et Al 1992 على أن انماط الحياة بصفة أساسية هي إنعكاس للثقافة والقدرة الشخصية على الإختيار ، ولكنها بدرجة أقل من العوامل الاجتماعية.

• **تعريف ريتين Rutten 1985 :** إقترح فروقات مهمة بين عدة مفاهيم حول نمط الحياة

- شروط الحياة: الموارد.
- طريقة الحياة: نوع السلوك .
- أسلوب الحياة: مجموعة أنواع طريقة الحياة.
- حظوظ الحياة: الإحتمال البنيوي للمراسلة بين نمط الحياة لشخص ووضعيته، وقد أشار إلى أن المحيط الاجتماعي الثقافي يضطلع بدور هام وفعال جدا في نمط الحياة

(Agence de santé publique du canada,2002.)

- **يري ماكس فيبير Max waber:** أن نمط الحياة يتكون من مكونين أساسيين الأول هو فرص الحياة ويشير إلى احتمالات إدراك الاختيارات من قبل الأفراد ، والثاني هو إدارة الحياة ، ويشير إلى عنصر الاختيار والتوجه الذاتي الذي يحكم إنتقاء الأفراد لأنماط حياتهم، ويتحقق نمط الحياة عن طريق المواءمة الاختيارية الذي يشير الى ضرورة المواءمة بين الأفكار التي تخلق وتختار بواسطة الأفراد والأوضاع، والنماذج الإجتماعية التي يعيشونها
- **دوقلاس وآخرون Douglas et Al :** نمط الحياة هو النمط الذي يشمل العناصر والكيفيات الفريدة التي تصف نمط الحياة، وبعض الثقافات أو الأشخاص واختلافهم عن الآخرين، وتتضمن أنماط الحياة اليومية التي تنمو وتظهر من خلال ديناميات الحياة في المجتمع.
- **جيمس وفرانكلين James et freanklin:** يتكون نمط الحياة من الأنماط الثابتة لأنساق الشخصية، والتي يمكن التعبير عنها بصورة مختلفة، وفي مجالات متعددة تشمل عدة جوانب، مثل الجوانب العقلية والإنفعالية والإجتماعية والجوانب الدافعية للفرد(الرشيدي، 1999: 103-104).
- **تعريف محمود السيد ابو النيل 1994:** هي طريقة الفرد وأسلوبه في الأخذ والعطاء مع الناس، في تعامله الإجتماعي، وفي حل مشاكله، وفي تغلبه على ما يواجهه من عقبات، وتبعاً لذلك فإن نمط الحياة يختلف عند الناس من حيث قدرتهم وأسلوبهم في التوافق إختلافاً كبيراً(ابو النيل، 1994 : 51).
- **طبقاً لإليوت ILOT 1993:** نمط الحياة عرف كنمط متميز من المعيشة معرف من قبل مجموعة معينة، سلوك متنوع من طرف الأفراد، يحدث مع البعض إتساق على فترة زمنية، ومن السمات التي تجعل نمط الحياة أكثر تحديداً هو الإتساق أو الإستقرار النسبي بمرور الوقت. (Leif, 2007, p5)

نمط الحياة الذي أقترح أشار ضمناً إلى أن أساليب الحياة نتيجة الاختيارات التي قدمت من قبل الأفراد، بمعنى نمط حياة الفرد يظهر كنتيجة لمجموعة القرارات التي اتخذت من قبل الشخص نفسه.

- نمط الحياة: هو نمط السلوكيات والعادات التي يتميز بها الفرد، ويمكن تغيير نمط الحياة إذا لم يعد يتلاءم مع الحالة الصحية أو النفسية، مع احتمال الإصابة ببعض الإضطرابات .
(موسوعة شرح المصطلحات النفسية، 2001: 359).

نمط الحياة أو ما يقصد بأسلوب الحياة هو الهيئة التي يجاهد بها الفرد لبلوغ أهداف حياته لكي يتوافق مع مشكلات العمل والعيش في جماعة، وتلعب المؤثرات الأسرية والاجتماعية دوراً أساسياً كمحددات لتشكيله أثناء سنوات حياة مبكرة، ومن ثم فإن أسلوب الحياة يعتبر نمط سلوكي عام للفرد كما يعبر عنه بدوافعه وبأسلوبه في مواجهة المواقف ، أما إستراتيجية أسلوب تغيير الحياة فيقصد بها تعديل القوالب والأساليب الحياتية التي إستقرت نسبياً لدى الفرد، وهي تعتمد على فكرة أننا نستطيع إلى حد ما أن نتحكم في بيئتنا الاجتماعية ونعيد توجيه الضغوط التي تحتويها .

أ- أبعاد نمط الحياة: يرتبط نمط الحياة بعدة نواحي من بينها:

- العلاقات التي نشكلها مع الآخرين أو التي إكتسبناها من الأسرة.
- المال الذي نملكه، وقدرتنا على التخطيط الفعال من أجل المستقبل، والتأثير على الخيارات المتاحة لنا.

- مكان العيش الذي يكون من إختيارنا، أو الضرورة جعلتنا نعيش فيه.

- المجتمع وما وراءه من هياكل تؤثر على نمط حياتنا.

- الصحة هي من أهم العوامل التي تؤثر وتتأثر بنمط الحياة.

- الخبرات التي إكتسبناها من تجاربنا السابقة.

ب- بعض الجوانب التي يؤثر عليها نمط الحياة:

- **صحة المخ والقلب:** هناك عدة عوامل تتعلق بنمط الحياة، ويمكن التحكم بها للحفاظ على

صحة المخ والقلب لدى الإنسان، مثل ممارسة الأنشطة الذهنية، كالقراءة والتدريبات

والإبتعاد عن التدخين. (Leif, 2007, p5)

- معالجة بعض الأمراض: أصبح دور نمط الحياة مهما في علاج الأمراض، فمثلا عند تناول الوجبات الصحية مثل الفواكه والخضروات والبقوليات والحبوب والمشي يوميا لمدة نصف ساعة والتأمل، يساعد على التخفيف من الإصابة بسرطان البروستاتا مثلا.
- البدانة: يلعب نمط حياة الشخص دورا مهما في زيادة الوزن، حيث أن الجلوس لفترات طويلة وعدم ممارسة الأنشطة البدنية وتناول الوجبات ذات السعرات الحرارية، يؤدي بشكل مباشر إلى البدانة.
- السلوك: إن البيئة التي يعيش فيه الإنسان تؤثر بشكل مباشر على سلوكه، فمثلا سكان المدن والقرى يختلفون في طريقة سلوكهم وتصرفاتهم، نتيجة للمكان الذي ينتمون إليه.

2- النظريات المفسرة لنمط الحياة:

ظهرت العديد من النظريات التي سعت الى إعطاء تفسير لسلوك الفرد فيما يخص صحته ولكن نحن يهمنا النظريات التي ركزت على تغيير نمط الحياة وهي:

- نموذج المعتقدات الصحية
- نموذج السلوك المبرر

2-1- نموذج المعتقدات الصحية: يعتبر نموذج المعتقدات الصحية من أولى النماذج النظرية التي كيفت لتفسير المشاكل السلوكية المتعلقة بالصحة، وهو يقوم على نظرية الأهمية الذاتية المنتظرة والتي تعني عدم قيام الفرد بسلوك معين إلا بعد التعرف على خيارات الفعل المحتمل، وبذلك يعتبر السلوك في هذا النموذج نتيجة لوظيفة عملية الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، وهي حسابات تتأثر بخمسة متغيرات:

- الحساسية المدركة: وتتمثل في الإدراك الذاتي لخطر التعرض لمشكل صحي.
- الصرامة المدركة: وتتمثل في تقدير الفرد للمشكل الصحي ونتائجه المحتملة.
- الفوائد المدركة: هو الاعتقاد بمدى فعالية إتخاذ سلوك وقائي وسلوك موجه للتخفيض من تهديد المرض. (فرغلي، 2002)

- **الصعوبات المدركة:** وهو إدراك الفرد للصعوبات التي تصادفه خلال إنجازهِ للسلوك المطلوب سواء كانت مادية أو جسمية أو نفسية.
- **القيام بالفعل ونتائجه:** نتائج الفعل قد تكون داخلية كأعراض، أو تكون خارجية كنصائح الطبيب أو الممرض.

لذلك وحسب نموذج المعتقدات الصحية، فإن احتمال تنفيذ الفرد لسلوكيات صحية تعود مباشرة إلى نتائج تقديره لخطورة المشكلات الصحية التي يواجهها، كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقدير الفرد للسلبيات والإيجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط، وهو الحال عند البدين الذي إذا ما أُعتبر أن صحته غير مهددة، أو أنه لن يؤثر على احتمال إصابته بالأمراض الخطيرة إذا توقف عن ممارسته لعادات سيئة في الأكل. (فرغلي، 2002)

2-2- نظرية السلوك المبرر: هو نموذج إنبثق من علم النفس الاجتماعي، وطور من طرف فيشبين وأجزين 1975 (Fishbein, M ET Ajzen, I, 1975) وهو يحدد العلاقة القائمة بين كل من المعتقدات، المواقف، المعايير، النية، سلوك الأفراد، والفرضية الأساسية لهذه النظرية، أن نية الشخص لتبني سلوك معين يتحدد بموافقة حيال هذا السلوك ومعتقداته الخاصة بعواقب هذا السلوك، أي ما يترتب على هذا السلوك من نتائج وتقييمه لنتائج أفعاله، زد على ذلك إدراكه للمعايير الاجتماعية الواردة في ثقافته، أو المتبعة في مجتمعه حول سلوك ما، وبذلك نجد أن هذا النموذج يعمل على ترشيح المحفزات الخارجية التي تؤثر على المواقف ولذلك فالتدخل هنا يكون بتعديل هيكل المعتقدات للفرد في حالة تبني معتقدات خاطئة (Caralino et al, p10)

على الرغم من أن نموذج فيشبين Fishbein يستخدم للتنبؤ بمجال عريض من السلوك إلا أن استخدامه محدود بمجال السلوك المتعلق بالصحة، وهناك بعض البحوث التي أوضحت إمكانية تطبيق النموذج للتنبؤ بقصد ممارسة الرياضة، أو ممارسة سلوك معين (فرج، 2000: 570).

3- نمط حياة صحي: إن مفهوم نمط الحياة الصحي، هو وليد فكرة أنه بمقدرتنا الحكم بسلامة أو عدم سلامة أنواع النشاطات اليومية للأشخاص، وهو يشير إلى حياة متوازنة حيث يقوم الفرد بخيارات محددة متعلقة بعدة عوامل ففي سنة 1947 قدم للاند Lalonde نظرة جديدة للصحة، بإتيانه بمصطلح مهم جديد ألا وهو نمط الحياة للسياسة الصحية في كندا، وبالتالي فإن هذه الخطوة تعتبر ضمن أول من وصف نمط الحياة كعامل محدد للصحة والمرض.

-عرف للاند 1994 Lalonde نمط الحياة الصحي: على أنه مجموعة القرارات المؤثرة على صحة الفرد، والتي يملكون عليها رقابة أقل أو أكثر، ويضيف أن القرارات والعادات الشخصية السيئة تخلق مخاطر، وعندما تسبب هذه المخاطر المرض أو الموت فعندئذ يمكن عزو ذلك إلى نمط حياة الشخص وأنه هو المسؤول عن ذلك، وقد كانت أول تبادلات وجهات النظر حول نمط الحياة تدور أساسا حول التغذية وممارسته التمارين الرياضية، التدخين، والبرامج الهادفة لتطوير وتحسين نمط الحياة كانت مبنية على الاعتقاد بأن توفير المعلومات والتربية الصحية سيغيران أنماط الحياة.

عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه طريقة عيش مبنية على نماذج سلوكية معروفة ومحددة بالتفاعل بين الخصائص الشخصية والعلاقات الاجتماعية وشروط الحياة الاجتماعية، الإقتصادية المحيطة بالفرد. (Agence de santé publique du canada 2002).

4- إستراتيجية تغيير نمط الحياة: ترتبط إستراتيجية تغيير نمط الحياة في التخفيف من الضغوط النفسية، والتحكم فيها بأسلوب تحقيق الإختيارات المتاحة، حيث يكون الفرد قد إكتسب قوالب ومقاييس سلوكية وتعلم أساليب حياتية، واستقرت لديه نسبيا خصائص نفسية، ويكون قد حقق مكانة إجتماعية إرتبطت بطبقة ودخل ومهنة معينة، تكون هي محددات إختياراته وتتحقق إستراتيجية تغيير نمط الحياة بالتدريب على المبادئ التالية:

(الرشيدي، 1999: 104-106)

- **المبدأ الأول/ تخطيط الهدف:** ويكون بوضع أهداف جديدة، تأتي بإستجابات جديدة وبتكرارها تتكون عادات جديدة لدى الفرد، وتخرجه من أساليبه الحياتية التي وقف عندها وتمركز حولها، ويدخل تخطيط الهدف في إطار هندسة البيئة المحيطة وترتيبها ومن ثم إعادة تربية الفرد وبصورة أكثر إجرائية فإن تخطيط الهدف يعتمد على الآليات والفنيات التطبيقية الآتية:

- **الإعتقاد في أهمية الهدف:** أثبتت بعض الدراسات أن الأفراد ذوي الأهداف الواضحة والذين يزيد وعيهم بها، كانت قدرتهم مرتفعة في التغلب على الحرمان والتعذيب الذي تعرضوا له في السجون، وأن الأفراد الذين أحيلوا على التقاعد ويفتقدون أهدافا ما كانوا أكثر ميلا للإصابة بالإكتئاب والقلق.

وتمدنا الأبحاث العلمية بنتائج تجارب قد أثبتت أن الأهداف قد تطيل العمر، ففي تجربة أجريت على عينة عشوائية من المتقاعدين في دار المسنين والمعاقين، تم إعطائهم مجموعة من المزارع لإمتلاكها والعمل فيها، أكدت النتائج أنهم عاشوا مدة أطول من أقرانهم الذين لم يعطوا شيئا وليس لهم هدف في الحياة.

إن تخطيط الهدف هو تحديد ما نريد فعله وأولوياته، وبعد ذلك الشروع في عمله وتحقيقه، وسوف يصبح الهدف ملموسا عندما نلتزم بتحقيقه، وهنا يجب أن نتوقع الصعاب والعوائق فهناك من الأسباب ما يجعل الناس ينصرفون عن تحديد أهدافهم، لأنهم لا يدركون مدى أهميتها وأنهم لا يعرفون كيف يحددونها، ويعتبر الخوف من الفشل وتوقعه من أهم هذه العوائق.

ويمنحنا تحديد الأهداف، إدراك مرتفع لما يوجد لدينا من إمكانية التحكم الذاتي ويزيد تقديرنا للذات، فالقدرة على توقع إحتياجات المستقبل يجعلنا أقل عرضة للضغط النفسي وهذا المبدأ **يرتكز اساسا على:**

1- إختيار الهدف: على أن يرتبط بإحتياجات الفرد الحقيقية، ويسهم في حل المشكلات التي يعانيها، متفقا على ما يملكه من قدرات بشرية ومادية. (الرشيدي، 1999: 104-106)

2- **إشتقاق أهداف موضوعية من هذا الهدف:** أي برمجة الأهداف الكبيرة في أهداف محددة الأجل والعائد وشعور الفرد بنتائج عائدتها يثبت سلوكه.

3- **إختيار أنشطة لإنجاز هذه الأهداف** وهي ترتبط بسلوكيات وأداءات واقعية نوعية تظهر لدى الفرد وتكون متصلة بالتحقق الوجودي للهدف (الرشيدي، 1999: 104-106)

4- **إدارة الوقت:** يفهم أن إدارة الوقت هي من أجل المستقبل فقط، وإنما تعني إدارة الوقت، أن تنظمه بطريقة أكثر فاعلية.

- **المبدأ الثاني/ إتخاذ القرار وحل المشكلات:** المشكلة هي موقف صعب يواجه الإنسان وتتطلب إجراءات للتغلب عليها، وقد تصعب هذه الإجراءات على بعض الأفراد مما يتطلب تدريبهم، **و يمر حل المشكلة عبر:**

- صياغة المشكلة بدقة.
- التفكير في كل الإختيارات الممكنة والتي يمكن أن تقدم حلا للمشكلة.
- تدوين كل هذه الإختيارات في قائمة وإختيار الحلول المناسبة.
- التطرق إلى جميع الإختيارات بحرص وتقدير ما يترتب عليها من نتائج .
- إنتقاء الإختيارات الباقية وإتخاذ قرارا بشأنها ، أي الإختيارات الأكثر ملاءمة على حل المشكلة.

- يمكن إستخدام طريقة إتخاذ القرار في حالة ما إذا كانت هناك إختيارات متنافسة.

3- **التدريب على السلوك التوكيدي:** يشتمل هذا السلوك على الوقوف من أجل الحقوق الشخصية والتعبير عن الأفكار والمشاعر والمعتقدات بصورة مباشرة وتلقائية وإحترام شعور الآخرين (الرشيدي، 1999: 114-115).

- **المبدأ الثالث/ تحقيق نمط حياة أكثر صحة:** إن الأهمية القصوى التي يحققها السلوك الصحي في الحفاظ على صحة جيدة توضحها الدراسة الكلاسيكية التي أجراها كل من بيلوك وبريسلو Belloc et Breslow, 1972 على سكان مقاطعة الاميد في كاليفورنيا، إذ بدأ الباحثان بتحديد 7 أنماط من السلوكيات الصحية وهي: (تايلور، 2008: 124-125)

- النوم 7-8 ساعات.
- عدم التدخين.
- تناول الإفطار في كل يوم.
- عدم تناول الكحول.
- ممارسة الرياضة بشكل منتظم.
- تجنب الأكل بين الوجبات.
- تجنب حدوث زيادة في الوزن.

ثم قاما بتوجيه الأسئلة المتعلقة بالمواضيع المذكورة إلى كل فرد من سكان المنطقة البالغ عددهم حوالي 7000 لمعرفة أي من السلوكات المذكورة يمارسون، كما سألا المواطنين عن عدد الأمراض التي سبق أن تعرضوا إليها والأمراض التي أصيبوا بها ومستوى الطاقة التي يشعرون بأنهم يتمتعون بها، ومدى تعرضهم لعوامل معيقة لهم (مثل عدد الأيام التي عجزوا فيها عن الذهاب إلى العمل بسبب المرض)، خلال الفترة الماضية الواقعة ما بين (6-12 شهر)، وقد وجد الباحثان أن عدد الأمراض كان ينخفض كلما زادت ممارسة الفرد للعادات الصحية الجيدة، وأن ممارسة العادات الصحية الجيدة ارتبطت بزيادة التمتع بالنشاط والطاقة وقلة التعرض للعوامل المعيقة للأداء الفعال، كما كشفت عمليات المتابعة التي أجريت لهؤلاء الأشخاص بعد تسع سنوات ونصف، بأن معدلات الوفاة بين الرجال والنساء التي تبين من الدراسة أنهم يحرصون على إتباع العادات الصحية السبع التي تناولها البحث كانت منخفضة بشكل كبير جداً، وبالتحديد فإن نسبة الوفيات بين الرجال الذين تبين أنهم يراعون هذه الممارسات، مقارنة بالرجال الذين تراوحت ممارستهم لهذه العادات ما بين 0-الى 3 فقط، بلغت 28 %، كما تبين أن نسبة الوفيات بين النساء اللواتي حرصن على إتباع العادات الصحية السبع كانت 43% فقط، مقارنة بالنساء اللاتي تراوحت ممارستهن للعادات المذكورة ما بين 0-الى 3. (تايلور، 2008: 124-125)

- المبدأ الرابع/الهندسة الاجتماعية: تعد الهندسة الاجتماعية الخطوة الأولى في تسلسل الأحداث المؤدية إلى الأمراض المرتبطة بالضغط، ونعرف أنه لا يجب أن نحاول حذف الضغوط من حياتنا ولكن إذا إستطعنا فقط أن نحد من الضواغط غير المهمة فيمكننا التقليل من خبرتنا بالضغط بصورة فعالة، فمعظم الضغوط يصعب تجنبها، ولكن نفترض أنه ليس بوسعنا سوى القليل الذي يمكننا أن نفعله لتغيير ظروفنا.

تعتمد الهندسة الاجتماعية على معرفة الضواغط المتوقعة، فتكون هذه الطريقة فعالة فقط عندما نعرف مقدما أن الضواغط في طريقها إلينا، ولن تساعدنا هذه الطريقة بعد حدوث الضواغط بل يجب إستخدامها قبل حدوث الضغط.

- المبدأ الخامس/المساندة الاجتماعية: هناك أدلة على أن المساندة الاجتماعية في العمل أو المنزل أو الصداقات... الخ ممكن أن تزودنا بعازل فعال ومخفف للصدمات ضد آثار الضغوط النفسية، فقد أوضحت بعض الدراسات أن الإصابة بأمراض القلب لدى الشعب الياباني أقل عنها في الولايات المتحدة الأمريكية ويرجع ذلك إلى ملامح معينة لنمط حياة اليابانيين مثل المشاركة في إتخاذ القرار والإنتماء للجماعة والهوية المشتركة (الرشيدي، 1999: 133-134، 130)

وفي هذا السياق يشير براهام Breham إلى أن المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفاعليته، بل إن إحتتمالات إصابة الفرد بالإضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه يتلقى المساندة الاجتماعية من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، ولاشك أن هذه المساندة تؤدي دورا وقائيا، في حين أشار بعض الباحثين Sarson et Al, 1983 سراسون وآخرون إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دورا هاما في الشفاء من الإضطرابات النفسية والعقلية، كما تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد، بل تجعل الشخص أقل تأثرا في تلقيه الضغوط والأزمات وليس هذا فحسب، بل يمكن للمساندة الاجتماعية أن تؤدي دورا تأهليا في المحافظة على وجود الفرد في حالة رضا عن علاقاته بالآخرين، وإستمرار إعتقاده في كفاية وكفاءة وقوة المساندة (الدواد، 2002: 41).

ثانيا- ماهية المراهقة:

يتصف نمو الكائن الحي عامة و نمو الكائن البشري خاصة بالإستمرارية، الترابط، والتكامل عبر سلسلة مراحل نمائية يتمكن من خلالها الوصول إلى طور النضج، و تعد المراهقة إحدى أهم و أعمق هذه المراحل و التي تتطلب الكثير من الرعاية و الإهتمام.

1- تعريف المراهقة:

- التعريف اللغوي: جاء في لسان العرب لابن منظور راق الغلام أي بلغ مبلغ الرجال فهو مراهق، و راق الغلام إذا إحتلم (ابن منظور، 1997: 430)
وكلمة مراهقة كلمة مشتقة من الفعل اللاتيني ADOLESCENT بمعنى يكبر أي ينمو إلى تمام النضج و إلى أن يبلغ سن الرشد (الدسوقي، 1979: 100).

- التعريف الاصطلاحي :

- تعريف N.Sillamy : إنها فترة من الحياة توجد بين الطفولة و سن الرشد و هي الفترة الحرجة المميزة للتحويلات الجسدية و السيكولوجية.
- المراهقة هي: مجموعة التغيرات النفسية و الجسدية و الإجتماعية التي تحصل بين نهاية الطفولة الثالثة و بين سن الرشد.

2- التحديد الزمني لمرحلة المراهقة: إن تحديد المراهقة يكون في كثير من الأحيان أمرا تقريبا لأنه من الصعب تحديد بداية المراهقة و نهايتها تحديدا زمنيا دقيقا وذلك للعوامل التالية:

- تقسيم نمو الفرد إلى مراحل تقسيم إصطلاحي من أجل دراسة المرحلة والتعمق فيها أكثر لأن حياة الفرد تعتبر وحدة متصلة ومتكاملة لا يمكن فصل مرحلة عن سابقتها أو التي تليها، فمراحل النمو المختلفة هي عبارة عن إمتداد وإستمرار لخصائص المرحلة السابقة وتمهيدا للمرحلة اللاحقة. (الدريدي، 1995: 7)

- الفروق الفردية تلعب دورا هاما في تحديد بداية أي مرحلة في النمو ونهايتها، ولعل هذه الفروق الفردية ترجع إلى العوامل الوراثية والعوامل المكتسبة من البيئة، ولهذا نجد أن بداية مرحلة المراهقة ونهايتها يختلفان من فرد لآخر.
- هذه الأسباب من شأنها أن تجعل مرحلة المراهقة أمرا يصعب ضبطه وتحديده، ولكن رغم ذلك توجد عدة تقسيمات وضعت لتسهيل الدراسة والتعمق في المرحلة، ولكن يبقى التقسيم على المستوى النظري، ومن بين أهم هذه التقسيمات:

- مرحلة المراهقة المبكرة: من 12 إلى 15 سنة.
- مرحلة المراهقة المتوسطة: من 15 إلى 18 سنة.
- مرحلة المراهقة المتأخرة: من 18 إلى 21 سنة.

3- الاتجاهات الأساسية في دراسة المراهقة: تعددت الاتجاهات التي إهتمت بدراسة المراهقة، إذ إهتم الباحثون بجميع جوانب النمو في هذه المرحلة.

3-1- الاتجاه البيولوجي: ظهرت الدراسات البيولوجية للمراهقة في الو، م ، أ مع كل من ستانلي هول "STANLEY HALL" و جيزل "GEISEL"، مركزة على عمليات النمو الجسمية و الجنسية إلى جانب الملاحظات الطبية، معتبرة أن الحياة النفسية عند المراهقين يحددها النمو البيولوجي، و الذي يبدأ حسب ستانلي هول بظهور العلامات الأولية.

- الإزدياد المفاجئ في أبعاد الجسم من حيث الطول و الوزن و ظهور مميزات خاصة بالذكور و أخرى خاصة بالإناث.
- ظهور الخصائص الجنسية.

3-2- الاتجاه النفسي السيكلوجي: إذا كان أصحاب الاتجاه البيولوجي يركزون على النمو الجسدي و الجنسي في فترة المراهقة، فإن أصحاب الاتجاه النفسي لا يهتمون هذه المظاهر، غير أنهم يشددون على ما يصاحب هذه التغيرات الخارجية من صراعات و قلق، و حجتهم في ذلك تكمن في أن الأثر النفسي أبعد على حياة المراهق من التغيرات البيولوجية حيث أن غموض هوية المراهق، إضافة إلى المشاعر المتناقضة تشكل إضطرابا و صراعا.

(الدريدي، 1995: 7)

3-3- الاتجاه الاجتماعي: يركز علماء الاجتماع في دراساتهم للمراهقة على أثر البيئة الاجتماعية على شخصية المراهق، على أساس أن المراهق فرد يخضع لظروف اجتماعية تؤثر عليه تأثيرا واضحا " المراهقة تختلف في شكلها و مضمونها وحدثها من مجتمع لآخر من حضارة لأخرى"

3-4- الاتجاه التكاملي: يعتبر هذا الاتجاه إتجاها تكامليا لأنه يجمع بين الإتجاهات الثلاثة السابقة الذكر و هي الاتجاه النفسي، الاتجاه البيولوجي و الاتجاه الاجتماعي، حيث إهتم بجميع الجوانب التي تحدث تغييرا في حياة المراهق. (الدريدي، 1995: 7)
إن تعدد الإتجاهات في دراسة المراهقة يعني أن لها أبعاد مختلفة، و يعني أيضا وجود عدة جوانب تنمو في وقت واحد، مما يؤكد على أنها مرحلة جد حساسة في حياة الفرد.

4- أشكال المراهقة:

4-1- المراهقة المتوافقة:

- سماتها العامة: الإعتدال و الهدوء النسبي و الميل إلى الإستقرار و الإلتزان العاطفي، التوافق مع الوالدين، التوافق الاجتماعي، الرضا عن النفس.
العوامل المؤثرة فيها: المعاملة الأسرية التي تتسم بالحرية، التفهم، الإحترام لرغبات المراهق، إشباع الهوايات، توفير جو من المعاملة الأسرية المبنية على الصراحة و الثقة بين الوالدين و المراهق، و شعور المراهق بتقدير والديه واعتزازهما به، و إعلاء النواحي الجنسية و الإنصراف بالطاقة إلى الرياضة و الثقافة الأدبية. (زهران، 2001: 438)

4-2- المراهقة الإنسحابية المنطوية :

- سماتها العامة : الإنطواء، العزلة، السلبية، التردد، الخجل، الشعور بالنقص، و نقص المجالات الخارجية و التفكير المتمركز حول الذات.
- العوامل المؤثرة فيها: اضطرابات في الأسرة، الأخطاء الأسرية التي منها التسلط و السيطرة و الحماية الزائدة، و ما يصاحب ذلك من إنكار لشخصية المراهق، و تركيز القيم الخاصة بالأسرة حول النجاح الدراسي مما يثير قلق الأسرة و قلق المراهق، و ضعف المستوى الإقتصادي و الإجتماعي و نقص إشباع الحاجة إلى التقدير و تحمل المسؤولية.

4-3- المراهقة العدوانية المترددة:

- سماتها العامة : التمرد الثورة ضد الأسرة و المدرسة و السلطة عموما و الانحرافات و العدوان على الأخوة و الزملاء و العناد بقصد الإنتقام خاصة من الوالدين، و الشعور بالظلم و نقص تقدير الذات و الإستغراق في أحلام اليقظة، و التأخر الدراسي.
- العوامل المؤثرة فيها: التربية الضاغطة، التسلط و القسوة و الصرامة و ضعف المستوى الإقتصادي و الإجتماعي، و نقص إشباع الحاجات و الميول.

4-4- المراهقة المنحرفة:

- سماتها العامة: الإنحلال الخلقي، السلوك المضاد للمجتمع الإستهتار، البعد عن المعايير الإجتماعية.
- العوامل المؤثرة فيها: المرور بصدمات عاطفية عنيفة، القسوة الشديدة في معاملة المراهق و تجاهل رغباته و حاجاته أو التدليل الزائد من ناحية أخرى.

- 5- حاجات المراهق : الحاجة أمر فطري يؤدي تحقيقها إلى التوازن النفسي و الإجتماعي و تعتبر الحاجة قوة دافعة للفرد للعمل الجاد، و بذل مزيد من الجهد و لأنها تختلف باختلاف المراحل العمرية فإن لمرحلة المراهقة حاجات نذكر منها:

- 5-1- الحاجة إلى الغذاء و الصحة : ترتبط صحة المراهق بالغذاء الذي يتناوله لذلك فإن الحاجة إلى الغذاء ذات تأثير مباشر على جميع الجوانب، و بالتالي وجب على الأسرة إشباع حاجات المراهق و إتباع القواعد الصحية السليمة، لأن مرحلة المراهقة مرحلة نمو سريعة تحتاج إلى كميات كبيرة و متنوعة من الطعام لضمان الصحة . (زهران، 2001: 438)

5-2- الحاجة إلى الإستقلالية : هي من أبرز مظاهر الحياة النفسية لدى المراهق إذ يميل إلى الاعتماد على نفسه، و يعد الإستقلال من الصفات التي يناشدها المراهق، فنجده يسعى لضمان دخل خاص من أجل تلبية حاجاته و ليحقق بذلك شيئاً من الإستقلال الإقتصادي الذي يبقى إستقلالا جزئي أو ظاهري، و لكن يبقى السعي إلى الإستقلالية خطوة هامة نحو النضج الإجتماعي و العلائقي و من ثم وجب على العائلة تشجيعهم في إطار موجب و سليم.

5-3- الحاجة إلى التقدير و المكانة الإجتماعية: إن إحساس المراهق بالتقدير من طرف أسرته و من طرف جماعته أمر ذو تأثير كبير على شخصيته، فالمراهق يريد أن تكون له مكانته بين الراشدين و أن يتخلى عن موضعه كطفل.

5-4- الحاجة إلى التفكير و الإستفسار عن حقائق : تتطور القدرات الخاصة بالإنتباه و التخيل و الذكاء في مرحلة المراهقة، و تزداد حاجة المراهق إلى الإستفسار عن الظواهر و الحقائق الموجودة حوله، و التي تثير إهتمامه فتكثر تساؤلاته عن بعض القضايا التي تستعص على عقله، و من واجب الأسرة أن تلبي هذه الحاجة و ذلك من أجل تنمية تفكيره بطريقة سليمة.

5-5- الحاجة إلى القيم و المبادئ: القيم و المبادئ و الأعراف المتفق عليها في مجتمع ما هي التي تحدد ما هو مقبول و ما هو مرفوض إجتماعيا، و المراهق كفرد يحتاج إلى التمسك بهذه القيم حتى لا يخالف ما هو مألوف، و كثيرا ما تصطدم حاجاته و رغباته بالعادات و التقاليد، و لعل أهم ما يستولي على تفكير المراهق في هذه المرحلة الرغبة الجنسية، و هي دافع قوي و ملح، لذلك فالمراهق يحتاج إلى قيم أصلية ليواجه بها هذا الدافع.

5-6- الحاجة إلى الأمن و الحاجة إلى الحب و القبول: و تعني هذا الحاجة الشعور بالأمن الداخلي و الشعور بالراحة، من خلال أسرة آمنة مستقرة سعيدة محبة لأطفالها متقبلة لهم مهما كانت ظروفهم .

5-7- الحاجة إلى الإشباع الجنسي: من خلال البحث المستمر لفهم كل ما يتعلق بالجنس، ويكون دور الأسرة التربوية الجنسية السليمة. (زهران، 2001: 439)

6- المشاكل التي تظهر في مرحلة المراهقة :

6-1- المشكلات الجسمية : تعتبر المراهقة أزمة نفسوبولوجية غالبا ما تصاحب بصعوبات وإضطرابات في السلوك، فهذه المرحلة تترافق بطفرة في النمو و التي تحول كليا الشكل الفيزيولوجي، هذه التغيرات تكون سببا في ظهور بعض المشاكل الجسمية، و لأن الجسم من المقومات الأساسية في تكوين الشخصية ترى هيرلوك " Hurlok " أن من أهم الخبرات في هذه المرحلة هي تقبل الجسم التغيرات التي تطرأ عليه.

6-2- التمرد على الأسرة : مرحلة المراهقة مرحلة صراع و تمرد على السلطة الوالدية وكل ما يمثلها كالسلطة والمدرسية، فنجد المراهق دائم الإعتراض على آرائهم و قد يتمرد، ينزل و يقاتل والديه حتى يستطيع إثبات ذاته، ويرى بعض العلماء أن الصراع مع الوالدين عملية نفسية داخلية و هي حتمية وضرورية لنمو نفسي و إجتماعي سوي، و لكن هذا الصراع لا يجب أن يدوم طويلا و على المراهق أن يعود إلى حالة الود مع والديه، ويستمتع لنصائحهما و يناقشهما في الأمور التي يتعارضون فيها، إذ أن النزاع و الصراع الدائم بين الوالدين والمراهق يعتبر مشكلة إجتماعية لها آثارها في تكوين شخصية المراهق .

6-3- أحلام اليقظة : أحلام اليقظة مظهر من مظاهر النشاط العقلي النفسي الإجتماعي والتي تظهر عند المراهقين و هي مليئة بالتخيل لكل ما يتمناه المراهق و لا يستطيع الحصول عليه بالفعل، و أحلام اليقظة لها جانبان جانب إيجابي و يتمثل في دفع المراهق إلى العمل لتحقيق كل ما يفكر فيه، كما أنها تعتبر تفريغا لرغباته مما يخفف عنه حدة الإنفعالات أما الجانب السلبي فهو قضاء وقت طويل في هذه الأحلام على حساب نشاطات كثيرة كان يمكنه القيام بها، كما تدل هذه الأحلام على عدم قناعة المراهق و عدم رضاه بالواقع المعاش وبالتالي تعتبر مشكلة فعلية إذا ظلت في شكلها السلبي. (زهران، 2001: 439)

يظهر سلوك المراهق المليء بالحماس و الإنطلاق و الإقبال على الحياة و لكن تحت هذه الواجهة قد يكون هناك قلق بخصوص إتخاذ القرارات وحل مشكلات الحياة، و الحقيقة أنه قليلا ما تمر مرحلة المراهقة دون أن تعترض المراهقين بعض الصعوبات التي تؤدي إلى ظهور سلوكيات مرفوضة إجتماعيا كالسلوك العدواني، محاولة منه لإثبات ذاته أو

الانتقام من معاملة والديه، أو إقتداء بجماعة رفاقه و الأسباب في ذلك كثيرة.(زهران، 2001: 440)

ثالثاً/ العادات الغذائية:

1- تعريف التغذية: إن التغذية الصحية هي الهدف المنشود، وأن النظام الغذائي المبني على التوازن والتكامل والإعتدال في تناول المواد الغذائية سوف يساعد على بناء أجساما صحية وقوية، ولكي تتحقق متطلبات الصحة العامة لنظام التغذية السليم، يجب تنظيم معدلات التغذية من المواد الدهنية والكربوهيدراتية والبروتينات لتعويض إستهلاك الطاقة والعمليات البنائية بالجسم، وكذلك تنظيم معدلات التغذية من حيث محتوى الماء والعناصر الدقيقة والمعادن والفيتامينات، بهدف ضمان تحقيق وظائف الجسم المختلفة بكفاءة ووقاية من الامراض.

ويشير بهاء الدين سلامة 2000 أن الوجبة الغذائية المتزنة والمتكاملة، هي التي تحتوي على جميع العناصر الغذائية، وحيث أن الزيادة الكبيرة في عنصر واحد على حساب باقي العناصر الغذائية قد تؤدي الى أضرار ومشاكل صحية عديدة، مثل السمنة وسوء التغذية.

فالتغذية إذا كعلم تحتوي على التركيب الكيميائي للطعام، وطريقة هضمه وتمثيله، وأمراض نقص التغذية، أي أن التغذية تشمل التفاعلات الطبيعية والكيميائية الضرورية لبناء الجسم والتي تعمل على إستمرار الجسم في القيام بوظائفه الفسيولوجية، **وبناء على ذلك يمكن:**

تعريف التغذية: بأنها مجموع العمليات التي بواسطتها يحصل الكائن الحي على المواد اللازمة لحفظ حياته، وما يقوم به من نمو، وتجديد للأنسجة المستهلكة، وكذلك توليد الطاقة التي تظهر في صورة حرارة أو عمل جسماني (سلامة، 2001: 89)

يتضح من هذا التعريف أن التغذية هي مجموعة العمليات المختلفة التي بواسطتها يحصل الكائن الحي على الغذاء أو العناصر الغذائية الضرورية.

2- التربية الغذائية: التغذية هي أساس الحياة الأولى عند الإنسان، إذ تلعب دور مهم في النمو الجسمي والإنفعالي، وللحديث بشكل واضح يجب الرجوع إلى الوراء للتحدث عن تطور الأفكار بخصوص بدء السلوكيات الغذائية في الطفولة الأولى، إذ منذ عدة عقود كان يعتقد أن الأم الجيدة هي تلك التي تملأ رضيعها وأنه كلما كان هذا الأخير ضخماً كلما دل على صحته وبالتالي نجاح والديه بخصوصه وكانت أسطورة الرضع الضخام عناوين لإشهار بعض أنواع الطحين الغذائي كما أنشئت أجيال ما بعد الحروب على أساس هذه الفكرة-الطفل السليم من كان مملوءاً وضخماً.

وهذا الأمر يمكن فهمه كرد فعل إ تجاه فترات الضيق والذكريات السيئة عن معسكرات الإبادة، والرغبة في تعويض نقص التغذية الذي ظهر في فترات الحرب هذا في أوروبا عموماً، أما في الجزائر ولوقت ليس بالبعيد مازال في بعض المناطق، الأم تقفخر وتفرح لبدانة طفلها معناه أنها نجحت في دورها كأم مغذية (ميموني، 1994: 131).

ثم جاء عصر أطباء الأطفال ومختصي التغذية، الذين أصبحوا يملون القوانين والنصائح التربوية وأساسها العقلنة العلمية المعتمدة على حساب دقيق للحصص الغذائية وتوزيع الرضاعات، ثم توزيع الوجبات إلى حد حرمان الأمهات من ممارسة عفويتهم وحسن ظنهم في تغذية أبنائهم، وهذا أدى إلى اضطرابات كثيرة في العلاقة أم -طفل، وتسبب ذلك في الحرمان العاطفي لان هناك بعض الأمهات إستغنين عن الرضاعة الطبيعية، حيث دلت دراسات أن الإستغناء عن الرضاعة الطبيعية يزيد من إحتمال الإصابة بالبدانة بنسبة كبيرة، إلى جانب ذلك الإعلانات التي كانت تميز بين الأغذية التي تسبب البدانة والتي لا تسبب البدانة، ذلك النمط أصبح يشكل خوفاً من الإصابة بزيادة الوزن.

ثم جاءت فكرة التغذية تحت الطلب وهي طريقة تعطي أهمية لحاجات المولود الجديد، هنا الأمر لم يعد يتعلق بالكميات الجيدة والساعات المناسبة، غير أن هذه الطريقة إذا لم تفهم جيداً تؤدي إلى عواقب سيئة لأنها تعتمد على حدس الأم للتمييز بين مطالب الرضيع، فالرضاعة تكتسب معنى اللذة في المقام الأول لكونها تخرج الرضيع من ألم الجوع.

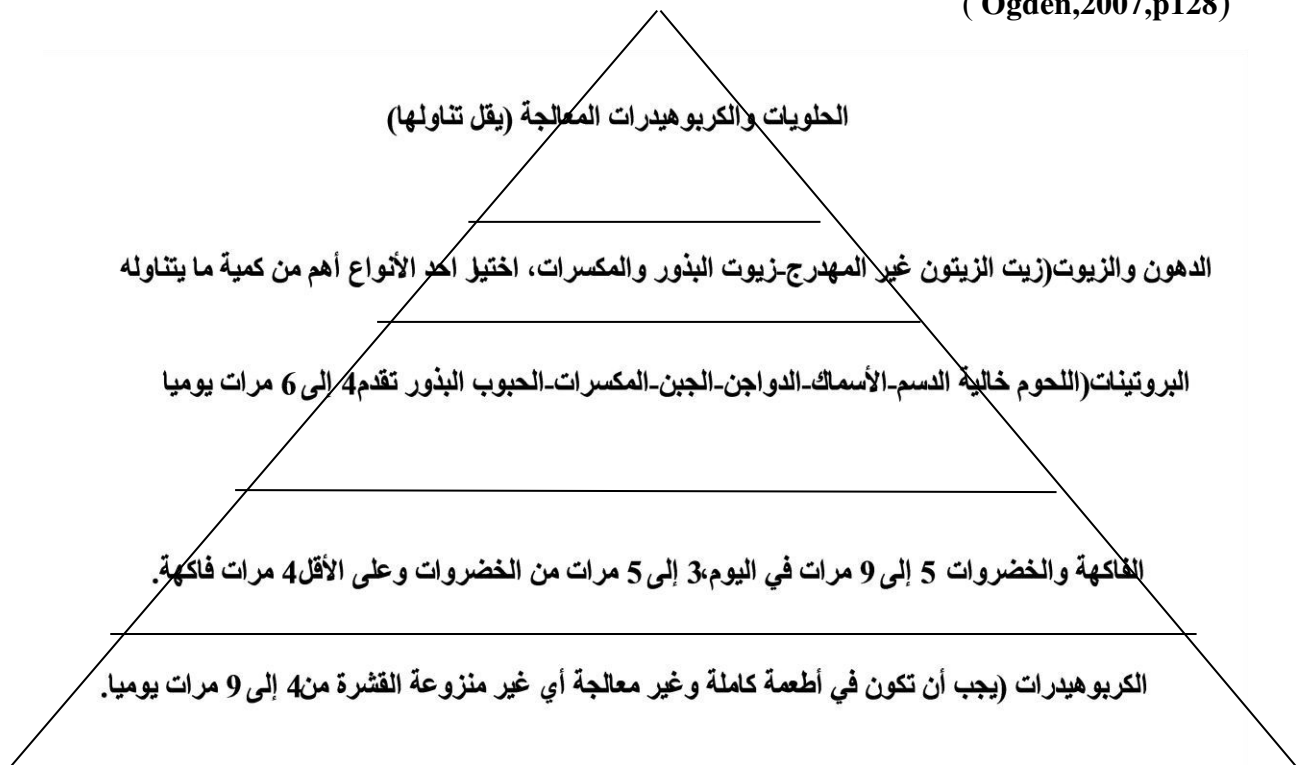
(Anderson, 2004, p629)

لهذا السبب فإن أولى ضحكات الرضيع تكون بمثابة ردة فعل لفرحته برؤية الطعام "الثدي أو زجاجة الحليب" الذي سيؤمن له لذة التخلص من آلامه.

بعد هذه المرحلة، أي بعد الضحكة الأولى تتعقد الروابط وتتشعب فيرتبط الجوع والإكتفاء بالحاجات للعطف والشعور بالأمان بالأوقات المحددة لتناول الغذاء برائحة جسد الأم، بأوضاع معينة يتناول فيها غذاءه أو بأشخاص معينين يقدمونه له، وبالطبع فإن نمو الطفل يترافق مع نمو إدراكه، ومع تشعب الروابط بين غريزة التغذية وبين باقي الغرائز والأحاسيس؛ وبما أن الأم هي صلة الوصل بين طفلها وبين العالم الخارجي فإنها المسؤولة عن مساعدة طفلها في تعريف وتحديد كافة أحاسيسه ومن بينها إحساسه بالجوع وبالعطش وهذا الدور يجعل من شخصية الأم عاملاً رئيسياً في تحديد الطفل لأحاسيسه، وللفضل بين غريزة التغذية وبين بقية غرائزه وإنفعالاته. (Anderson, 2004, p629)

3- هرم الغذاء: تعتبر أفضل الطرق لتمثيل ما يجب أن يتكون منه النظام الغذائي هي استخدام هرم الغذاء، وهي الأداة التي قدمتها لأول مرة وزارة الصحة الأمريكية واستعانت بها دول أخرى عديدة، ويتضح أن ما ورد في أقصى قمة الهرم من أغذية، هي ثلث التي يجب أن تؤكل كثيراً، بينما ما ورد بالفئات الأخرى يمكن تناوله بحرية أكثر.

(Ogden, 2007, p128)



1- الكربوهيدرات: يحصل الجسم على المواد الكربوهيدراتية من خلال المواد النشوية والسكرية في شكلها المركب، ثم تتحول من خلال عملية الهضم الى سكر جلوكوز يسهل إمتصاصه في الدم، ولكي يحافظ الدم على مستوى سكر الجلوكوز به ثابتاً دائماً (80-120 ملي جرام) يتم تخزين الزائد من الجلوكوز في الكبد والعضلات على هيئة جليكوجين، تختزن العضلات حوالي 15 جرام لكل كيلوجرام من وزن العضلة، وما يزيد عن ذلك من المواد الكربوهيدراتية يخزن على هيئة دهون في الجسم.

يشير أسامة راتب وإبراهيم خليفة أن المواد الكربوهيدراتية تعتبر مصدر الوقود المثالي للجسم، وتساهم بما يقرب من نصف حاجته للطاقة بمعنى أنه يجب أن توفر لنا الكربوهيدرات 50% من الطاقة التي نحتاجها على الأقل، ولكن يحذر علماء التغذية من الإفراط في تناول المواد الكربوهيدراتية بما يزيد من حاجة الجسم، لأن الكميات الزائدة عن احتياجاته تتحول إلى دهون.

إذا تعتبر مصدراً هاماً لإمداد الجسم بالطاقة والفيتامينات والألياف والمعادن، حيث اعتقد البعض فيما سبق أن مقاطعة الدهون والإعتماد على الكربوهيدرات بدلاً منها قد يقلل الوزن، وما قد يصاحب الغذاء الدهني من مشكلات صحية، وقد قاد هذا البعض إلى الاعتقاد بأن كل الكربوهيدرات تتساوى، ولكنها ليست كذلك فما ينصح بتقديمه هنا هي الكربوهيدرات المتكاملة وليست المصنعة أو البيضاء (منزوعة القشرة) (سوليفان، 2005: 100) لذا ينصح بتناول الخبز المتكامل الأسمر، والحبوب كاملة الحبة والمكرونات البنية والأرز البني، كما يجب التقليل من البسكويت، والكعك، والخبز الأبيض، وكل المخبوزات المصنوعة من الدقيق الأبيض وغيرها، فلا يجب الإعتماد على كل هذه الأصناف كجزء من النظام الغذائي. (الركبان، 2009: 32)

■ النصائح التي يجب إتباعها عند تناول أطعمة هذه المجموعة:

- إذا أردت الحصول على أكبر قدر ممكن من الألياف عليك باختيار الأطعمة التي تحتوي على الحبوب الخالصة بقدر الإمكان ومنها: خبز القمح الخالص.
- اختر الأطعمة التي توجد بها نسبة دهون وسكريات قليلة ومنها المكرونة والأرز والخبز.
- تعتبر الأكلات المخبوزة والمصنوعة من الدقيق مثل الكيك والبسكويت والكرواسون جزءاً من أطعمة هذه المجموعة، وبها نسب عالية من الدهون والسكريات فيجب الحذر عند إضافة المواد الدهنية والسكرية لهذه الأطعمة.
- يضاف نصف المقدار المقرر استخدامه من الزبد أو السمن النباتي عند إعداد أطعمة هذه المجموعة ومنها المكرونة.
- هناك اعتقاد خاطئ بأن أطعمة هذه المجموعة تسبب الزيادة في الوزن ولكن الذي يسبب الزيادة في الوزن هو ما يتم إضافته لهذه الأطعمة من زبد وسمن نباتي وسكر ودهون وخاصة المستخدمة مع الدقيق في عمل المخبوزات.

2- الفاكهة والخضراوات: تمد الجسم بالفيتامينات مثل فيتامين أ، وفيتامين ج، كما تمد بالمعادن مثل الحديد والماغنسيوم وهي مجموعة قليلة في دهونها ومصدر هام للألياف، وتوجد أنواع متعددة من الخضراوات :

- خضراوات نشوية مثل البطاطس والذرة.
- بقوليات ومنها الفاصوليا، والحمص.
- خضراوات ورقية مثل: السبانخ، والبروكلي (نوعاً من أنواع القرنبيط).
- خضراوات ذات لون أصفر داكن مثل الجزر والبطاطا.
- وأنواع أخرى من الخضراوات : الخس، الطماطم والبصل، والفاصوليا الخضراء.
- تناول ثمرة الفاكهة أفيد من تناول عصائرها لأن نسبة الألياف فيها أكثر.
- أن يكون عصير الفاكهة طبيعياً 100% غير مضاف إليه أية عناصر أخرى.
- عليك بأكل الشمام والتوت بشكل منتظم لأنها غنية بفيتامين ج.
- الحذر من تناول الفاكهة المجمدة أو المعلبة والعصائر المحلاة . (Ogden,2004,p75)

المقصود من تناول الخضروات والفاكهة خمس مقادير يوميا، محاولة حمل الناس على تناول الكثير من هذه العناصر الضرورية، وخمس مقادير يجب أن تكون الحد الأدنى لما يتناوله الشخص، كما يجب الموازنة بين الخضر والفاكهة، فالخضروات ضرورية للغاية ولا ينصح بالنظام الغذائي الذي يعتمد على الفاكهة دون الخضروات، لذا فيجب تناول على الأقل (3-5) مقادير من الخضروات وعلى الأقل 4 مقادير من الفاكهة.

3- البروتينات : يحصل الجسم على البروتين من مصادره النباتية والحيوانية بالغذاء، وتعتبر مهمة البروتين الأساسية هي بناء خلايا وأنسجة الجسم، ولا يعتمد عليه في إنتاج الطاقة إلا بنسبة قليلة لا تكاد تذكر خلال النشاط الرياضي، ولذا فإن البروتينات كأحد عناصر الغذاء الأساسية لا يكون لها دور كبير في إصابة الفرد بالسمنة.

ويذكر كل من أسامة راتب وإبراهيم خليفة أن الأحماض الأمينية الناتجة عن تحلل البروتينات بفعل العصارات الهضمية يكون لها عملان رئيسيان، الأول هو أن جزءا منها يستعمل في بناء البروتينات داخل الجسم من جديد، فمن ذلك تعوض العضلات والأنسجة الأخرى ما فقدته منها أثناء التمثيل الغذائي للبروتينات الداخلية، ومن ذلك أيضا تركيب البروتينات اللازمة لنمو الجسم، أما العمل الثاني هو أن الجزء الأكبر من الأحماض الأمينية تجري فيه عمليات الإحترق فيمد الجيم بالطاقة، حيث يحصل الجسم على نسبة من 10-15% تقريبا من احتياجاته من الطاقة بواسطة البروتينات، ويتم إستخدامها كمصدر لمد الجسم بالطاقة بعد إستهلاك المخزون من السكريات والدهون، وأن أي زيادة في هذه النسبة في الغذاء تتحول إلى دهون تتراكم في الجسم.

إذا تعتبر الألبان والأجبان مصدراً هاماً للبروتينات والفيتامينات والمعادن، كما أنها تمدنا هي والزيادي والجبن بالكالسيوم، تصنف هذه الأطعمة في فئة البروتينات، يحتاج الأشخاص ما بين (2-3) مقادير من منتجات الألبان يوميا، وهو ما يمثل نصف ما يجب أن يتناوله الشخص من البروتين، وقد يقع بعض الأشخاص في الخطأ حين يقاطعون كل منتجات الألبان مرة واحدة معتقدين أنها كثيرة الدسم، إلا أنها ضرورية ويجب أن تكون ضمن غذاء الشخص، أما باقي العناصر البروتينية التي يجب أن يشملها الغذاء فيجب أن تكون في صورة الأسماك واللحوم خالية الدهن والمكسرات والبذور والبقوليات والبيض. (Ogden,2004,p75)

4- الدهون والزيوت: تمثل الدهون ركنا أساسيا في النظام الغذائي بشرط ألا يتعدى نسبة الطاقة الناتجة عنها 35% من إجمالي إحتياج الجسم على حسب تقدير خبراء التغذية، ويؤدي النظام الغذائي الذي يحتوي على كمية من الدهون إلى حدوث السمنة، حيث أن الجرام الواحد من الدهون يعطي ضعف الطاقة الحرارية التي يعطيها جرام من المواد الكربوهيدراتية.

ويذكر بهاء الدين سلامة 1992 أن الأدلة الحديثة تشير إلى أن السمنة ترتبط بكمية تشبع الدهون في الوجبة الغذائية، بصرف النظر عن كمية السعرات المستهلكة، حيث كلما زادت كمية تشبع الدهون في الوجبة الغذائية أصبح الفرد أكثر عرضة لمخاطر السمنة.

وتوصي الجمعية الأمريكية للقلب أنه يجب تقليل الدهون الى نسبة 30% من إجمالي السعرات الحرارية، ومن هذه السعرات لا تزيد نسبتها على 10% من الدهون المشبعة(منتجات حيوانية ، زيوت، وكذلك يجب ألا يتعدى نسبة الكولسترول 300مجم في الدم، وتساعد التغذية المنخفضة الدهون المشبعة والمنخفضة الكولسترول على عدم حدوث السمنة وتجنب أمراض القلب.

حيث يشير موقعها في الهرم إلى وجوب تناولها بكميات قليلة، وهذا صحيح بالتأكيد لأن تناول الكثير من الدهون قد يؤدي إلى زيادة دهون الجسم، إن بعض الدهون مثل زيت الزيتون، والتي تعتبر دهون أحادية غير مشبعة لها اثر إيجابي على الجسم ويمكن أن يساعد تضمينها في النظام الغذائي على المساعدة في معادلة الآثار السلبية لدهون غير صحية.

5- الحلويات والكربوهيدرات المعالجة: وتحتل قمة الهرم وينصح خبراء التغذية باستخدام أطعمة هذه المجموعة بحذر شديد وعلى نحو مقتصد وتتمثل في الأطعمة التالية: التوابل، الزيوت، الكريمة، الزبد، السمن النباتي، السكريات، المياه الغازية وهى تمد الجسم بسعرات حرارية أكثر من إمدادها بالمواد المغذية.

1- الوجبات الصحية: قبل أن نتطرق للتفاصيل فيما يتعلق بالوجبات، يجب أن نتعرض

للأسس التالية:

- الالتزام بهرم الغذاء يوميا. (الركب، 2009: 34)

- البدء بالفاكهة والخضروات، فإن تناول أكثر من خمس مرات من الفاكهة يوميا ويفضل أكثر من ذلك، فإنه إذا قد حصل على القدر الكافي من الأطعمة الأساسية المغذية والجيدة الأمر الذي يساهم في تقليل الجوع.

- محاولة تضمين نوعين - على الأقل - من الفاكهة أو الخضروات بكل وجبة، والحرص على التوازن، وتذكر عدم إهمال الخضروات لحساب الفاكهة.

- إختيار مصدرا جيدا للبروتين مثل الدجاج أو السمك أو الفول أو اللحم الأحمر الخالي من الدهون.

- محاولة إختيار الكربوهيدرات غير المعالجة مثل الأرز الداكن والمعكرونة كاملة المكونات.

- الإكثار من الماء أو العصير أو اللبن مع الوجبات، ويمكن إضافة قطرات من عصير الفاكهة المركز أو عصير الليمون للماء للتشجيع على شربه إن لم تعود على ذلك.

- لا يجب إبعاد التحلية من القائمة، فيمكن تناول الزبادي أو الفاكهة أو الفواكه المعلبة أو عصير الفاكهة المجففة للتحلية، كما يمكن تناول قطعة من الشيكولاتة الجيدة بتركيز 70% كاكاو أو البسكويت أو الكعك فهذا قد يرضي حاجة محبي الحلو.

- لا تنسى الوجبات الخفيفة، فالأطفال عادة جوعا عند عودتهم من المدرسة، وغالبا لا يستطيعون الصبر بين الوجبات دون تناول أي شيء أو أي مشروب، فعليك توفير الوجبات الخفيفة الصحية وتقديمها بشكل منتظم، وهذا سيساعد على إستقرار ضغط الدم، والوقاية من النهم والإفراط في الأكل.

ب- إعداد الوجبات: بعض الأفكار عن الوجبات الصحية سهلة التحضير:

- الإفطار: لهذه الوجبة أهمية كبيرة في السيطرة على الوزن، حاول تضمين مصدر جيد للبروتين في وجبة الإفطار، مثل البيض واللبن والجبن، فهذا سوف يساعد على إستقرار ضغط الدم خلال الصباح، ويساعد على التركيز، وقم دائما بإضافة مقدار أو أكثر من الفاكهة. (سوليفان، 2005: 134)

وجبة الإفطار: - القيام بإعداد خليط الحبوب والمكسرات، وإضافة التوت أو أي فاكهة موسمية أخرى، وتقديمها مع كوب من العصير كما يمكن إضافة بعض العسل، إن أردت تحلية الخليط.

- يمكن تقديم البيض المسلوق وكوب من العصير.
- يمكن تقديم شريحة من اللحم المشوي، وبيضة مسلوقة، وبعض التوت أو البرتقال، أو بعض العصير.

- سندويش لحم مشوي مع الطماطم والخيار مع كوب عصير.

- عصير فاكهة وثمره برتقال.

- مربى منخفض السكر، وكوب من اللبن أو العصير.

- فاكهة طازجة أو معلبة تخفق جميعا مع ثمرة موز.

- الغذاء: إعداد الغذاء يجب أن يقوم على نفس الأسس التي يتم بها إعداد الوجبات الأخرى، فنحن نرغب في التوازن والتغذية والتنوع في تقديم الأغذية الصحية وفقا لهرم الغذاء.

- تناول نوعين من الخضروات على الأقل مع نوع من الفاكهة في كل وجبة.

- تناول الأرز والخبز الأسود، تناول اللحم أو الأطعمة المقلية بطبقه من البيض لمرة واحدة في الأسبوع.

- بالنسبة للسندويشات، اختر الخبز الأسمر بدلا من الخبز الأبيض، وأضف أحد مصادر البروتين (تونة أو لحم دجاج أو اللحم الأحمر أو البيض على سبيل المثال) وذلك لتقليل إنتقال السكر للدم، أضف أيضا بعض الخس أو الخيار أو الطماطم حتى تصبح غنية بالعناصر الغذائية، والألياف التي تعود بأثر صحي على الوزن.

- حاول تجنب المقرمشات ومنتجات الشكولاتة، والتي تمثل وجبة صحية بأي حال من الأحوال، وهناك بدائل لهذه الأنواع مثل خليط من المكسرات والبذور والفاكهة المجففة، أو بعض قطع الجبن.

- وجبات العشاء: لا يتحتم أن تكون الوجبة ثقيلة حتى تكون مغذية.

- صدور الدجاج المشوية أو الأوراك مع البطاطس المشوية والفاصوليا الأخضر والبر وکلي والجزر. (سوليفان، 2005: 136، 149)

- لحم مشوي أو دواجن مع البطاطس المطهية على البخار أو الأرز والكثير من الخضروات الطازجة.

- المعكرونة مع صلصة الخضروات وشرائح الخضروات.

- اللحم الأحمر خالي الدهون.

- طبق كبير من حساء الخضروات.

- شرائح اللحم مع عصير التفاح.

- التحلية: لا يوجد سبب لتحريم تناول الحلو من الطعام في آخر الوجبات، فلا ضرر من

تناول الكثير من الفاكهة الطازجة، والخضروات على مدار اليوم، كما يعد من المقبول

بالتأكيد تناول شريحة صغيرة من الكعك أو طبق صغير من الآيس كريم، وبعض البسكويت

للتحلية، فالمبالغة في حظر تناول بعض الأطعمة يؤدي إلى إفساد الإستماتع بالطعام، فالحكمة

تتمثل في تجنب تقديم الزائد وغير الضروري من الطعام بين الوجبات، أو تكرار تقديم نفس

الأصناف كل ليلة، ومن البدائل الصحية سلطة الفواكه أو عصائر الفواكه المجمدة، كما يمكن

رش القليل من الكاكاو عليها مع الإقلال من السكر مع أطعمة التحلية، فطبق من التوت

الطازج قد لا يحتاج لإضافات للتحلية، أما إذا كان مرا فإنه يمكنك رش القليل من السكر

ويمكنك تقديم الفاكهة إلى جوار صنف التحلية إن كان غير مصنوع منها، كما يمكن استخدام

شرائح الخوخ فوق كؤوس الآيس كريم، كما تعتبر شرائح الأناناس طعاما طيب المذاق،

ويمكن تقطيع المانجو لمكعبات وتقديمها مع الزبادي والعسل، وقد يكفي في بعض الليالي

تناول ثمرة من الموز أو التفاح أو الفاكهة المعلبة في عصيرها. (سوليفان، 2005: 136-151)

4- السلوكيات الغذائية عند المراهقين: أجرى (الركبان، 2004) دراسة تهدف إلى وصف

السلوكيات الغذائية للمراهقين في مدينة الرياض ودراسة مختلف العوامل المؤثرة فيها، كما

هدفت الدراسة إلى تقييم معلومات المراهقين عن التغذية وعلاقة تلك المعرفة بسلوكهم

الغذائي، وكانت الدراسة مسحية مقطعية شملت المراهقين في مدينة الرياض من السعوديين

وغير السعوديين، وتم إختيار العينة بطريقة طبقية عشوائية، وشملت العينة المختارة مشاركة

1023 مراهقا من سكان الرياض، وقام أفراد العينة بتعبئة إستبانة صممت لتحقيق أهداف

الدراسة، والتي إحتوت على معلومات عن السلوكيات الغذائية ومعلوماتهم عن التغذية، وتبين

من الدراسة أن 49.7 % فقط منهم يتناولون الإفطار يوميا في المنزل، وأن 32.8 % يتناولون المشروبات الغازية بصورة يومية، وأن 20.4 % و 28.2 % منهم نادرا ما يتناولون الحليب والخضروات أو الفواكه على التوالي، كما اتضح وجود علاقة عكسية بين العمر وكل من تناول الإفطار يوميا في المنزل وتناول الحليب ومشتقاته وتناول الخضروات والفواكه وأن هناك علاقة طردية بين العمر وتناول المشروبات الغازية والوجبات السريعة.

كما وجد أن السعوديين أكثر شربا للمشروبات الغازية من غير السعوديين وأن غير السعوديين أكثر تناولًا للخضروات والفواكه من السعوديين وكذلك توجد علاقة طردية بين وجود الأمراض المزمنة وبعض السلوكيات غير الصحية، ككثرة شرب المشروبات الغازية وتناول الوجبات السريعة وقلة شرب الحليب ومشتقاته وتناول الخضروات والفواكه وكذلك غير المدخنين أقل حرصا على تناول الإفطار الصباحي وتناول الحليب والخضروات والفواكه من غير المدخنين، وكل ذلك بدلالة إحصائية ذات فروق معنوية، ووجدت كذلك علاقة طردية بين صحة المعلومات الغذائية والممارسات الغذائية المختلفة، وأن كثيرا من المراهقين يعتمدون على وسائل الإعلام العامة (التلفاز والراديو والصحف والمجلات) في معلوماتهم الغذائية، وتوصلت النتائج إلى أن السلوك الغذائي للمراهقين في السعودية يحتاج إلى مزيد عناية وإهتمام، حيث يظهر إنتشار السلوك الغذائي غير الصحي بينهم كما إتضح أن لتقدم العمر وللتدخين ولضعف المعلومة الغذائية أثرا في ذلك، ومن هنا فإننا نحتاج إلى ترشيد وسائل الإعلام لخدمة التوعية الغذائية للمجتمع من خلال البرامج الإرشادية والعناية بالإعلانات التجارية وبرامج الأطفال والشباب، مع أهمية التركيز على تفعيل دور الأسرة والمدرسة. (الأنصاري، 2008: 6،7)

4-1- سلوكيات (عادات) غذائية سيئة عند المراهق:

1- تناول الوجبات السريعة: لقد إرتبط مفهوم الوجبات السريعة بالهمبرجر والدجاج المقلي والبيتزا والبطاطس المقلية، وهذا مفهوم خاطئ حيث لو أخذنا المعنى الحرفي والعملية للوجبات السريعة، فهي عبارة عن أغذية تحضر و تؤكل في فترة قصيرة (بشكل سريع)، ويعني ذلك أن الدجاج المشوي والحمص والفاول وغيرها هي وجبات سريعة، حتى الأرز بأنواع تحضيره أصبح يقدم في المطاعم التي تقدم الوجبات السريعة خصوصا في المجمعات

التجارية التي إزدهرت مؤخرًا، ولا يوجد غذاء مفيد وغذاء غير مفيد لأنه في الحقيقة كل غذاء مهما كان نوعه له فائدة ما، لذا يمكن القول أن هناك عادات غذائية مفيدة وعادات غذائية سيئة، وهنا يمكن إدراج تناول بعض الوجبات السريعة في حالة الإكثار من تناولها وإتخاذها نمطًا غذائيًا سائدًا للطفل والمراهق أو الشخص في أي مرحلة عمرية ضمن العادات الغذائية السيئة، والمعروف أن بعض الوجبات السريعة تحتوي على نسبة عالية من الدهون والكوليسترول وعنصر الصوديوم (الملح)، ونحن لا نحبذ الإكثار من تناول هذه العناصر الغذائية، ولكن في الوقت نفسه العديد من الوجبات السريعة غنية بالفيتامينات والأملاح المعدنية والبروتين، وبعضها غني بعنصر الحديد المهم للوقاية من فقر الدم، لذا فإن النصيحة المثلى هي الاعتدال في تناول الوجبات السريعة، فعندما يكون تناول هذه الوجبات في أحد أيام العطلات الأسبوعية فلا ضرر في ذلك، أما إذا كان تناول هذه الوجبات بشكل يومي فالأفضل أن تترك هذه العادة، وبالرغم من ذلك فإن هذا يتوقف على نوع الوجبة السريعة، فمثلاً الاعتدال والتوازن في تناولها مع بعض التوجيه كأن يكون الدجاج المشوي بدون جلد مع الخبز الأسمر، بالإضافة إلى أنواع مختلفة من السلطات الخضراء الطازجة وعصير البرتقال وهذه كلها أغذية صحية ومفيدة، إذا انتقاء نوع الغذاء من مطاعم الوجبات السريعة أمر مهم للحصول على وجبات صحية.

2- تناول المشروبات الغازية: أصبحت المشروبات الغازية جزءاً مهماً من مائدة الغذاء عند العديد من الأسر، كما أصبحت مكملًا هاماً للوجبات السريعة.

قد صرح الكثير من المراهقين والشباب بأن الطعام لا يكون لذيذاً إذا لم تكن المشروبات الغازية موجودة معه، إن المشروبات الغازية عبارة عن محلول مكون من ماء وغاز ثاني أكسيد الكربون وسكر وبعض النكهات الاصطناعية، وهي بالتالي لا توفر أية عناصر غذائية تذكر بخلاف الطاقة الحرارية الناتجة من السكريات، وعليه واحدة من المشروبات الغازية توفر ما بين 150-180 سعرة حرارية. (الأنصاري، 2008: 7، 8، 9).

أما المشروبات الغازية المسماة باللايت فهي لا تحتوي إلا على سعة حرارية واحدة وبالتالي لا تزيد من الطاقة الحرارية التي يتناولها الإنسان مع غذائه، وتحتوي مشروبات الكولا على مادة الكافيين ولكن بكميات قليلة مقارنة بالقهوة والشاي، وأن أهم ما يشغل بال ويقلق علماء التغذية هو إحلال المشروبات الغازية محل عصير الفواكه والحليب، فقد أوضحت الدراسات أن المراهقين والشباب يبدؤون بتناول كميات غير قليلة من المشروبات الغازية، وهذه تلقائياً تحل محل العصير مع الطعام وشرب الحليب بين الوجبات الرئيسية أو مع وجبة العشاء، فامتلاء المعدة بالمشروب الغازي يعني عدم وجود مكان لمشروبات أخرى، كما أن وجود السكريات في المشروبات الغازية يجعلها مصدراً هاماً لتسوس الأسنان خاصة أن المشروب الغازي يتوزع ويتغلغل بين الأسنان، ولكن في حالة غسل الفم والمضمضة الجيدة بعد تناول المشروبات الغازية فإن هذا التأثير يختفي .

أما من ناحية الكافيين وهي مادة منبهة توجد بشكل أكبر في مشروبات الكولا، وبالرغم من أن الكمية قليلة إلا أن تناول أكثر من علبة من الكولا يومياً مع تناول الشاي والقهوة يزيد من نسبة الكافيين المتناولة يومياً، أي أن مشروبات الكولا قد تكون عاملاً مساعداً في زيادة تناول الكافيين، كما وجد من الدراسات أن بعض أنواع بدائل السكر المستخدمة في المشروبات الغازية المسماة باللايت قد تسبب حساسية لبعض الأشخاص، مثل الصداع واحمرار البشرة، أما بالنسبة لعلاقة بعض بدائل السكر بالإصابة بالسرطان مثل مادة السكرين فإن هذا الاحتمال ضعيف لأن الكمية المتناولة يومياً من خلال المشروبات الغازية قليلة جداً ويستطيع الجسم التعامل معها . (الأنصاري، 2008: 7، 8، 9).

وينصح الأشخاص المصابون بعسر الهضم وحموضة المعدة وكذلك المصابون بالغازات البطنية بالإبتعاد عن المشروبات الغازية، لأنها قد تزيد من حدة هذه الأعراض، وللأسف الشديد هناك بعض الممارسات الغذائية الخاطئة التي يقوم بها العديد من الأشخاص في التعامل مع المشروبات الغازية، وأهمها تناول المشروبات الغازية مع وجبة الغداء بدلاً من عصير الفواكه أو اللبن، وهذه عادة سيئة لأنها تحرم الأشخاص وبخاصة الأطفال والمراهقين من تناول الطعام بشكل جيد، وذلك لأن المشروبات الغازية تعطي إحساساً

سريعا بالشبع نتيجة وجود الغازات في المعدة، كما أنها تحل محل العصير (الريماوي، 2006: 35)

من المعروف أن تناول عصائر الفاكهة قليل عند الجيل الجديد، وتتبع أهمية هذه العصائر من أنها مصدر للفيتامينات والأملاح المعدنية المهمة للجسم، بالإضافة لاحتوائها على مضادات الأكسدة والتي تساعد على الوقاية من بعض أنواع السرطان وأمراض القلب، ويعتقد بعض الأشخاص أن المشروبات الغازية تساعد على الهضم، وينبع هذا الاعتقاد من أن تجشؤ الغازات بعد تناول المشروبات الغازية مع الطعام يعطيه إحساسا بالإرتياح معتقدا أن هذا الإرتياح ناتج عن هضم الطعام وهذا اعتقاد خاطئ، فالغازات عندما تدخل المعدة تضغط عليها بشدة وبالتالي يضطر الجسم للتخلص منها، وغالبا عن طريق دفعها إلى المرئ ومن ثم الفم ويحصل التجشؤ، كما قد يلجأ بعض المراهقين إلى تناول المشروبات الغازية في الصباح، وهذه العادة تحرم المراهق من تناول الحليب في الصباح وبالتالي تقلل من فرصته في الحصول على الكميات اللازمة من مادة الكالسيوم المهمة لبناء العظام، وكذلك للخلايا العصبية، ويمكن الإستغناء عن تناول المشروبات الغازية، حيث يفضل دائما مع الوجبات الرئيسية الثلاث إستبعادها وإحلال عصير الفواكه أو الحليب أو اللبن مكانها وبخاصة عند وجبة الغذاء الوجبة الرئيسية، والتي توفر أكبر قدر من العناصر الغذائية المهمة للنمو والوقاية من الأمراض، وبالرغم من أنه يفضل أن يعطى الأطفال والمراهقون عصائر الفاكهة والحليب المطعم بالنكهات أو اللبن أو حتى الشراب المدعم بالفيتامينات بين الوجبات، إلا أن ذلك لا يمنع أن يتناول الطفل أو المراهق مرة أو مرتين في الأسبوع المشروبات الغازية في حالة رغبته في ذلك أو في حالة تأثره بالأصدقاء والجو المحيط به ومحاولة محاكاة هؤلاء الأصدقاء.

يمكن أن يتم ذلك في أيام العطل، أو عند تناول الطعام خارج المنزل كنوع من التغيير، ولكن في حالة عدم تعود الطفل على المشروبات الغازية، فإننا لا ننصح بتعويده على ذلك، بل يجب أن يستمر في تناول المشروبات المفيدة مع طعام. (الأنصاري، 2008: 10)

3- تناول مشروبات الطاقة: تعتبر المشروبات الرياضية ومشروبات الطاقة الأكثر إستهلاكاً من قبل مختلف الفئات العمرية وخاصة المراهقين والشباب، إعتقاداً منهم بأنها الوصفة السحرية لتحسين مستوى أدائهم، وغالباً ما يتناولون كميات كبيرة منها سواء قبل أو أثناء أو بعد التدريب أو المنافسات، دون أدنى معرفة بالفرق بينهما أو التوقيت المناسب لاستخدام كل منها مما قد يؤدي إلى تدهور مستوى الأداء، فعند مقارنة المشروبات الرياضية بمشروبات الطاقة نجد أن هناك اختلافاً كبيراً بينهما، (الأنصاري، 2008: 10)

فالمشروبات الرياضية تهدف إلى تعويض السوائل وبعض الأملاح المعدنية المفقودة في العرق أثناء التدريب أو العمل في الأجواء الحارة لفترات طويلة، أما مشروبات الطاقة فتهدف إلى تزويد الجسم بقدر كبير من الطاقة الايضية (الكربوهيدرات) والطاقة الذهنية (الكافيين وبعض المواد المنبهة الأخرى) بالإضافة إلى بعض الأحماض الأمينية والفيتامينات في حين لا تحتوي المشروبات الرياضية على نفس المكونات الموجودة في مشروبات الطاقة مثل الكافيين والأحماض الأمينية، ولكنها تحتوي على نسبة قليلة جداً من الكربوهيدرات بالمقارنة بمشروبات الطاقة، وتحتوي أيضاً على بعض الأملاح المعدنية مثل الصوديوم والبوتاسيوم، والتي تلعب دوراً كبيراً في إستبقاء الماء بالجسم، وبالتالي حمايته من الإصابة بالجفاف. (الريماوي، 2006: 36)

قام كلا من (مصيقر وزقزوق، 2005) بدراسة هدفها التعرف على نمط إستهلاك مشروبات الطاقة عند المراهقين، وكذلك معرفة بعض الإتجاهات التي يكنها هؤلاء المراهقين نحو هذه المشروبات، بلغت نسبة عينة الدراسة 843 مراهقاً من الجنسين تتراوح أعمارهم بين 13-18 سنة، وقد تم إختيار العينة من 12 مدرسة، موزعة في جميع مناطق جدة منها 6 مدارس حكومية والست الباقية كانت مدارس خاصة، وتبين النتائج أن 80 % من المراهقين قد جربوا مشروبات الطاقة ولو لمرة واحدة، وكان هناك إختلاف جوهري بين الذكور والإناث (90 % مقابل 68 %)، كما وجد أن 31 % من الذكور يتناولون أكثر من 3 علب من مشروبات الطاقة لأنها لذيذة (60 %) وللتجربة (55 %) ولإعطاء الطاقة والنشاط (45 %) وقد كان أهم مصدر للتعرف على مشروبات الطاقة الإعلانات التجارية (44 %) ويعتقد المراهقين أن مشروبات الطاقة فيها مواد لإعطاء الطاقة (13 %) ومواد

منشطة (10 %) أو كليهما (29 %)، بينما صرح الباقي بأنهم لا يعرفون ما هي المواد الفاعلة في هذه المشروبات، ولا يعرف 40 % من المراهقين بأن مشروبات الطاقة تحتوي على الكافيين ويعتبر 67 % منهم بأنهم يعتبرون مشروبات الطاقة مثل المشروبات الغازية، ويمكن الإستنتاج بأن المراهقين أكثر إهتماما بمشروب الطاقة من المراهقات، وأن هناك نقصا واضحا في المعلومات المتعلقة بمشروبات الطاقة، الأمر الذي يستدعي إهتمام برامج التوعية الصحية بذلك.

4-2- البدانة في مرحلة المراهقة: في هذه المرحلة قد يتعرض المراهق للكثير من المشاكل، منها التدخين والكحول والمخدرات والبدانة، ونحن يهتما في هذه النقطة البدانة والتي سوف نتعرض لبعض الدراسات على هذه الفئة، ظهور البدانة في هذه الفترة يكون أقل حدوثا منه في فترة سن المدرسة، فكثير من المراهقين يصابون بالبدانة منذ طفولتهم (المدني، 2005).
إنتشار البدانة بين المراهقين، أصبحت من أكثر المشاكل المعقدة التي تواجه الصحة العامة في العالم، وفي دراسة تهدف إلى إكتشاف تأثير البدانة على الحالة الصحية للمراهقين، وكذلك توضيح العلاقة بين إنتشار سوء التغذية ودرجات البدانة المختلفة، حيث تم إختيار 300 من المراهقين بطريقة عشوائية (150 فتى و 150 فتاة)، تتراوح أعمارهم بين 15 - 18 سنة، من خمس مدن في مصر، ثم تم تجميع البيانات عن المقاييس الجسمية والمأخوذ من العناصر الغذائية لمدة أيام، كما تم تحديد المنصرف من الطاقة وتحديد الوعي الغذائي عن أطعمة الطاقة باستخدام الإستبيان المصمم خصيصا لذلك، كما تم تقدير كل من الهيموجلوبين وكرات الدم الحمراء ومستوى كلا من الحديد والكالسيوم في مصل الدم، كما تم تقدير مستوى الليبيدات في الدم (الكوليسترول-الجليسيريدات الثلاثية-كوليسترول البروتينات الدهنية مرتفعة الكثافة-كوليسترول البروتينات الدهنية منخفضة الكثافة)، وقد تم تقسيم العينة تبعا لدرجة البدانة (الأنصاري، 2008: 11، 14)

وقد أوضحت النتائج إرتفاع مستوى الإصابة بالبدانة عند الإناث (20%) مقارنة بالذكور (10 %)، كما أظهرت الدراسة وجود نقص في مستوى الوعي الغذائي عن أطعمة الطاقة وكذلك الزيادة في كمية الطاقة المأخوذة خاصة في الفتيان المصابون بالبدانة مع نقص في مقدار الطاقة المنصرفة تبعاً لدرجة البدانة في كلا من الفتيان والفتيات، كما أظهرت التحاليل المعملية وجود نقص في مستوى الهيموغلوبين وعدد كرات الدم الحمراء ومستوى الحديد والكالسيوم في مصل الدم عن المستوى الطبيعي، بينما كانت تقديرات صورة لبيدات الدم تشير إلى وجود زيادة طفيفة في المعدل الطبيعي لكل من الكولستيرول والجليسيريدات الثلاثية والبروتينات الدهنية منخفضة الكثافة في كلا الفتيان والفتيات في العينة تبعاً لدرجة البدانة، ويعتبر استمرار هذه الزيادة مؤشر خطير للإصابة بأمراض القلب في المستقبل، ولذا توصي الدراسة بضرورة التحكم في البدانة ومشاكل زيادة الوزن لمنع مخاطر الإصابة بالأمراض المرتبطة بها (عبد المجيد وآخرون، 2006).

هدفت دراسة (Burke, et al, 2006) إلى فحص سلوكيات كثرة الجلوس، والتمثلة في مشاهدة التلفزيون، لعب ألعاب الكمبيوتر، وإستخدام الكمبيوتر، والتمارين واللياقة البدنية وعلاقتها بالوزن الزائد في مراهقين استراليين، وتوصلت النتائج أن من بين هؤلاء المراهقين، اللياقة البدنية كانت علاقتها سلبية بالخطر الناتج من البدانة في الأولاد، ومشاهدة التلفزيون كان مؤشر إيجابي في الأولاد، والسلوكيات الأخرى لكثرة الجلوس لم تكن مؤشر خطر.

قام (crimmins, et al, 2007) بدراسة إمتدت 4 سنوات لتحديد إنتشار البدانة، لتحديد الإنحرافات على مؤشر كتلة الجسم BMI، ولتقدير أي من المراهقين يكونون تحت خطر أمراض البدانة، وأظهرت مجموعة الدراسات ثبات في الدهون المخزنة خلال ثلاث سنوات متتابة، في حين أن المراهقين النحيفين أظهرت الدراسة زيادة معنوية في BMI غير أن النمو إرتبط بالعمر والجنس. (الأنصاري، 2008: 14)

في دراسة (الركبان، 2005) التي هدفت إلى إستقصاء طبيعة النشاط البدني لدى طلاب المدارس المتوسطة والثانوية السعوديين، وتقييم مستوى نشاطهم، وعلاقة النشاط البدني بالبدانة في هذه الفئة العمرية أجريت الدراسة بطريقة مسحية مقطعية بين طلاب

المدارس المتوسطة والثانوية في مدينة الرياض، حيث تم اختيار العينة بطريقة عشوائية متعددة المراحل، وطلب من الطلاب تعبئة استبانة تحتوي على المعلومات الشخصية وطبيعة النشاط البدني لديهم، وتم قياس الطول والوزن لكل منهم مع حساب مؤشر كتلة الجسم BMI، اعتبرت زيادة الوزن عند من وقعت كتلة الجسم لديهم بين (85%-95%) من منحنى النمو، والبدناء من تجاوز 95% من منحنى النمو، وشارك 885 طالبا من طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية في الدراسة تراوحت أعمارهم بين (12-20) تبين أن 96.5% منهم يمارسون الرياضة بدرجات مختلفة، حيث يمثل الرياضيون (26.4%) بينما بلغ عدد الذين لا يقومون بأنشطة بدنية منتظمة (37.1%)، كانت رياضة كرة القدم أكثر الرياضات إنتشارا 77.9% وتبين أن ممارسة الرياضة في الإستراحات والمنزهات أكثر الأماكن المحببة للطلاب (44.2%)، ووجد أن هناك علاقة طردية بين مدة الرياضة وعدد مراتها الأسبوعي، فكلما إزداد العدد زادت المدة والعكس بالعكس، ووجد أن المدخنين يمارسون النشاط البدني بمرات أقل من غير المدخنين، وأن أصحاب الأمراض المزمنة يمارسون النشاط البدني بمدة أقل من الأصحاء، وتوصلت الدراسة أن النشاط الحركي المنتظم لدى طلاب المدارس دون المستوى خاصة مع تقدم أعمارهم مما أدى إلى إرتفاع نسبة البدانة بينهم، ولذا يقترح تبني برامج توعية بأهمية النشاط البدني في المدارس وخطورة الإهمال فيه، وتهيئة الأماكن المناسبة لممارسة النشاطات البدنية المحبب لهم.

توصلت دراسة أجراها باحثون من جامعة لويس باستور، إلى أن المراهقين الذين لا يمارسون الرياضة ويمضون أوقاتا طويلة أمام التلفاز، يتعرضون أكثر من غيرهم للإصابة بمرض السكري من النوع الثاني، وفي دراسة نشرتها صحيفة لوجورنال سانتية الفرنسية على 1000 طالب خلال ثمانية أشهر تم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة الأولى، تقوم بممارسة تمارين رياضية معينة يوميا، في حين لا تمارس المجموعة الثانية أي تمارين رياضية، وأظهرت نتائج الدراسة أن للرياضة تأثيرا مباشرا على نسبة السكر في الدم، حيث وجد الباحثون أن الطلاب الذين لا يمارسون الرياضة ويقضون أكثر من ساعتين أمام التلفاز يوميا ترتفع لديهم نسبة الأنسولين في الدم وهو ما يزيد من خطر الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني (مجلة الثقافة الصحية، 1424). (الأنصاري، 2008: 16-17-18)

تهدف دراسة (ابو العلا وآخرون، 2005) إلى قياس مدى إنتشار إضطرابات منسوب سكر الدم بين المراهقين، وقياس درجة مقاومة الخلايا لعمل الأنسولين خاصة المصابين بالبدانة، أيضا تهدف الدراسة إلى محاولة ربط الإصابة بالبدانة خاصة في غياب النشاط البدني والإفراط في تناول الأطعمة الغنية بالدهون بزيادة الإصابة بالسكري (النوع الثاني) وضغط الدم وإضطرابات دهون الدم، وتهدف المرحلة الأولى من البحث إلى قياس مدى إنتشار الكثير من الأمراض المزمنة كالبدانة ومرض السكري وضغط الدم في هذه الفئة العمرية، أخذت عينة عشوائية متعددة المراحل بحيث تمثل تلاميذ المرحلة الإعدادية والثانوية في مصر، تم قياس منسوب سكر الدم والكوليسترول الكلي، والدهون الثلاثية، والبروتينات قليلة الكثافة، والبروتينات عالية الكثافة، ومستوى الأنسولين الصائم بالدم، لعدد 4251 تلميذ من أصل 7018 (حجم العينة الكلية)، أيضا تم تقييم إستجابة الجسم لعمل الأنسولين، تم تقييم هؤلاء التلاميذ طبيا وغذائيا وإجتماعيا وكذلك النشاط البدني، كما تم قياس ضغط الدم والوزن والطول ومحيط الخصر ومؤشر كتلة الجسم، ومقارنة هذه القياسات بالمقاييس العالمية حسب الجنس والعمر، ومن أهم النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة، أن نسبة إنتشار السكري الكلية في المراهقين حوالي 0.7% بغض النظر عن الجنس أو العمر أو المنشأ، كما بلغت نسبة المرحلة المنذرة بالسكري حوالي 15% قبل سن البلوغ و 21% بعدها، هذا ولم يثبت وجود أية فروق معنوية في منسوب دهون الدم عند مقارنتها بالمستويات المختلفة لسكر الدم، بينما كانت نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم بنوعيه (الانقباضي والانبساطي) بلغت مداها في المرحلة المنذرة بالسكري، كما أوضحت الدراسة أن المصابين بالبدانة لديهم تاريخ عائلي للإصابة بالسكري أكثر من ذوي الوزن الطبيعي، أسفرت الدراسة أيضا على أن نسبة الإصابة بضغط الدم العالي واختلال دهون الدم كانت أعلى بين المصابين بالبدانة خاصة البدانة المركزية، كما أن معدل إستهلاكهم من الدهون كان أعلى، أما عند تقييم النشاط البدني للمراهقين فقد أثبتت الدراسة أن هؤلاء الذين ليس لهم نشاط بدني لديهم إستعداد أكثر للإصابة بالبدانة وضغط الدم العالي من ذوي النشاط البدني العالي (الأنصاري، 2008: 17، 18، 19)

ونستخلص من هذه الدراسة أن هناك خطورة من زيادة نسبة المراهقين المصابين بالنوع الثاني من السكري والبدانة وضغط الدم العالي ولا بد أن يؤخذ هذا العمر في الاعتبار للفحوصات المختلفة حتى يتم التشخيص والتدخل المبكر لتفادي حدوث هذه الأمراض ومضاعفاتها الخطيرة، أيضا لا بد من إعداد برامج تثقيفية بالمدارس لممارسة نمط الحياة الصحي، باتباع النظام الغذائي السليم وزيادة النشاط البدني للقضاء على البدانة ومضاعفاتها. (الأنصاري، 2008: 18، 19)

5- أشكال اضطرابات الأكل المرتبطة بالبدانة: تمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد، وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ زمن بعيد، كما إعتبر الغذاء والرغبة فيه وسيلة للتعبير عن توتر الفرد وإضطرابه أو سوءه، وهذه الإضطرابات تتسم باختلال كبير في سلوك تناول الطعام وتتضمن: الشراهة، الأكل المفرط، الجوع المفاجئ والملح واضطرابات أكل أخرى (فايد، 2008: 217).

- الشراهة: إن بداية ظهور الشراهة متشابهة ومتطابقة عند جميع الأشخاص، فهي تسبق بإحساس بالقلق وحاجة ملحة لالتهام الأغذية، كما تتميز الشراهة بـ: الإلتهام الهائل السريع والإندفاعي لكمية كبيرة من الأغذية المركزة جدا. (الخاني، 2006: 80).

هذه الأغذية تلتهم دون تمييز، ويتم ذلك في سرية وبسرعة، وفي كثير من الأحيان دون أن تمضغ بشكل جيد، تنتهي هذه الحلقة بالإحساس بغياب الراحة الجسدية (أوجاع على مستوى البطن، الغثيان)، إضطراب على المستوى النفسي (أفكار إكتئابية، كراهية الذات، شعور بالذنب)، وبعد هذه الأحاسيس يحاول الشخص الشره أن يفتعل التقيؤ ومن ثم يشعر بالنعاس، وبالخصوص المراهقين منهم، فيظهر عندهم فزع شديد من البدانة، لذلك فهم يفتعلون التقيؤ بعد كل نوبة شراهة، وما يستحق التقدير ما أظهرته الأبحاث وهو أن العديد من الأشخاص الذين يعانون البدانة يعانون مشكلة الشراهة في تناول الطعام. (نخبة من اساتذة الجامعات في العالم

العربي، 1999: 206)

تتميز الشراهة أيضا بالأكل في فترة زمنية منفصلة كمية كبيرة من الأكل والإحساس بقلة السيطرة وعدم التوقف عن الأكل (Anderson, 2004, p279)

- **الأكل الإضطرابي:** وهو عدم التحكم في تناول الأطعمة والزيادة المطردة في الوزن، ويميل الآكلون إضطرابا لاستخدام الأطعمة كعلاج للضغط النفسي والصراعات النفسية والمشكلات اليومية، كما قد يبالغ هؤلاء في تناول الأطعمة كرد فعل لفرض نظام غذائي صارم عليهم فيقومون بملء بطونهم بالطعام لتجنب الشعور بالجوع لاحقا، ويعد ذلك نوعا من التمرد على الشخص أو الأب المبالغ في رعايتهم، أو ربما يقومون بذلك لإرضاء حاجتهم الماسة للغذاء الذي لا يقدم لهم دائما، وتظهر بوادر هذه الحالة في الطفولة المبكرة حيث تتكون أنماط الغذاء، كما أنها قد تنشأ كرد فعل لنظام غذائي صارم مفروض عليه، أو إذا ما تعرض الشخص للإهانة والسخرية لكونه بدينا فتنشأ لديه عادات تناول الطعام سرا ويتخذ منحي غير صحي تجاه الغذاء بشكل عام، ولا يعرف هؤلاء أي طريقة للتعامل مع مواقف الضغط النفسي إلا من خلال تناول الطعام، فيصبح الطعام ملجأهم حيث أنه يمثل شيئا يستترون وراءه ويجدون الراحة فيه (سوليفان، 2005: 36).

يعد الأكل الإضطرابي أحد الإضطرابات المؤدية إلى البدانة حيث يأكل الأشخاص عادة ليملؤ الفراغ الذي يشعرون به في الداخل، وهم يلجؤون إلى الأكل من أجل الراحة، حيث يصبح الطعام صديقا لهم، يشعرون بالراحة ويشبعهم، ولا يطلب منهم المقابل. (الخليدي، 1997: 164)

- **الجوع المفاجئ والملح (متلازمة الأكل ليلا):** هو رغبة ملحة ومفاجئة للأكل تحدث في الليل، ينهض الشخص هنا وهو يشعر بتسلط فكرة التهام الأكل، وهو مثل أمراض إضطرابات التغذية الأخرى، يعتبر إضطراب نفسي لا يمكن علاجه بالتحمل أو القدرة، بل يحتاج إلى مراجعة طبيب نفسي وطبيب تغذية للعودة إلى النمط الطبيعي، حيث يصحو الشخص عدة مرات أثناء الليل غير قادر على العودة للنوم دون تناول الطعام، وغالبا ما تكون الأطعمة التي يفضلها تلك الغنية بالسعرات الحرارية وغير الصحية، ويبدو هذا السلوك بعيدا تماما عن سيطرة الشخص، وبالنسبة لهؤلاء الأشخاص، فإن 50-70 % أو أكثر من السعرات الحرارية التي يتناولها تكون بعد وقت العشاء. (الركبان، 2009: 76).

وفي أغلب الأحيان وبعد الوجبة الليلية، لا يشعر الشخص بالجوع في الصباح، يقوم الشخص الذي يعاني من متلازمة الأكل الليلي بتناول الطعام في السر ويعمل على إخفاء الأدلة على الآخرين، وكما هو الحال مع اضطرابات التغذية الأخرى، يعاني الشخص من الكآبة وعدم الرضا عن الذات، وغالبا ما يقع هؤلاء الأشخاص في حلقة مفرغة من الأكل ليلا وقلة الأكل خلال النهار مما يسبب اضطرابات شديدة في التغذية، تشمل أعراض متلازمة الأكل ليلا الشعور بالكآبة، القلق، الضغط النفسي، وعدم الشعور بالرضا عن أجسامهم.(الركبان، 2009: 76).

6- الضغط النفسي و الأكل: يؤثر التعرض للضغط في سلوك الأكل بطرق مختلفة عند مختلف الأفراد، فحوالي نصف الأشخاص يتناولون كميات أكبر من الطعام عندما يكونون تحت تأثير الضغوط، في حين أن النصف الآخر يأكلون كميات أقل عند تعرضهم للضغوط، وبالنسبة للأشخاص الذين لا يتبعون حمية معينة والناس العاديين الذين لا يعانون من البدانة فإن خبرة الضغط و القلق قد تثبط من تأثير القرائن الفسيولوجية للجوع، مما يؤدي إلى إستهلاك كميات أقل من الطعام، و مع ذلك فإن التعرض للضغط و القلق يمكن أن يقود إلى فقدان الأفراد الذين يتبعون الحمية إلى الضبط الذاتي الذي يساعد في العادة على حماية الفرد من تناول الطعام، مما يؤدي إلى الزيادة في سلوك الأكل لدى الأفراد الذين يتبعون حمية معينة، والذين يعانون من البدانة، ومع أن الرجال يميلون إلى تناول كميات أقل من الطعام تحت تأثير الضغط، فإن كثير من النساء يتناولن كميات أكبر من الطعام تحت تأثير الضغط كما أن التعرض للضغط يؤثر في نوعية الطعام الذي يتم تناوله، فالأفراد الذين يأكلون استجابة للضغوط يستهلكون كميات أكبر من الأطعمة المالحة والأغذية التي تحمل سعرات قليلة، مع أنهم عندما لا يكونون تحت تأثير الضغط، يفضلون تناول أطعمة سعراتها عالية، إن الذين يستجيبون للضغط بتناول الطعام يميلون لاختيار أطعمة تحوي كمية أكبر من الماء، مما يجعلها تحتاج إلى مضغ أكثر، كما أن القلق والكآبة يؤديان إلى زيادة تناول الأطعمة لدى الأشخاص الذين يستجيبون للضغط بتناول الطعام.(تايلور، 2008: 243)

ففي إحدى الدراسات تبين أن الأشخاص الذين يلجئون للأكل إستجابة للضغط، يتعرضون إلى القلب ما بين خبرات القلق والكآبة، أكثر من الأشخاص الذين لا يأكلون استجابة للضغط كما أن الأشخاص الذين يفوق وزنهم المعدل الطبيعي، يتقلبون بين خبرات القلق، والعدوان، والكآبة أكثر من الأشخاص العاديين، كما يظهر أولئك الذين يستجيبون للإنفعالات السلبية عن طريق تناول الأكل ميلا أكبر لتناول الحلويات، ومن غير الواضح ما إذا كان الضغط الذي يسبب الأكل يكون في العادة منتظما، أو شديدا بدرجة كبيرة بحيث يشكل وحده سببا كافيا في حدوث البدانة، ويبدو أن الذين يتبعون الحمية بشكل رئيسي هم الذين يظهرون ردود فعل إنفعالية تجاه الضغط، ويقومون بتناول الطعام إستجابة لها، إن إدراك الضغط والمرور بخبرة المعاناة النفسية قد يعبران ببساطة عن مؤشرات سيكولوجية تدل على حاجة أساسها فسيولوجي، إذا فالضغط يعبر عنه باضطرابات الغذاء الأخرى كالشره المرضي وفقدان الشهية العصبي. (تايلور، 2008: 244)

رابعا -النشاط البدني :

دأب بعض الباحثين و المؤلفين على إستخدام تعبير النشاط البدني، و كانوا يقصدون به المجال الكلي الإجمالي لحركة الإنسان بشكل عام، و قليل منهم كان يقصد به عملية التدريب و التنشيط و التريض، في مقابل الكسل و الوهن و الخمول . وفي الواقع فإن النشاط البدني بمفهومه العريض، هو تعبير عام فضفاض يتسع ليشمل كل ألوان النشاط البدني، التي يقوم بها الإنسان و التي يستخدم فيها بدنه بشكل عام، فالنشاط البدني جزء مكمل و مظهر رئيسي لمختلف الجوانب الثقافية لبني الإنسان، فهو تغلغل في كل المظاهر والأنشطة الحياتية اليومية الإجتماعية إن لم يكن هو الحياة الإجتماعية نفسها. (الخولي، 1978 : 16)

يمثل النشاط البدني جانبا مهما من جوانب إعداد الشخصية المتكاملة للفرد، نظرا لما يتميز به من أنواع التفاعل التي تحقق للفرد العديد من المزايا المرتبطة بالنواحي الاجتماعية والعقلية والإنفعالية، فضلا عن النواحي المرتبطة باللياقة في الصحة البدنية، يذكر هولي ودون فرانكز Howley et DonfranksK,1992 أن النشاط البدني يقلل من التوتر الناتج عن الإرهاق في العمل، و يحقق التوازن النفسي للفرد، و يعمل على الإرتقاء بوظائف الجسم الحيوية، كما يقلل من احتمالية التعرض للمشكلات المرضية المتعلقة بصحة الشخص (الخاجة ، 2001 : 83) .

1- تعريف النشاط البدني :

- يعرف النشاط البدني على أنه كل نشاط حركي ينتج من خلال تقلص العضلات الهيكلية الذي يحدث زيادة كبيرة في إستهلاك الطاقة مقارنة مع حالة الراحة ، ومن بين أهم وأبسط الأنشطة التي يمكنها أن تحدث هذه الزيادة في تقلص العضلات : المشي ، ركوب الدراجة، العمل اليدوي، السباحة، الرياضات الترفيهية ، الرقص ..الخ(OMS,2006)

- النشاط البدني: مصطلح يشير إلى أي حركة للهيكل العظمي والعضلات مما يسبب في زيادة كبيرة في إستهلاك الطاقة، لديه ثلاث مكونات رئيسية:

- العمل الفنى: ويشير إلى الأنشطة أثناء العمل. (Shephard ,1994,p126)

- الأعمال المنزلية والأعمال الأخرى: وتشمل الأنشطة المضطلع بها في الحياة اليومية.

- النشاط البدني الترفيهي: وتتمثل في النشاط المضطلع به خلال وقت الفراغ ويكون حسب الإحتياجات والمصالح ويتكون من التمرين والرياضة:

* التمرين: هو مخطط منظم عن النشاط البدني الترفيهي، والذي عادة ما يكون بهدف تحسين أو الحفاظ على اللياقة البدنية.

* الرياضة: وهو نوع من النشاط البدني الذي توجد فيه المنافسة. (Shephard, 1994, p126)

- **النشاط البدني** هو مختلف الأنشطة الحركية اليومية التي يمارسها الإنسان خلال حياته مثل المشي للعمل، وصعود السلم، وغيرها من الأنشطة الحركية، بجانب الأنشطة الرياضية كالجري والمشي، والسباحة، والتمارين الحركية، ولعب الكرة المختلفة.

(بوصالح، 2003: 107)

- **النشاط البدني**: هو تحرك الجسم بأي طريقة تؤدي إلى إستهلاك للطاقة، أي حرق سعرات حرارية مثل المشي والجري والسباحة وركوب الدراجة والتزلج وصعود الدرج واللعب بأنواعه المختلفة والقيام بأعمال البيت أو الزراعة أو البناء أو غيرها. (الحسنات، 2008: 15)

من خلال هذه التعاريف نتوصل إلى أن النشاط البدني هو حركة جسم الإنسان بواسطة الجهاز العضلي، التي تؤدي إلى صرف طاقة تتجاوز الطاقة المصروفة في أثناء الراحة وتتعدد أوجه النشاط البدني مثل الذهاب مشيا إلى العمل أو المدرسة، صعود الدرج، وتنظيف البيت وغيرها من السلوك اليومي المعتاد.

2- بعض المفاهيم المرتبطة بالنشاط البدني:

- الفرق بين النشاط البدني والتمرين والرياضة:

النشاط البدني: عرف على أنه أي حركة جسمانية أنجزت بالعضلات الهيكلية، التي تؤدي إلى إنفاق الطاقة.

*** التمرين**: عرف على أنه مخطط منظم من الحركات الجسمانية المتكررة، تعمل على تحسين أو بقاء مكونات اللياقة الطبيعية. (Ogden, 2004, p167)

*** الرياضة**: يرى عمرو بدران أن الرياضة هي ذلك النشاط الحركي الذي يمارسه الإنسان ممارسة إيجابية-فردية أو جماعية-وفقا لقوانين وقواعد محددة، بحيث يحدث تغيرات بدنية، عقلية، إجتماعية، نفسية تمكنه من التكيف مع أقرانه والبيئة المحيطة به (ياسين، 2007: 55)

من خلال هذه التعاريف نتوصل إلى أن النشاط البدني مفهوم واسع يشتمل على التمرين والرياضة.

- أما بالنسبة للخمول البدني: فإنه الحالة التي يتم الحد من التحركات وإنفاق الطاقة، ويشتمل أيضا المشاركة في السلوكيات السلبية مثل مشاهدة التلفاز، والقراءة، العمل على جهاز الكمبيوتر، قيادة السيارة وتناول الطعام مما يشجع على حدوث البدانة.

(Ains Worth be et al,1993,p126)

دراسات حديثة أجريت على المراهقين ومن الواضح أن العلاقة واضحة بين الخمول وغيره من الممارسات الضارة بالصحة، مثل إستهلاك الأغذية الغير صحية يزيد من كمية الدهون (Lytle la et al,1995,p126)

- يعرف سلوك قلة النشاط البدني على أنه نشاط بدني غير فعال أو أقل من الحد الأدنى لعتبة النشاط الموصي به (أي ما يعادل 30 د من المشي بخطوات سريعة خمسة أيام في الأسبوع بالتقريب 30 د كل يوم .

- سلوك قلة النشاط البدني لا يعني إنعدام النشاط البدني ، بل هو يرمز إلى مجموعة من الإنشغالات المعتادة والمتكررة مثل :قراءة كتاب، إستعمال الحاسوب ، مشاهدة التلفاز، قيادة السيارة، إستعمال الهاتف.

3- المنافع الطبيعية للنشاط البدني: كنتيجة حتمية للدلائل القوية والمؤشرات العلمية التي تشير إلى العلاقة الوثيقة بين ممارسة النشاط البدني من جهة، وصحة الإنسان العضوية والنفسية من جهة أخرى، صدرت الكثير من التوصيات والوثائق الإرشادية من قبل العديد من المنظمات الصحية والهيئات العلمية المهمة بصحة الإنسان، تؤكد على أهمية النشاط البدني للصحة وتحت على إتباع نمط حياة أكثر نشاط وحركة من قبل أفراد المجتمع، وتطالب الحكومات بسن تشريعات تشجع على ممارسة النشاط البدني والفوائد الصحية الناتجة عن ممارسته. (الهزاع،2004: 3)

ومن بين المنافع الطبيعية للنشاط البدني نذكر مايلي:

- **طول العمر:** Pafenbarger et al 1986 فحصوا العلاقة بين إنفاق الطاقة الأسبوعي من خلال النشاط البدني وطول العمر على مجموعة من الأشخاص بعمر 15 إلى 35 سنة وذلك من خلال المشي، ركوب الدراجة، النتيجة النهائية هؤلاء الأشخاص عاشوا أطول من أولئك الذين لم يمارسوا أي نشاط .

- **تخفيض ضغط الدم:** أما بخصوص تأثير النشاط البدني على مرض القلب التاجي (Pafenbarger and hale,1975) قاما بدراسة على عينة تتكون من 3975 ملاح أعمارهم 20 سنة حيث تبين أن 11 % توفوا بمرض القلب التاجي وهذا بسبب قلة نشاطهم في المقابل زيادة نشاطهم يقلل من نسبة إصابتهم بمرض القلب التاجي.

دراسة Morris et al 1980 على مجموعة من العمال قد توصلت إلى أن العمال الذين يمارسون الأنشطة خلال وقت الفراغ يكونون أقل إصابة بمرض القلب التاجي من أولئك الذين لا يمارسون أي نشاط (Ogden,2004,p170).

في المقابل تشير الإحصائيات الصادرة في دولة صناعية إلى أن 35 % من وفيات أمراض القلب التاجية و 35 % من وفيات داء السكري، و 32 % من وفيات سرطان القولون في الولايات المتحدة الأمريكية تعزى للخمول البدني، ولقد ثبت أن أهم سبب للبدانة انعدام النشاط البدني وليس الإسراف في الطعام. (الزامل،2007: 1).

كذلك يؤدي النشاط البدني إلى:

- إنقاص الوزن وعدم الإصابة بالبدانة.

- العمل على تحسين نسبة الجلوكوز، وتخفيض التأثيرات المحتملة لمرض السكر.

- حماية ضد نخر العظام. (تايلور،2008: 201)

4- المنافع النفسية للنشاط البدني: عمل الباحثون على تفحص التأثيرات النفسية التي تنشأ عن ممارسة النشاط البدني في تحسين المزاج وتخفيف القلق والكآبة والتوتر، فتبينوا أن للممارسة تأثيراً مفيداً على الصحة العقلية، كتأثيرها على الصحة الجسمية، وأن لممارسة النشاط البدني تأثيراً مباشراً في تحسين المزاج، وفي ظهور مشاعر الصحة الجيدة، كما أن لها تأثير طویل الأمد في تحسين المزاج والشعور بالصحة (تايلور، 2008: 201)

تشير الدراسات بأن النشاط البدني قد يحسن الحالة النفسية للفرد، هذه التأثيرات ملخصة فيما يلي:

- **الإكتئاب:** البحث يقترح العلاقة بين حجم النشاط البدني من قبل الفرد ومستواه من الكآبة، Mc Donald and Hodgdon, 1991 توصلوا إلى أن ممارسة النشاط البدني ينقص من مستوى الكآبة، هذه الدراسة أجريت على 43 حالة اللواتي يعانين أعلى نسبة من الكآبة **حيث أن :**

- **المجموعة الأولى:** تعرضت لممارسة النشاط ساعة واحدة مرتين في الأسبوع لعشرة أسابيع.

- **المجموعة الثانية:** تعرضت إلى استرخاء.

- **المجموعة الثالثة:** لم تتعرض لأي نشاط.

بعد خمسة أسابيع، النتائج أظهرت انخفاض هام في أعراض الاكتئاب في المجموعة التي مارست النشاط مقارنة بالمجموعات الأخرى.

- **القلق:** الدراسات أشارت بأن التمرين قد يرتبط بتخفيض القلق وذلك بتحويل انتباه الفرد بعيداً عن مصدر القلق. (Ogden, 2004, p172)

في دراسة قام بها NEVHIBEAND ALI 2002 لهدف التعرف على تأثير النشاط البدني على إزالة القلق لدى الشباب الجامعي، شملت الدراسة 311 طالب وطالبة من الشباب الجامعي والذين لم يشاركوا في أي نشاط بدني، إستعمل إختبار SPIELBERGER سبع مرات لأجل إختيار (60 طالب) من الذين سجلوا أعلى درجات القلق من بين (311 طالب)، ثم قسمت هذه المجموعة (60 طالب) إلى مجموعتين، مجموعة ضابطة (30 طالب) ومجموعة

تجريبية (30 طالب) طبق عليها برنامج تدريبي يشمل تمارين نشاط بدني (كرة الطائرة، تمارين هوائية) لمدة 30 د كل يوم لمدة 6 أسابيع، نفذت المجموعة الضابطة والتجريبية الإختبار، في بداية البرنامج التدريبي، وبعد مرور 30 يوم وعند نهاية البرنامج التدريبي لمعرفة مستوى القلق لدى المجموعتين في ثلاث مراحل، من نتائج هذه الدراسة: كانت درجات القلق لدى الطلبة قبل بدء البرنامج التدريبي 45 إلى 71 درجة، القياس الثاني بعد 30 يوما 30 إلى 57 درجة وفي نهاية البرنامج التدريبي بعد مرور 6 أسابيع 35 إلى 52 درجة، من نتائج هذه الدراسة بقاء مستوى القلق لدى المجموعة الضابطة (الحد الأدنى، الحد الأعلى 71)، إنخفاض مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية (الحد الأدنى 35، الحد الأعلى 52)، كذلك ملاحظة أن التمرين والنشاط البدني يزيل القلق لدى الطلبة الجامعيين.

(السلطاني و عبد السادة، 2009: 132، 133)

- إحترام الذات والثقة بالنفس: King et all, 1992 إقتراح بأن النشاط البدني قد يحسن نفسية الفرد ويؤدي ذلك إلى إحترام الذات والثقة بالنفس، ومن نتائج النشاط البدني أيضا تتعلق بالرضا عن الجسم، وكذلك الفعالية الذاتية. (Ogden, 2004, p172)

- تحسين الحالة المزاجية: إن بعض النتائج الإيجابية للنشاط البدني على الحالة المزاجية، ربما تنشأ على الأقل من عوامل ترتبط بالممارسة ذاتها، وبسبب ما يتيح النشاط من فرصة للمشاركة في النشاطات الإجتماعية، والإحساس بالارتباط مع الآخرين، كما يحدث مثلا لدى قيادة الدراجة برفقة مجموعة من الأشخاص فجميعها يمكن أن تساعد جزئيا في تحسين الحالة المزاجية بسبب الرفقة التي توفرها ممارسة مثل هذه النشاطات بصحبة الآخرين

(تايلور، 2008: 202)

5- النشاط البدني كإستراتيجية في إدارة الضغط: إن إسهام النشاط البدني في تحسين الحالة الصحية أمر يدعو إلى الإقتراح بأن ممارسة النشاط البدني يمكن أن تكون طريقة فعالة في إدارة الضغوط، والأبحاث تبين أن هذا الحدس أصبح مؤكداً، إذ قام كل من بروان وسجل J B, Brown and Siegle, 1988 بإجراء دراسة طولية لمعرفة ما إذا كان المراهقون الذين يمارسون النشاط البدني أكثر قدرة على التعامل مع الضغط، وتجنب المرض مقارنة بغيرهم من المراهقين الذين تقل ممارستهم للنشاط البدني، فأشارت النتائج إلى أن تأثير أحداث الحياة الضاغطة على الصحة تتناقص مع زيادة ممارسة النشاط البدني . وبذلك فإن ممارسة النشاط البدني قد تشكل مصدراً مهماً لمقاومة التأثيرات السلبية التي تسببها الضغوط على الصحة Thompson, Brubaker et Miller, 1992 J.B . Brown, 1991, Rejeski,

إن إحدى الميكانيزمات المحتملة لدور النشاط البدني في الوقاية من التأثيرات السلبية التي تنشأ عن التعرض للضغط على الصحة، قد يعود إلى التأثير الذي تحدثه ممارسة النشاط البدني في جهاز المناعة.

ففي دراسة أجراها فياتارون ورفاقه Fiatarone et al, 1988 تبين أن ممارسة النشاط البدني يؤدي إلى زيادة في الأفيونات الذاتية المثبطة للألم، وأن تنبيه هذه الخلايا بسبب ممارسة النشاط البدني قد يلعب دوراً في تعديل نشاط جهاز المناعة خلال فترة التعرض للضغط النفسي، وقد يكون لممارسة النشاط البدني تأثير إيجابي في العمليات المعرفية من خلال توجيه الإنتباه والتركيز. (Emery et al, 1991, Plante et Rodin, 1990)

فالنشاط البدني ربما يسهل الإنتباه مبدئياً، ولكن زيادة حدتها ربما يؤدي إلى زوال هذه الآثار بسبب التأثيرات التي تنشأ عن تعب العضلات Tomporoski et Elli, 1986
(تايلور، 2008: 203)

6- النشاط البدني والبدانة: النشاط البدني يعني تحريك الجسم بأي طريقة تؤدي إلى إستهلاك الطاقة (حرق السعرات)، ومعناه ببساطة هو الحركة، وأنت عندما تسير، أو تنزلق على الجليد، أو تنظف المنزل، أو تصعد السلالم فإنك تتحرك من أجل تحقيق الصحة، هناك كم هائل من المعلومات العلمية التي توفرت خلال العقود القليلة الماضية تؤكد على العلاقة الوثيقة بين كل من سوء التغذية والخمول البدني من جهة والعديد من أمراض العصر كأمراض القلب والشرابين، وإرتفاع ضغط الدم وداء السكري من النوع الثاني، وهشاشة العظام، والبدانة، وبعض من الأمراض السرطانية، وإنتشار العادات الغذائية الخاطئة بما رافقها، وإنتشار البدانة بشكل كبير في العديد من دول العالم، وللنظام الغذائي والنشاط البدني مجتمعين ومنفصلين على حد سواء أثر على الصحة. (الحسنات، 2008: 178) في دراسة قام بها دلفوكس Delvaux وآخرون عام (1999) بدراسة هدفها فحص العلاقة بين الصحة والأنشطة البدنية والعادات الغذائية في دراسة تتبعية على عينة من الرجال بلغ قوامها 132 رجلاً، وقد قام الباحثون بقياس مؤشر كتلة الجسم ونسبة الدهون لدى العينة، كما تم توزيع إستبيان حول العادات البدنية والغذائية لهم قبل وبعد 5 سنوات، لقد سجلت الدراسة وجود إرتباط سلبي بين قياسات مؤشر كتلة الجسم وتناول النشويات والألياف، وإرتباط إيجابي مع تناول الدهون، ولم يكن هناك إرتباطاً بين مؤشر كتلة الجسم ومؤشرات النشاط البدني. (فاضل و العمادي، 2005: 32)

والعلاقة بين النشاط البدني والبدانة هي علاقة تبادلية، يتأثر كل منهما بالآخر في معظم الأحيان، وللنشاط البدني دور واضح في معادلة إتران الطاقة في جسم الإنسان وضبط الوزن، حيث أن جميع برامج النشاط البدني التي أستخدمت شدة معتدلة أو مرتفعة بغرض أحداث فقدان للوزن كانت فعالة في خفض نسبة الشحوم في الجسم شريطة أن تكون مدتها كافية، ويمكن تلخيص أهم أدوار النشاط البدني في برامج خفض الوزن فيما يلي:

- زيادة أكسدة الدهون.

- التقليل من فقدان الكتلة العضلية. (الحسنات، 2008: 179، 178)

- منع الإنخفاض الحاصل في معدل الأيض في الراحة من جراء الحمية الغذائية.
- يعطي نتيجة أفضل على المدى الطويل عند تزامنه مع الحمية.

قد أكدت البحوث العلمية التي أجراها بعض المختصين والمهتمين بالنشاط البدني والصحة إلى وجود دلالات تؤكد التدني في مستوى النشاط البدني وإنتشار البدانة لدى شريحة كبيرة من أفراد المجتمع كبارا وصغارا، ومن نتائج هذه البحوث التي أجريت لمستويات النشاط البدني والصحة، والتي أجريت تتبعيا أوضحت إحدى الدراسات أن معدل الخمول البدني لديهم إزداد من 54.7 % في مرحلة الطفولة (من 7-12 سنة) ليصل في مرحلة الرشد بعد مرور 11 سنة (18-23 سنة) إلى 81.1 % كما تزامن مع زيادة معدلات الخمول البدني إرتفاع نسبة البدانة بينهم بشكل ملحوظ. (الحسنات، 2008: 179، 178).

في دراسة قام بها العيسى عام (1997) بدراسة هدفها مقارنة التغيرات التي حدثت في مستويات مؤشر كتلة الجسم في المجتمع الكويتي من خلال دراسة مقطعية مقارنة وذلك بقياس مؤشر كتلة الجسم، وقد أظهرت الدراسة إرتفاع مستويات مؤشر كتلة الجسم بين الشباب وكافة المراحل العمرية الأخرى. (فاضل و العمادي، 2005: 31)

تمتاز حياة المراهق بالنقص الواضح في ممارسة التمرينات، حيث لا يقومون بممارسة التمرينات بالقدر الذي يكفي للمحافظة على لياقتهم أو الإبقاء على جودة عملية الأيض و حرق الطاقة الناتجة عن الغذاء الذي يتناولونه، و تعتبر ممارسة التمرينات أيضا واحدة من أكثر الطرق فعالية لتقليل آثار الضغط النفسي و تحسين الحالة المزاجية، بينما تكون عدم ممارسة التمرينات بانتظام جزءا من أسباب ما قد يمر به المراهقين من مشكلات نفسية تؤثر على حياتهم اليومية و علاقاتهم بالغذاء. (سوليفان، 2005: 87).

هذا يتفق مع الدراسة التي قام تامالين Tammalin وآخرون عام (2004) بتقويم التغير في الممارسات البدنية أثناء وقت الفراغ من المراهقة إلى البلوغ وعلاقته بمؤشر كتلة الجسم وذلك بتوزيع إستبيان حول الأنشطة البدنية وقياس مؤشر كتلة الجسم لدى عينة البحث عند عمر 14 و 21، وقد أظهرت الدراسة تناقص معدلات النشاط البدني من مرحلة المراهقة إلى مرحلة البلوغ مصحوبا بزيادة مؤشر كتلة الجسم. (فاضل و العمادي، 2005: 32)

حيث إكتشفت دراسة حديثة أن المراهقين تقل مهارة سيرهم بنسبة 80 % من المراهقين منذ عشرين عاما ويكون المراهقين الذين لا يمارسون القدر الكافي من التمرينات أكثر عرضة لزيادة وزنهم وتراكم الدهون في بطونهم وصدورهم، أو بتعبير آخر، يصبحون أشبه في إستدارتهم بالتفاحة.

وقد وجدت دراسة أجريت على 127 شخص تتراوح أعمارهم بين 9 و 17 فيما يتعلق بتوزيع الدهون بأجسامهم أن أصحاب الأجسام التي تشبه التفاحة الذين تتركز في أنصاف أجسامهم العليا وبتونهم يعانون إرتفاع ضغط الدم وقلة الكوليستيرول المفيد، وذلك مقارنة بأصحاب الأجسام التي تشبه الكمثري الذين تتركز الدهون أيضا في أطرافهم السفلى وإلى جانب النظام الغذائي غير الصحي فإن السبب الرئيسي في حدوث البدانة يرتبط بعدم ممارسة النشاط البدني (سوليفان، 2005: 88، 87).

في دراسة قام بها دريفولد Droyvold وآخرون عام (2004) بدراسة العلاقة بين الممارسات البدنية في أوقات الفراغ وتغير مؤشر كتلة الجسم في دراسة مستقبلية على مدى 11 عام تضمنت 6945 رجلا تم توزيع إستبيان حول الأنشطة البدنية وقياس مؤشر كتلة الجسم لديهم، وقد سجلت هذه الدراسة إرتفاع مؤشر كتلة الجسم بين الممارسين للأنشطة البدنية المتوسطة بصورة أقل من باقي أفراد العينة. (فاضل و العمادي، 2005: 32)

ويشير كل من ايمن الحسيني 1995 ورضوان محمد رضوان 2004 أن نوعية الحياة التي يعيشها والأعمال التي يمارسها تعتبر من أهم أسباب إنتشار البدانة في الوقت الراهن حيث أنها تساهم في الإقلال من الجهد العضلي ومن أنواع الحركة المقصودة أو غير المقصودة، فالكثير من الأفراد لا يستهلكون جميع السعرات التي يتناولونها خلال النشاطات اليومية.

ويضيف أسامة راتب وإبراهيم خليفة 1998 أن زيادة السمنة في السنوات الأخيرة ترجع إلى النقص الواضح لمستويات النشاط نتيجة للتقدم التكنولوجي والذي يعكس بدوره على زيادة الجلوس وعدم الحركة كأسلوب لحياة البشر ، ولذلك فمن الأهمية ممارسة النشاط البدني كوسيلة هامة لتجنب حدوث السمنة أو لعلاجها.

وذكر كل من بتراي وبلازر Petray and Bleyzer, 1991 أن النشاط البدني سواء كان رياضيا أو من خلال الأعمال اليومية التي يقوم بها الفرد والتي تتطلب جهدا جسمانيا تؤدي إلى تقليل نسبة تراكم الدهون في الجسم وتجنب الإصابة بالسمنة.

خلاصة:

لابد أن يكون الهدف من التغذية هو بناء الجسم والوفاء بمتطلبات الطاقة مع عدم استخدام الدهون بكثرة ويوجد لهذا السن خيارات عديدة في تناول الأطعمة لأن هذه المرحلة هي مرحلة التكوين الجسماني للمراهق، ولابد أن يوفر الآباء وجبات صحية لأبنائهم وذلك من خلال التقيد بهرم الغذاء، وذلك من خلال الإهتمام بتناول الحليب ومنتجات الألبان بشكل عام لما لها من فوائد صحية، والإهتمام بأكل الخضروات والفاكهة وتجنب تناول المشروبات الغازية ومشروبات الطاقة التي يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات في التغذية مثل الشره، الأكل الإضطرابي التي لها علاقة بالإصابة بالبدانة، وهذا لا يتوقف فقط على عادات التغذية وإنما يمتد إلى الضغط النفسي حيث يميل الإنسان تحت طائلة هذا الأخير إلى الإكثار من تناول الغذاء خاصة الوجبات السريعة، وعلينا أن نعرف أن الجسم يميل إلى إستهلاك طاقة أكبر تحت طائلة الضغط النفسي تفوق الحالات الأخرى في الإسترخاء والأوقات العادية، من هنا فإن الغذاء الصحي المتوازن يصبح أمرا ضروريا عند مواجهة الضغوط هذا إلى جانب ممارسة النشاط البدني بصورة منتظمة هي إحدى الطرق السهلة والأكثر فائدة للحصول على تغييرات إيجابية في حياة الفرد وتمكين الجسم من التعامل الفعال مع المواقف الضاغطة، ولا تقتصر فائدة النشاط البدني على الجانب العلاجي والوقائي بل يتعدى ذلك إلى الشعور الإيجابي والإحساس بالسلامة الذهنية والبدنية، فالنشاط البدني يعتبر إحدى الصور الطبيعية للتغيير الشخصي، فنحن خلقنا لنتحرك ومن خلال مزاوله النشاط المقبول إجتماعيا نعيد إكتشاف الحقيقة المتمثلة في العلاقة التبادلية أو التكاملية بين العقل والجسم.

الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

- 1- مؤسسو العلاج المعرفي السلوكي.
- 2- تطور العلاج المعرفي السلوكي.
- 3- العلاج المعرفي السلوكي (النظرية الموجهة للدراسة).
- 4- نظريات العلاج المعرفي السلوكي.
- 5- تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
- 6- مميزات وخصائص العلاج المعرفي السلوكي.
- 7- أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
- 8- المبادئ العامة للعلاج المعرفي السلوكي.
- 9- بناء الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي.
- 10- دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي.
- 11- تقييم الأساليب المعرفية السلوكية في فقدان الوزن كنموذجاً.

خلاصة.

تمهيد:

يعد العلاج المعرفي السلوكي أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبياً، نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكي، حيث من المؤكد وجود ارتباط بين التفكير والإنفعال والسلوك، إذ أن الفرد حينما يفكر فهو ينفعل ويسلك، وعندما ينفعل فهو يفكر ويسلك في ذات الوقت، وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل كذلك، وقد شهد بداية هذا المنحى العلاجي ظهور ثلاثة نماذج علاجية إرتبط كل منها بإسم صاحبه، فجاء على رأس تلك النماذج على التوالي، أرون بيك A.Beck والبرت أليس A.Ellis ودونالد ميتشنبوم D.Meichenbaum، إلا أن النموذج الأخير لم يرق إلى مستوى النظرية، حيث قدم تفسيرات للتغيرات المعرفية، التي تحدث من جراء العلاج على هيئة تقرير وليس من خلال دراسات إمبريقية بما تكشف عنه من نتائج، وعلى ذلك فإن هذه الجهود تعد إتفاقاً مع رأي باترسون Patterson 1986، بمثابة محاولة في هذا الصدد لم تكتمل بعد سواء على المستوى التنظيري أو التطبيقي، ولذا يقرر ماهوني Mahony 1988 أنه مع نهاية عقد الثمانينات، رأي جمع من الباحثين في ذلك المجال، أن هذا المنحى العلاجي يتضمن إتجاهين متميزين، يتمثل أولهما في الإتجاه الإستدلالي البنائي ويمثله "بيك"، بينما يتمثل الآخر في الإتجاه العقلاني ويمثله "أليس"، وقد شهد الإتجاهان حملة من التطورات الحديثة حتى الوقت الحالي، كما شهد إدخال عدد حديث من الإستراتيجيات والفنيات العلاجية إلى حيزهما، وإزداد كم الإضطرابات التي أمكنهما التعامل معها، وضم ذلك على سبيل المثال لا على سبيل الحصر مشكلات الأطفال وكبار السن، الأرق، إضطرابات الشخصية، وإضطرابات القلق وغيرها، ويتسم هذا المنحى العلاجي، بأنه يتعامل مع الإضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي حيث يتناول المكونات المعرفية والإنفعالية والسلوكية لهذا الإضطراب أو ذاك، ومن ثم فقد تنوعت الفنيات العلاجية المستخدمة بين الفنيات المعرفية والإنفعالية والسلوكية، إضافة إلى إستخدامه لإستراتيجيات المواجهة التي تسهم في منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي، وهو ما جعل هذا الأسلوب العلاجي أقل أساليب العلاج النفسي فيما يتعلق بإحتمالات حدوث إنتكاسة فيما بعد (عبد الله محمد، 2000:

(11:12).

1- مؤسسو العلاج المعرفي السلوكي :

أسس كل من أرون بيك، والبرت أليس العلاج النفسي، الذي أصبح يعرف بعد ذلك بالعلاج المعرفي السلوكي، وأن كان كلا منهما يعمل بشكل مستقل عن الآخر، فقد تدرب بيك على التحليل النفسي الفرويدي، وشعر بعدم الرضا عن قلة الدعم التجريبي لأفكار فرويد فقد وجد بيك-من خلال عمله على مرضى الإكتئاب-أن الأفراد المكتئبين قد أعلنوا عن مدى واسع من الأفكار السالبة والتي تظهر لديهم بشكل عفوي، أطلق عليها بيك الأفكار الألية، هذه الأخيرة تقوم على معتقدات عامة يطلق عليها المخططات التي لدى الفرد عن نفسه، وعن عالمه، وعن مستقبله، هذه الأخيرة (المخططات) تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقعا معينا، ومن خلال هذا التفسير تظهر أفكار ألية تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف ويؤدي إلى إستجابة وجدانية، وفي خضم كل ذلك طور بيك طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم الأفكار، والمعتقدات لتشجعهم على التفكير بشكل أكثر واقعية، والسلوك بشكل أكثر فعالية، والشعور الأفضل نفسيا (فرغلي، 2008: 14).

كذلك أليس تدرب على التحليل الفرويدي مثل بيك، ولكنه تأثر بالفرويديين المحدثين أمثال "كارين هورني"، ويؤكد المدخل العلاجي لأليس على العمليات المعرفية، ويتمثل دور المعالجين النفسيين في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية، بل تبقى عليها وتسببها، هذا يؤدي بالمرضى إلى إدراك لاعقلانية وحدة تفكيرهم، ويساعدهم على التغيير الفعال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات (العقاد، 2001: 33).

في البداية، أطلق أليس على هذا العلاج إسم العلاج النفسي العقلاني، ثم بعد ذلك العلاج العقلاني الإنفعالي، وفي الأخير أطلق عليه العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي ليؤكد الأهمية المتداخلة للمعرفة، والسلوك، والوجدان.

بدأ بيك وأليس، مدفوعان بحدسيهما والمتمثل في المشكلات الإنسانية في إستخدام الطرائق التجريبية لعلاج المشكلات النفسية، كما بدأ في الدراسة النقدية للأسئلة غير المريحة في العلاج النفسي، وواصل كل من أليس وبيك في تتبع بحوثهم في مواجهة المقاومة الشديدة لمجتمع العلاج النفسي الذي تسيطر عليه الأفكار الفرويدية، (هوفمان، 2012: 15، 16)

وعندما طلب بيك من الحكومة تقديم منحة بحثية لإختبار أفكاره، قبل طلبه بالرفض، وكذلك رفضت المجلات نشر بحوثه، حيث توجه إلى جمع الأصدقاء والزملاء لإجراء هذه الدراسات بدون دعم مالي من الحكومة، وإستطاع إقناع المتحررين من نشر كتاباته في شكل كتاب، وعندما أدرك المجتمع التأثير الكبير لبيك منح أعلى جائزة وهي "لاسكر". وفي أكتوبر 2007 أعلن وكيل وزارة الصحة في المملكة المتحدة عن خطة لأنفاق 300 مليون جنيه إسترليني للبدء في برنامج مدته 06 ستة سنوات، بهدف تدريب جيش من المعالجين النفسيين على العلاج المعرفي السلوكي، للمساعدة في التغلب على المشكلات النفسية لدى البريطانيين، هذا التغيير في الرعاية الصحية كان يقوم على بيانات اقتصادية أوضحت أن توفير العلاج المعرفي السلوكي للإضطرابات العقلية الشائعة أقل تكلفة بوجه عام من العلاج الطبي، أو التحليل النفسي، بعدها أوضحت مختلف الحكومات بتوفير العلاج المعرفي السلوكي وقدمت خدمة تيسر توفير هذه الخدمات للأفراد. (هوفمان، 2012: 15، 16)

2- تطور العلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي إتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، كما يعتمد إلى التعامل مع الإضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد. إذ يتعامل معها معرفياً وإنفعالياً وسلوكياً، مستخدماً العديد من الفنيات السلوكية.

ولم يكن العلاج المعرفي معرفياً بحثاً منذ بدايته، سواء على المستوى النظري، أو على المستوى التطبيقي، فعلى المستوى النظري يتم التعامل مع الأفكار بقصد تغييرها، حتى يتسنى حدوث تغييرات سلوكية مرغوبة، وعلى المستوى التطبيقي لم يتوقف "بيك" عند استخدام الفنيات المعرفية فقط في العلاج، بل إستخدم إلى جانبها فنيات سلوكية، وهذا ما أكده بنفسه في كتابه الذي نشره عام 1979م العلاج المعرفي للإكتئاب، ومن هنا بدأت تبرز معالم العلاج المعرفي السلوكي، ويعتمد الإطار النظري للعلاج المعرفي السلوكي على تلك الأساليب التي قدمها كل من "أرون بيك" A.Beck و "فيكتور رايمي" V.Raimy. (فرغلي، 2008: 16) و "أليس" A.Ellis و "دونالد ميكنبوم" D.Meichenbaum و "ألبرت آليس"

وقد أصدر "بيك" كتاباً في عام 1970 بعنوان العلاج المعرفي: طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي Cognitive Therapy : Nature and relation to Behavior Therapy أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج إشتراطية، وهو ما يعتبر بمثابة إستراتيجيات سلوكية.

ويعد النموذج الذي قدمه "بيك" من أبرز النماذج العلاجية في هذا الإتجاه وأكثرها شيوعاً، ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف وإعتقادات الفرد في الـ هنا- والآن here and now كسبب في إضطراب الشخصية، فإنه يستعين أيضاً ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل، ويرى بيك أن الشخصية تتكون من مخططات معرفية Schemas تشتمل على المعلومات والإعتقادات والمفاهيم والإفتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو، ويرى أن الناس تتفاعل بالأحداث وفقاً لمعانيها لديهم، ويهتم بيك بالأفكار التلقائية السلبية التي تظهر وكأنها منغسات آلية وتبدو من وجهة المريض بأنها معقولة جداً، ويذهب بيك إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها، ومن أمثلة التمثل الشخصي Personalization أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض، والتفكير المستقطب Polarized أي المتمركز عند أحد طرفين متناقضين إما أبيض أو أسود، والإستنتاج التعسفي أي الإستدلال اللامنطقي، والمبالغة في التعميم أي تعميم نتيجة معينة على كل المواقف على أساس حدث منفرد، والتضخيم والتجسيم، والعجز المعرفي. (فرغلي 2008: 16)

وإذا كان العلاج وفقاً لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ والتشويهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة والسعي إلى تخفيضها، فإنه يعتمد على عدة أسس أو مبادئ هي المشاركة العلاجية، وتوطيد المصداقية مع المريض، وتقليل أو إختزال المشكلة reduction أي تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها، ومعرفة كيفية العلاج وذلك بإستخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة، والمراقبة الذاتية، والتباعد الذي يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعياً، وإعادة التقييم المعرفي، والعلاج البديلي (مناقشة الأسباب)، وبعضها تجريبي إمبريقي كالإستكشاف الموجه، والتعريض، وبعضها الآخر سلوكي كالواجبات المنزلية، والإقتداء، والتخيل، ولعب الدور. (مليك، 1990: 226).

ويرى "بيك" أن التكتيكات السلوكية ذات فاعلية لأنها تؤدي إلى تغييرات إيجابية ومعرفية لدى الحالات المريضة. (مليكه، 1990: 226).

3- العلاج المعرفي السلوكي (النظرية الموجهة للدراسة):

ظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في بدايه الثلاث الأخير من هذا القرن، ويهتم هذا النوع من العلاج النفسي بالجانب الوجوداني للمريض، و بالسياق الاجتماعي من حوله، من خلال إستخدام إستراتيجيات معرفيه وسلوكيه و إنفعاليه وإجتماعيه وبيئيه لأحداث التغير المرغوب فيه، فكله معرفي مشتقه من المصطلح cognition، ولقد أستخدمت بعض المصطلحات العربيه كترجمه لهذا المصطلح منها على سبيل المثال لا الحصر (إستغراق، تعرف، ذهن) إلا أن كلمه معرفي تستخدم بكثره في التراث النفسي .

إذا فالعلاج المعرفي السلوكي، هو مدرسة للعلاج هدفها تصحيح الأخطاء المعرفية للعملاء بالنسبة لعالمهم ولأنفسهم، بالإضافة إلى محاولة تعديل السلوك (كما في العلاج السلوكي التقليدي) (Georges grosser, 1995, p54)، ويسعي المعالج المعرفي السلوكي إلى تغيير التعلم للفرد في التفكير، فمعظم عمليات التعلم البشري كما أشار كيندال Kendall تتم عن طريق المعرفة، وأن المعرفة والسلوك متداخلين، والإتجاهات والتوقعات ونشاطات معرفية أخرى هي الأساس الذي يقوم عليه السلوك، ومن خلالها يتم فهمه والتنبؤ به (Adam kuper, 1996, p55)

وتعتبر نظرية العلاج المعرفي السلوكي، نتاج تداخل ثلاث مدارس هي العلاج السلوكي، العلاج المعرفي، علم النفس الاجتماعي المعرفي، وترتكز على إطار نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا bandura حيث يري أن عملية التعليم تتم من خلال إدراك الناس لمواقف حياتهم، ومن خلال تصرفاتهم، التي تنتج عن الأحوال البيئية التي تؤثر على سلوكهم بطريقة تبادلية، والسلوكيات التي يتم التركيز عليها، تعرف بالسلوكيات المستهدفة وتبدأ بوقائع السلوك التي تسبق المشكلة، والأحداث التي تليها تسمى النتائج، ويكون إستخدام النتائج الإيجابية لتغيير التركيز عليها، تعرف بالسلوكيات المستهدفة وتبدأ بوقائع السلوك التي تسبق السلوكيات المرصية، (Marlene, 2005, p151)

من خلال أهمية نظرية التعلم الاجتماعي والخبرات التي تنتج عن السلوك يمكن أن تعمل على تحديد ما يفكر فيه الفرد، وما يمكن أن يفعله والذي بدوره يؤثر على السلوك التالي. (Marlene, 2005, p151)

وفي نظرية التعلم الاجتماعي يمكن من خلال الأفكار والمشاعر، توضيح السلوك ويرى كيندال Kendall أن الطرق المعرفية السلوكية هي محاولة دمج، تهدف إلى تحديد التأثيرات الإيجابية للنظرية السلوكية مع النظرية المعرفية، لآحداث تغيير علاجي. (Kendall, 1996, p235)

وهناك ثلاث مدارس رائدة في العلاج المعرفي السلوكي وهي، طريقة أليس Ellis في العلاج العقلاني الإنفعالي، وطريقة ميكنبوم Meichenbaum في إرشاد الذات، وطريقة بيك Beck في العلاج المعرفي، وهذا العلاج يقوم على فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها (الشناوي، 1994: 126).

4- نظريات العلاج المعرفي السلوكي

4-1- النظرية العقلانية الإنفعالية (ألبرت أليس) قدم أليس نظريته العلاج العقلاني، مشتملة على الجانبين الأساسيين في الشخصية، وهما الجانب العقلاني الذي إعتبره هو المسؤول عن الجانب الإنفعالي، أي أن الإضطرابات الإنفعالية و النفسية ترجع بدرجة كبيرة إلى التفكير غير المنطقي و غير العقلاني، و يرى أن تعاسة الفرد و توتره ترجع الى إدراكه المشوه وتفكيره اللامنطقي، حيث يعتبر أن التفكير و الإنفعال عمليتان متكاملتان وأساسيتان، و يهدف العلاج العقلاني الإنفعالي إلى:

- مساعده المريض في التعرف على أفكاره غير العقلانية، التي تسبب ردود الفعل غير المناسبة
- حث المريض على الشك والإعتراض على أفكاره غير العقلانية
- التخلص من الأفكار والمعتقدات غير العقلانية، بالإقناع العقلي المنطقي، إعاده تنظيم نظام المعتقدات لدى مريض .
- محاربه الأفكار، والمعتقدات غير العقلانية والخاطئة لدى المريض. (المحارب، 2000: 6-

- إزله أو التقليل من النتائج الإنفعالية غير العقلانية لدى المريض بصفه خاطئة، تقليل القلق (لوم الذات)، وتقليل العدوان أو الغضب (لوم الآخرين و الظروف).

- تحقيق المرونة و لانفتاح الفكري و تقبل التغير و أعاده المريض إلى التفكير العلمي و التحكم في إنفعالاته و سلوكه عقليا

كما يستخدم هذا العلاج في مجالات مختلفة و متعددة مثل:

- الأمراض السلوكية مثل : الجناح السيكوباتيه . الإدمان .
- المشكلات مثل : المشكلات الزوجية، الأسريه مشكلات الشباب .

4-2- نظرية التدريب على تعليم الذات :

قام بتطوير النظرية " دونا لد ميكينبوم " *1977* وينحدر من مصدر هما :

- العلاج العقلائي الإنفعالي لألبرت أليس.
- دراسات ليوريا *1961* على النموذج الناتج عن النمو الحديث الداخلي للأطفال والتحكم في الرمز اللفظي على سلوكهم .(المحارب،2000: 6-10)
- ويقوم ميكينبوم على تعليم تغيير السلوكيات غير التكيفيه، و إنتاج إستراتيجيات و سلوكيات مناسبة مع الموقف، و المهمة المتطلبة منه، و يتضمن مجموعه من الإستراتيجيات مثل النمذجه المعرفية (التي يقوم بها المعالج) المهام المتدرجة، تمرينات محددة على مهام تدريبية يتم إختيارها بعنايه، و التدعيم الذاتي أو التغذية الراجعة للأداء.
- و لكي تتحقق هذه الأهداف يجب إتباع الخطوات التاليه:
- تدريب العميل على تحديد الأفكار غير التكيفيه لديه، و يكون واعيا بها .
- تحديد المعالج للعلاج من خلال معرفة المشكلة التي يعاني منها العميل، التغيرات الذاتية الإيجابية أو المرغوبه في زيادتها لدى العميل .
- يؤدي العميل المهمة تحت التوجيهات . (مليكه،1990: 226)

4-3- العلاج المعرفي السلوكي لبيك:

يقوم أسلوب بيك العلاجي، على أسس نظرية فحواها، أنه لا يوجد لدى الفرد أبنية معرفية ثابتة، وقد أسماها مخططات معرفية، وهي التي تحدد كيف يسلك الفرد وكيف يشعر، وتعتبر الأحداث اللفظية والمصورة في شعور الفرد مستمدة من إعتقداته، وإفترضاته المتضمنة في المخططات المعرفية، و بالتالي فإن الإضطرابات السلوكية هي نتاج أخطاء معينة في عادات التفكير او المعرفة، مما يؤدي إلى تفسيرات خاطئة للمواقف .

إن أهم أهداف العلاج المعرفي السلوكي من وجهة نظر *بيك* هي المنطقية في التعامل مع عملية تحريف الواقع و الحقائق و التعامل مع المشكلات و المشاركة في تخفيفها معتمداً، على عده أسس أهمها : إختزال العلاجية، توطيد المصادقية مع المريض، التعلم في حل المشكلة التي تواجه المريض، و من ثم فإن فنيات العلاج المعرفي عند بيك تعتمد على إتجاه عقلائي و آخر تجريبي و ثالث سلوكي، من خلال صد عمليات التفكير غير السوي و ملئ الفراغ المعرفي، وصولاً إلى رؤيه الواقع بصورة ايجابية .(مليكه،1990: 226)

5- تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

يشير مصطلح "معرفي (COGNITIVE ") إلى النشاط العقلي المتصل بالتفكير وما يرتبط به من تذكر، وإدراك وإستدلال، وحكم ووعي للعالم الخارجي، وتداول المعلومات ، وتخطيط أنشطة العقل البشري وغير ذلك، ويشمل السلوك المعرفي على الأفكار والمعتقدات، والتي يظل كثير منها خصوصية ذاتية (عبد الخالق،2006: 112).

- يرى جلاس وشيا Glass,Shea1986 أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة، والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للإضطرابات النفسية، ويهدف هذا الأسلوب من العلاج، إلى إقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية، وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف، وتهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المريض المشوهة، ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية وإنفعالية لدى المريض(الغامدي،16،2010).

- ويعرف ريتشارد 1977 العلاج المعرفي السلوكي: بأنه مجموعة الإجراءات العلاجية التي تجسد تصورات عن التغيير، وتضع أهمية أساسية على العملية المعرفية، وتهدف بصورة إجرائية إلى بعض الممارسات العلاجية لتبديل المظاهر المعرفية .

(عبد الحكيم السيد،2009: 712)

وهو شكل من أشكال العلاجات الفردية، التي تعتمد على طريقة معينة لعلاج الفرد المريض حسب خبرته المرضية وتأثير هذه الخبرة على حياته، وهو تقنية تعتمد على الحديث المتبادل في شكل حوار، يعني أنه يعتمد على مناقشة أفكار وأحاسيس وأفعال المفحوص (Dobson,2002,3)

فلكل منا أفكاره الثابتة ومعلوماته المخترنة التي ترشد وتحدد بنية تفكيره، وقد حدد البنيان المعرفي على أنه الجانب التنظيمي للتفكير، والذي يبدو أنه ينظم ويوجه إستراتيجية ومسار وإختيار الأفكار، فهو بمثابة مشغل تنفيذي يمسك بمخطط التفكير، ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو إستمرار الفكرة، ويتضمن البنيان المعرفي مالا يتغير بتعلم كلمة جديدة ولكن ما يتغير بتعلم كلمة جديدة، مثل مهارة الإستماع إلى الحوار الداخلي للشخص ذاته (مليكه،1994: 121).

وهكذا فإن البنيان المعرفي أو المخططات هي خطط عقلية مجردة تنظم المعلومات ولها دور كبير في توجيه سلوك الإنسان، فهي تمثل أنماطا من التفكير ثابتة، وطويلة الأمد، كما تمثل تقييمات الفرد عن خبراته السابق، وهي عملية نظم لمعلومات قديمة لها علاقة بالموقف الحالي، وتسهل عملية معالجة المعلومات الجديدة المتعلقة بالموقف، حيث تلفت الإنتباه إلى هذه المعلومات إختياريا ، أو تحدد نوعا معينا من التصورات الخاصة بموقف معين، وبناء على ذلك فالمخططات تحدد الطريقة التي من خلالها تم إختبار المعلومات المدركة، وأيضا يتم تخزينها ومعالجتها وتذكرها أو إستدعائها (كوير،2009: 64).

إذا يشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات، التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية، ويختلف هذا الأسلوب العلاجي عن علاج الإستبصار التقليدي في أن معارك ال (هنا ولآن) النوعية تكون هي الهدف في التغيير من خلال إجراءات نوعية أكثر من التأكيد على الماضي كسبب للصعوبات الحالية، وتشتمل المعارف على الإعتقادات ونظم الإعتقادات والتفكير والتخيلات، وتشتمل العمليات المعرفية على طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات، وطرق تعلم تلك المعلومات للتغلب على المشاكل أو حل المشكلات، وطرق التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها. (عبد الله محمد، 2000: 23).

أما بيك فينظر للعلاج المعرفي السلوكي في كتابه العلاج المعرفي للإكتئاب بأنه طريقة مركبة ثنائية ومحددة الوقت، توجيهية وفعالة يتم إستخدامها في علاج بعض الإضطرابات النفسية منها القلق، الإكتئاب، العدوان.....الخ، ويستند العلاج المعرفي حسب بيك إلى أساس منطقي نظري مفاده أن سلوك ووجدان الفرد يكونان محددين بشكل كبير بالطريقة التي يتبنى بها الفرد العالم من معارف مختلفة، فالبنسبة للمعالج السلوكي عملية تعديل السلوك هي النهاية بحد ذاتها، فبينما للمعالج المعرفي تعني النهاية له هي التغيير المعرفي ، أي أن العلاج المعرفي يركز على تعديل البناء المعرفي للفرد بواسطة تصحيح المدركات الخاطئة وعادات التفكير السالبة فيما يتيح عنه تعديلا حتميا للسلوك العام.

لذا يسلم بيك بأن العلاج المعرفي السلوكي يساعد الفرد على توقيف الطريقة التي يدرك بها الأشياء أو على توقعه للأشياء ، أي أن سلوك الفرد تحكمه إلى حد بعيد عوامل معرفية وفكرية كالتوقع وطريقة التنبؤ بحدوث الأشياء فضلا عن الإتجاهات والمعتقدات التي يحملها عن العالم والأشياء وعن ذاته، فهناك أهمية كبيرة لتأثير العوامل المعرفية والإدراكية على أثار الإضطراب في السلوك (العقاد، 2001: 33).

وهكذا يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي، هو نوع من العلاج يقوم على إستخدام الطريقة العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي من جهة، ومن جهة أخرى على طرق علاجية تعطي المعارف مركزا هاما في الاضطرابات الانفعالية.

وتقتض النظرية المعرفية السلوكية في العلاج النفسي وجود ثلاثة عناصر مترابطة يساهم تفاعلها في تطوير السلوك وإستجاباتنا للعالم بجانبها الصحي والمرضي:

- 1- الموقف أو الخبرة المرتبطة بالحالة النفسية.
- 2- الجانب الوجداني والحالة الإنفعالية، موضوع الشكوى (بماذا اشعر الآن)
- 3- البناء المعرفي للخبرة (كيف أدرك الموقف وأفسره) (ابراهيم، 2008:92).

وعلى الرغم من أن العلاج المعرفي السلوكي مدخل علاجي محبوب، إلا أن هناك عدد من المعتقدات الخطأ (الأخطاء المعرفية)، تتعلق بماهية العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، على عكس المعتقد الشائع، فإن العلاج المعرفي السلوكي لا يعني أن العلاج النفسي مقصور على التعديل المعرفي، إلا أنه يعني ببساطة أن تحديد وتعديل التشوهات المعرفية أهدافا هامة للعلاج، لأن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على مبدأ مؤداه أن المعارف ترتبط على نحو سببي بالتوتر الإنفعالي والمشكلات السلوكية، كما أن العلاج المعرفي السلوكي يستهدف أيضا الخبرات الإنفعالية، الأعراض الجسمية والسلوكيات، يميز بيك -معتمدا على طبيعة إستراتيجية العلاج- بين المداخل العقلية، الخبراتية والسلوكية وكلها مظاهر هامة للعلاج المعرفي السلوكي، يتعلم المرضى-كجزء من المدخل العلاجي- تحديد المفاهيم الخطأ لديهم، وإختبار صحة أو صدق أفكارهم، وإستبدالها بأفكار أخرى أكثر تكيفية، أما المدخل الخبراتي فيساعد على عرض أنفسهم على الخبرات من أجل تغيير هذه المفاهيم الخطأ.

العلاج المعرفي السلوكي يركز على الوقت الراهن، فالمريض مشارك نشط، ويعتبر خبير في مشكلاته النفسية، العلاقة بين المعالج النفسي والمريض علاقة ودودة، ونقية، كما أن التواصل مباشر ولكن الإحترام متبادل، لا ينظر إلى المريض على أنه به عيب كما لا ينظر إلى المعالج النفسي على أنه لديه القدرة على الشفاء، ولكن المعالج النفسي والمريض يكونان علاقة تشاركية لحل مشكلة ما ، إن الدور الأول للمعالج النفسي في العلاج المعرفي السلوكي نشط جدا. (هوفمان، 2012: 33،34،38)

حيث يعلم المريض بالقواعد الأساسية لهذا المدخل العلاجي ، ومع ذلك كلما تقدم العلاج، من المتوقع أن يصبح المرضى أكثر نشاطا في العلاج، وأكثر إستقلالية وأكثر تأثيرا في الأحداث.

وأثناء تقدم عملية العلاج النفسي، تصبح أهداف العلاج المعرفي السلوكي أكثر تركيزا أو أكثر توجهها نحو المعتقدات الرئيسية لدى المريض، ومع ذلك فإن هذه الأهداف لا يحددها المريض وحده أثناء عملية العلاج، يقوم المعالج للوصول إلى أو تحقيق هذه الأهداف، وتصور النتائج التي يمكن ملاحظتها ، والتي سوف تشير إلى أن كل هدف قد تحقق، فالعلاج المعرفي السلوكي لا يحاول أن يجعل الموقف السيئ موقف جيد، فالعلاج المعرفي السلوكي لا يشجع المرضى على التفكير بشكل إيجابي في الأحداث التي تسبب التوتر بالفعل، أو تجاهل الأحداث المؤسفة التي وقعت للفرد، إلا أن المعالج النفسي في العلاج المعرفي السلوكي يساعد المريض على الدراسة الناقدة ليعرف ما إذا كان هناك ما يبرر إستجابته لموقف معين أم لا، إذا كان هناك مبرر جيد لهذه الإستجابة الوجدانية السالبة ، فإن العلاج المعرفي السلوكي يشجع المريض على تعبئة مصادره للتعامل مع الحدث السلبي، وأن يحيا حياة لها معنى، فإن هدف العلاج هو إختيار المريض لفروضة، وإذا كانت هذه الفروض غير صحيحة يقوم بتعديلها لكي يتم تنمية منظور أكثر واقعية عن العالم الحقيقي، يتمثل إفتراض المدخل المعرفي في أن التنبؤات والمقولات الذاتية لها تأثير قوي على السلوك والخبرة ، لذلك من الضروري الإعداد للممارسة لضمان أن جلسة الممارسة سوف تقدم القدرة المثلى لتحدي الأفكار المختلفة وظيفيا لدى المريض ، بالإضافة إلى ذلك فإن تجهيز الخبرات التي تلي التعرض ذات أهمية مماثلة (هوفمان ،2012: 33،34،38)

واليوم أصبح العلاج المعرفي السلوكي يشتمل على العديد من العلاجات المختلفة والمدعومة تجريبيا، والتي تشترك في المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي ومع ذلك فهو لا يناسب كل أنواع المشكلات، فهناك فروقا واضحة في الإستراتيجية متأصلة في مدخل العلاج المعرفي السلوكي وتحديدًا في الارتباط السببي بين المعايير اللاتكيفية والإنفعالات والسلوكيات والفيزيولوجيا ، وأن تصحيح المعارف اللاتكيفية ينتج عن محو المشكلات النفسية والسعادة النفسية بوجه عام، وقد تم الحصول على أدلة علمية قوية عن

هذا النموذج العام من مجال علم الأعصاب الإنفعالي، وبحوث التنظيم الإنفعالي (هوفمان، 2012، 27).

6- مميزات وخصائص العلاج المعرفي السلوكي:

يعد العلاج المعرفي السلوكي علاجي تعليمي يقوم بحل المشكلات النفسية على المدى القصير، وترجع نشأة هذا الأسلوب العلاجي إلى بداية الستينيات على يد العالم أرون بيك في علاج مرض الإكتئاب، وفي وقت لاحق إستخدم بيك وزملاؤه هذا الأسلوب العلاجي مع مرض اضطراب القلق ومرض الرهاب الإجتماعي، وقد أثبت هذا الأسلوب العلاجي على مدار العقدين الماضيين فاعليته، بل تعدى الأمر ذلك واستخدم في علاج بعض الإضطرابات النفسية والعقلية الأخرى (الغامدي، 2010: 16)

كما أن هذا الأسلوب العلاجي يحاول دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك، ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الإجتماعي مع من حوله من خلال إستخدام إستراتيجيات معرفية وسلوكية وإنفعالية وإجتماعية وبيئية لإحداث التغير المرغوب فيه، وهكذا فإن الأسلوب المعرفي السلوكي يشتمل على علاقة المعرفة والسلوك بالحالة الوجدانية للفرد وبأداء الفرد في السياق الإجتماعي الذي يعيش فيه، فالعلاج المعرفي السلوكي إستطاع من خلال إهتمامه بالأفكار والمشاعر، تضيق الفجوة بين العلاج السلوكي الصرف وبين العلاجات الدينامكية معتمدا في ذلك على فنيات وخصائص مبنية على أسس علمية قابلة للتضييق والتقويم، كما طور بيك هذه النظرية من خلال تفحصه لما هو متوفر من أنواع العلاجات النفسية باختلاف متطلعاته النظرية، أخذ بعين الإعتبار الإستعانة بالعديد من الأفكار والأساليب التي يرى أنها تساعد في نجاح أسلوب دون الإحلال بالمسلمات التي تبني عليها نظريته ومن هذه الخصائص ما يلي: (علوي، بن عيسى، 2009: 72).

6-1- صياغة المشكلة: يركز العلاج المعرفي السلوكي على موضوع المشكلة الحالية والراهنة التي يعاني منها المريض وعلى الأعراض الحالية، وهذا لا يعني أن هذا النوع من العلاج يلغي ثقل الماضي على الصعوبات النفسية الحالية، ولكن ينظر إليه من زاوية التعلم على اعتبار أن الفرد يكتسب من خلال الإشراف عدد من الإستجابات السلوكية أو المعرفية غير الملائمة (علوي، بن عيسى، 2009: 72).

ويقصد بها كذلك مجموعة الفروض العاملة التي تدور حول الآليات النفسية الأساسية التي شكلت المعاناة أو عملت على إستمرار المشكلات التي تعاني منها الحالة، ويتم توظيف هذه الفروض العاملة أو فهم الحالة من قبل المعالجين النفسيين لتوجيه العلاج المعرفي السلوكي الوجهة الصحيحة أو تعديله عند اللزوم، وينبثق نموذج الفهم والصياغة المعرفية السلوكية للحالة من أن مشكلات الأفراد وإضطراباتهم الإنفعالية ماهي إلا نتاج تنشيط المعتقدات الأساسية بواسطة أحداث الحياة المثيرة للضغوط.

وتبدأ الصياغة المعرفية للمشكلة بجملة من الخطوات منها:

- رصد أفكار العميل المرتبطة بالمشكلة الحالية والتي تدعم إستمرارها
- تحديد الصور الذهنية والإنفعالات والجوانب الفيزيولوجية ذات العلاقة بالمشكلة.
- تحديد دور العوامل المرسبة والمفجرة والتي تدعم المعتقدات المشوهة، وتبقي على السلوك المضطرب.

- تفسيرات العميل لمواقف الحياة وأحداثها الأساسية عبر الزمن. (بيرمان، 2004: 194).

فمن هذا المنطلق يهتم المعالج بزمن بداية المشكلة، وفي أي المواقف، وماهي الأفكار السلبية المرتبطة بذلك، بمعنى أن معارف (هنا والآن) تكون هي الهدف في التغيير العلاجي وعلى ذلك يتعين على المعالج معرفة الصياغة المعرفية عن مشكلة الحالة التي تحدث نتيجة التعلم الخاطئ وبناء إستنتاجات غير صحيحة، وفضلا عن ذلك فإن التفكير يمكن أن يكون غير واقعي بسبب أنه مشتق من مقدمات معرفية خاطئة، ويكون الهدف الأساسي في حل المشكلة هو إعادة البناء المعرفي للحالة (حسين، 2007: 192).

6-2- العلاقة مع المعالج: بمعنى أن تقوم العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل على أساس التعاون، حيث يمارس المعالج دورا نشطا فعلا في عملية العلاج، يبدأ بالتعليم النفسي ورفع مستوى وعي المريض بأفكاره الألية ذات العلاقة بمشاكلته، وفحصها واختبارها كفروض سواء داخل الجلسة أو خارجها ، كما يقوم المعالج بتعليم المريض كيف يتحدى معتقداته اللاتوافقية، ويستخدم في ذلك واجبات محددة بدقة، ويعمل المعالج على تشجيع المريض على الانخراط في نشاطات من شأنها أن تطلق مشاعر الكفاءة والسرور وتبني مجموعة من الإغزاعات الإيجابية الذاتية المرتبطة بهذه النشاطات(بيرمان،2004: 194)

بمعنى أن المعالج يعمل على تحديد الإستراتيجيات التي تعمل على إحداث التغيير العلاجي وتحديد الحالة للأفكار الأوتوماتكية لديه بالتعاون مع المعالج، أي أنهما يعملان معا في إعداد الإستراتيجية التي تعين على حل مشكلة المعالج وصعوباته(حسين، 2007: 188).

6-3- العلاج المعرفي قصير المدى: يحقق العلاج المعرفي النتائج بسرعة، فمعظم المرضى يلمسون تغيرات إيجابية في أنماط تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكهم من خلال عدة جلسات، ويتم بناء كل جلسة من خلال استخدام أجندة عمل وذلك لاستغلال الوقت بصورة كاملة، فمسار العلاج المعرفي مختصر ووقته محدد مقارنة بالأشكال الأخرى من العلاج النفسي، وكلما كان العلاج قصيرا المدى فإن هذا يعمل على زيادة دافعية كل من المريض والمعالج للإستمرار في توجيههم نحو التمرکز حول المشكلة وإيجاد الحل المناسب لها، أما إذا كانت الجلسات طويلة وسريعة فإن المريض يفتقد كثيرا مما تم مناقشته في الجلسات مع المعالج، ولو كانت الجلسات قصيرة جدا وبطيئة فإن المريض يفتقر إلى الثقة في الوصول إلى نتيجة نهائية(حسين، 2007: 191).

6-4- العلاج المعرفي نشط وتوجيهي: يقوم المعالج المعرفي بدور نشط وتوجيهي خلال العلاج، فدوره الرئيسي ينحصر في تحديد ومعرفة المشكلة والعمل على حلها، وأحيانا يمكن أن يكون تعليمي فالمعالج يوجه العميل بشكل نشط إلى إستكشاف مشكلة التفكير الرئيسية لديه، وأضف إلى ذلك أن المعالج يكون تركيزه وإهتمامه منصبا على حل المشكلة الرئيسية للعميل وذلك لأن حلها يحل معه المشكلات الأخرى(حسين، 2007: 191).

6-5- العلاج المعرفي السلوكي فعال: لقد أثبتت العديد من الدراسات والبحوث أن العلاج المعرفي السلوكي يكون فعالاً في العديد من الإضطرابات النفسية وأنه أكثر فعالية عن الأشكال الأخرى من العلاج، فقد قارنت دراسات أخرى بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي في علاج الطلاب المكتئبين مثل دراسة Shaw 1977، مارسال وتايلور 1988 Marshal et Taylor، زيس وآخرون 1979 Zeiss et Al وقد كشفت تلك الدراسات في نتائجها أن العلاج المعرفي يتفوق على العلاج السلوكي، وهناك دراسات أخرى استخدمت العلاج المعرفي السلوكي لدى مرض الإكتئاب الذين يعالجون خارج المستشفيات والعيادات أو الطلاب المكتئبين مثال دراسة ماكلين وهاكستيان Mclean et Hakstion، شبلي وفازيو 1973 Shapley et Fasio وأظهرت هذه الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي علاجاً فعالاً يتفوق على العلاج السيكوندينامي ويتفوق على العلاج النفسي التدعيمي (حسين، 2007: 193، 194).

6-6- استخدام الحوار السقراطي (استخدام الأسئلة): يمثل استخدام الأسئلة إحدى المهارات التي تميز العلاج وهي ذات أهمية حيث من خلالها يقوم المعالج بمساعدة المريض على تحديد أفكاره السلبية وفحصها وإكتشاف مدى صحة هذه الأفكار والإعتقادات السلبية لدى المريض وتهدف الأسئلة التي يقوم عليها الحوار السقراطي إلى تحديد المشكلة والتعرف على الأفكار والمعاني السلبية لدى المريض وفحصها وتقديم الأدلة التي تتفق معها أو التي تخالفها وتقدير النتائج التي يمكن أن تنتج عن الإحتفاظ بالأفكار السلبية، ولا تستخدم هذه الأسئلة التي يطرحها المعالج على المريض بهدف تقييم الأفكار التلقائية السلبية والتي تقف خلف الإضطراب الإنفعالي، وإنما تساعد على إكتشاف الأفكار والإفتراضات والمعاني السلبية لدى المريض، ومن الأمثلة على هذه الأسئلة التي يوجهها المعالج للمريض ما هو الدليل على أن تفكيرك صحيح؟ وما هو الدليل الذي يخالف هذا التفكير لديك؟ وإذا كان تفكيرك صحيحاً فما هي التضمينات وراء هذه الأفكار والإعتقادات لديك؟، وهذه الأسئلة وغيرها تنطوي على عدة فوائد منها تسهيل قيام المرضى بترجمة تلك الأفكار والإعتقادات التي يرونها أمور بديهية لا تقبل النقاش إلى فروض يمكن التحقق من صحتها وصدقها مما يسهل من عملية التجريب وطرح البدائل من جانب المريض. (حسين، 2007: 194، 195).

فالمريض يتعلم أن يفكر في الإعتقادات لديه كفروض ويعطي إهتمام لكل الحقائق المتاحة ويعدل الفروض في ضوء المعلومات البديلة، كما أن هذه الأسئلة تعمل على توثيق العلاقة العلاجية التعاونية بين المريض والمعالج حيث يستطيع المعالج مساعدة المريض على إكتشاف أفكاره السلبية ومناقشة مدى صحة هذه الأفكار والإعتقادات وتحديد المحكات التي يمكن بموجبها أن يعمل على تقييم تلك الإعتقادات وأن يقوم بإختبار وفحص النتائج المترتبة على ما يقوم به من أفعال (حسين، 2007: 194، 195).

6-7- العلاج المبني على نموذج نفسي تعليمي: لاشك أن العميل يأتي للعلاج بسبب ما إكتسبه وتعلمه من معارف وأساليب سلوكية غير ملائمة في التعامل مع خبرات الحياة، ومن خلال العلاج يستطيع العميل أن يتعلم أساليب أكثر فاعلية تؤدي إلى التوافق مع خبرات الحياة، فمن المفيد أن يرى المعالج نفسه بوصفه معلماً، حيث يقوم بتعليم المريض أساليب التفكير المنطقية، ويعطيه معلومات، ويحدد له ما ينبغي أن يقوم به، وأن يوجه المريض إلى الإستماع إلى شرائط الكاسيت، التي قد يكون مسجلاً بها جلسات العلاج، وقد يقترح المعالج على المريض حضور محاضرات تعليمية.

فمن خلال هذا النموذج يمكن تقديم معلومات كافية عن الإضطراب الذي يعاني منه المريض وعن طبيعته وأسبابه وكيفية مواجهته، وعلى هذا فإن المعالج يستخدم بعض المواد مثل الكتيبات المرتبطة بالإضطراب، ويعطيها للمريض بوصفها واجبات منزلية، وتستخدم هذه الكتيبات لتعليم المريض وتزويده بمعلومات عن نموذج العلاج، وبعد ذلك يتم مناقشتها في الجلسات القادمة، وفي ضوء هذا الأسلوب يعلم المعالج المريض إستكشاف وفحص وتعديل أفكاره السلبية بطريقة ملائمة.

6-8- التوجيه نحو الهدف: فالمعالج والعميل يعملان معاً على تحديد أهداف العلاج والسعي نحو تحقيقها ومراقبة التقدم لمعرفة ما إذا كانت تلك الأهداف تحققت أم لا تتحقق. (حسين، 2007: 196)

6-9- التكلفة (الثلث) والفاعلية: يعتبر هذا العلاج أقل تكلفة عن صور العلاج الأخرى، فالتركيز يكون على إعادة البناء المعرفي للمريض وهذا يقلل من طول فترة العلاج ويخفض من مخاطر الانتكاسة، ولقد ثبتت فاعليته وجدواه في علاج كثير من الإضطرابات النفسية وذلك من خلال الدراسات والبحوث التي استخدمته سواء بشكل منفرد أو مقارنة مع علاجات أخرى والتي أسفرت عن فاعليته في علاج إضطرابات عدة مثل الإكتئاب، القلق، إضطراب الوسواس، إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، إضطرابات الأكل، ضبط الوزن.... الخ.

6-10- استخدام الواجبات المنزلية: يقوم المعالج والمريض معا أثناء الجلسات العلاجية بتحديد الواجبات المنزلية، والتي تعمل على تعزيز ما تعلمه المريض خلال جلسات العلاج، وتتمثل الواجبات في تحديد مجموعة من السلوكيات والمهام والمهارات التي يتعين على المريض أدائها خارج جلسات العلاج، ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة، كما يتم مراجعتها وفحصها مع بداية الجلسة القادمة، على أن تكون هذه الواجبات متدرجة من الأسهل إلى الأصعب تدريجيا، بحيث لا يتم الانتقال من واجب أو مهمة معينة إلى أخرى حتى يتم التأكد من نجاح المريض في تنفيذها بكفاءة، وقد يتضمن الواجب المنزلي في الجلسات الأولى من العلاج قيام المريض وإستمراره في تسجيل الأفكار المختلفة لديه والمشاعر والسلوكيات والتي يمكن أن تتم بأكثر من طريقة، من بينها كتابة المذكرات اليومية وتدوينها، وقد تأخذ هذه الواجبات المنزلية شكل التجارب السلوكية، التي يتم القيام بها حتى يتسنى التحقق من صحة وصدق أفكار المريض وإعتقاداته وإفترضاته، ومع التدريب على كل مهارة جديدة أثناء العلاج يتضمن الواجب المنزلي تطبيق تلك المهارة على مواقف الحياة الواقعية، وحتى يمكن الإستفادة التامة من تلك الواجبات ويتحقق الهدف من إستخدامها، يجب أن يقوم المعالج بمراجعة تلك الواجبات في بداية الجلسة، مما يتيح له الفرصة في التعرف على كيفية أداء المريض لها، وما هي الأخطاء والصعوبات التي واجهته عند تجريب وتنفيذ هذه الواجبات، ومن ثم يعمل المعالج على تصحيحها، حتى يتقن المريض أدائها، وهذا مما يساعد على حدوث تقدم في العلاج وبالتالي تحقيق نتائج أفضل. (حسين، 2007: 197)

6-11- التعرف على أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال: عند التفكير في حل مشكلة معينة

أو فهمها، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع وبالتالي يثير الإضطرابات السلوكية، ومن التحريفات المعرفية التي تحدث ما يأتي:

1- المبالغة: وتتمثل في الميل للمبالغة في إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية وإضفاء

دلالات مبالغ فيها، كتصور الخطر والدمار فيها، ومن الثابت أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء يميز الأشخاص المصابين بالقلق، فتفكير الشخص في حالات القلق يتميز بالمبالغة في تفسير الموقف مما يؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف والتوتر، فهو يتوقع الشر لنفسه ولأسرته أو ممتلكاته، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والأشخاص المهمين في حياته، كما نجد أن التقليل من المخاطر الواقعية، قد تكون له أيضا نتائج إنفعالية سلوكية مماثلة، إذ يؤدي ذلك إلى الإندفاع وتكرار التجارب الفاشلة، كما قد يؤدي إلى تخفيض الدافع إلى مواصلة الجهد والإنجاز.

2- التعميم الزائد: في مجال علم النفس، من الثابت أن الميل للتعميم من الجزء إلى الكل

يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الأمراض الإجتماعية، كالتعصب أو غيرها ، فكثير من الخصائص السلبية ننسبها لجماعة معينة لكي نبرر تعصبنا نحوها، قد يكون في الحقيقة تعميما خاطئا لخبرة سيئة مع فرد ينسب لهذه الجماعة، والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بالأنماط المرضية وخاصة الإكتئاب والفصام ، ويعتبر التعميم الخاطئ أيضا من العوامل الحاسمة في إكتساب المخاوف المرضية(ابراهيم،1998: 307-312).

3- المقياس الثنائي والتطرف: يميل بعض الأفراد لإدراك الأشياء إما بيضاء أو سوداء ،

جيدة أو سيئة...الخ، دون أن ندرك أن الشيء الواحد الذي قد يبدو في ظاهر الأمر شيئا سيئا، قد يكون فيه أشياء إيجابية، أو يؤدي إلى نتائج إيجابية، وينظر العميل إلى الموقف وكأنه محصور في احتمالين فقط وليس على أساس أنه متصل يشتمل على درجات كثيرة

بين طرفيه. (ابراهيم،1998: 207، 312)

- 4- **التجريد الإنتقائي:** وهو أسلوب خاطئ في التفكير، كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام، ويؤكد لها في سياق آخر، فمثلا شخص يرفض التقدم لعمل جديد مناسب، ذلك لأنه سبق أن رفض في عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكانياته ومواهبه وبما يتطلبه العمل الجديد، والتجريد الإنتقائي من الأخطاء التي يشيع في أفكار المكتئبين، فقد تبين أن المكتئب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل (مثلا يعود إلى المنزل بعد حفلة أو لقاء، ولا يذكر من هذا اللقاء إلا أن فلانا تجاهله، وفلانا قاطعه في الكلام وأنه كان يجب أن يقول كذا وكذا ، وأن لا يقول كذا وكذا.... الخ
- 5- **أخطاء الحكم والإستنتاج:** كثير من حالات القلق والإكتئاب والعدوان يكون السلوك فيها ناتجا عن خطأ في تفسير الحادثة، بسبب عدم توافر معلومات معينة أو سياق مختلف (ابراهيم، 1998 : 312، 313).

6-12- **فنية المتصل المعرفي:** وفيها يطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، على سبيل المثال يطلب من المريض الذي لديه الإعتقاد (أنا شخص عديم الفائدة) أن يعرف المقصود بعدم الفائدة، ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة، يبدأ بصفر عديم الفائدة تماما ، 100% فعال جدا، وهي فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الإعتقادات الأساسية، وتقيد في التعامل مع التفكير الثنائي (كل شئ أو لا شئ) (المحارب، 2000: 217).

6-13- **التشجيع:** ويتضمن هذا الأسلوب إستخدام إستجابات غالبا ما تأخذ شكل عبارات تدعيمية تعبر عن الثناء والإستحسان لسلوك العميل وإتجاهاته ومشاعره، وذلك لتشجيع العميل على الحديث وإستعراض أفكاره غير العقلانية وزيادة الإهتمام بها لتعديلها بأفكار عقلانية. (الشناوي وعبد الرحمن، 1998: 38).

6-14- التدريب على الإسترخاء: إن الإسترخاء يعتبر أمر مطلوب في حد ذاته في مواجهة الضغوط النفسية وما ينشأ من قلق أو مخاوف وتشتت وتزاحم في الأفكار، بل وما ينتج عن هذه الضغوط من اضطرابات نفسية وفسولوجية مثل أمراض القلب، السمنة، القرحة،... الخ ولهذا يحتاج المعالج أن يستخدم أسلوب الإسترخاء مع عملائه في مرحلة مبكرة جدا من العمل معهم لأنه يعمل على تهدئة الفرد، ويستغرق التدريب على الإسترخاء من 20 إلى 30د، يقوم بها الفرد وهو جالس على كرسي مريح ، أو مستلق على ظهره في كرسي بظهر متحرك، ويضاف إلى الإسترخاء عنصر معرفي وذلك عندما يقوم الفرد بالتركيز على المجموعات العضلية حتى لا يشتت إنتباهه ويطلب منه أيضا التنفس بعمق حتى يصبح التنفس إشارة لتعميق الإسترخاء في الجلسات. (الشناوي وعبد الرحمن، 1998: 38).

7- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

- العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى تحقيق تغيرات في السلوك، و تجعل حياة الفرد والمحيطين به أكثر إيجابية.
- التعامل مع تحريف الفرد للواقع و الذي يستنتج دون تمييز مثل، عندما يرى أن الآخرين يريدون أن يؤذوه.
- التعامل مع التفكير غير المنطقي، فقد لا يكون هناك تشويش للواقع و إنما يكون أساس إفتراضات خاطئة.
- مساعدة المريض للتوصل إلى منظور جديد لفهم مشكلة، و تعليمه كيف أن معارفه يمكن تساعده في تفسير أسباب الإستجابات الإنفعالية السلوكية.
- تصحيح التحريف في التفكير لدى المريض، والتعامل مع التفكير غير المنطقي بحيث يصبح صورة الواقع في نظره و يصحح التفكير منطقيا. (ابراهيم، 1987: 55)

8- المبادئ العامة للعلاج المعرفي السلوكي :

يتألف العلاج المعرفي السلوكي بمعناه الواسع من كل المداخل التي من شأنها أن تخفف من الإضطراب النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذهنية المغلوطة، ولا يعني تركيزنا على التفكير أن نلغي أهمية الإستجابات الإنفعالية التي هي مصدر القلق، إنما يعني ببساطة أننا نقارب إنفعالات الشخص من خلال معرفته أو عن طريق تفكيره، وبتصحيح الإعتقادات الخاطئة يمكننا أن نغير الإستجابات الإنفعالية بطريقة المناسبة(بيك،2000: 227)

ومن هذا المنطلق نجد أن المبادئ العامة للعلاج المعرفي السلوكي تقوم على:

- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة ومنها تحديد الأفكار الحالية للمريض، والأفكار التي تساهم في إستمرار الوضع الإنفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها،(فرغلي،2008: 34).

ثم العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض، والأسلوب المعرفي الذي يفسر به المريض المواقف التي يتعرض لها .

- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي، وجود علاقة علاجية بين المعالج والمريض يجعل المريض يثق في المعالج، ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والإهتمام بالمريض، بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير العملية العلاجية.

- يشدد المعالج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة وتعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي تقدم للمريض.

- يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة لحل مشكلات معينة.

- يركز العلاج المعرفي على الحاضر وعلى المواقف التي تثير القلق والإكتئاب لدى المريض. (فرغلي،2008: 34، 35).

- العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف إلى جعل المريض معالجا لنفسه عن طريق مهارات التفاعل اللازمة.
- تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول عمل معين.
- يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيفية التعرف على الآثار والإعتقادات غير الصحيحة، وكيف يعدلها ويغيرها.
- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات ومهارات متعددة لإحداث تغيير في نمط التفكير والمزاج وبالتالي السلوكي.
- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحا مع المريض يناقش معه وجهة نظره حول المشكلة ويتعرف على أخطائه المعرفية، ويسمح للمريض بمناقشتها وبالتالي تعديلها ودحض أخطائها.(فرغلي،2008: 34، 35).

9- بناء الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى، يتراوح عدد جلساته في معظم الحالات ما بين (4-14) جلسة، وقد يتطلب الأمر في حالات معينة أن يكون العلاج بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، أو أكثر إذا كان المريض يعاني من أزمة شديدة.

أما فيما يتعلق بمدة الجلسة، فإن 45د هي المتعارف عليها في أنواع العلاج النفسي، ويبدء العلاج المعرفي السلوكي بعملية التقويم المعرفي السلوكي، التي تستغرق في الغالب ما بين 1-3 جلسات والتي يركز فيها المعالج على جمع المعلومات حول مشكلة المريض، وقد يستخدم فيها الأسئلة المباشرة بشكل أكبر مما يحدث في بقية الجلسات(المحارب،2000: 99).

وفي الغالب لا تخرج الجلسات التي تلي الجلسات التقويمية عن الشكل الآتي:

1- التعرف على الحالة الوجدانية للمريض.

2- **وضع جدول عمل لما سيدور في الجلسة:** يناقش ذلك مع بداية الجلسة وقد يبدأ المعالج بالآتي: قبل أن نبدء أود أن أوضح ما نود عمله اليوم أو بمعنى آخر نقرر ما نريد عمله وسوف نقوم بذلك مع بداية كل جلسة، بعد إستعراض الجدول، يشرح المعالج للمريض بعض الامور مثل كون الوقت محدد وأنه من المهم أن نناقش أكثر الامور أهمية، ويشتمل جدول العمل على إعداد قائمة بالمواضيع الأساسية للجلسة الحالية ومراجعة ما حدث بعد الجلسة السابقة، والتعليق على الجلسة السابقة وإستعراض الواجبات المنزلية .

3- **المواضيع الأسبوعية:** تراجع باختصار، ولكن بطريقة مقبولة، الحوادث التي حدثت للمريض بعد الجلسة السابقة، ثم يطلب من المريض إبداء رأيه فيما تم حتى الآن، وبعد ذلك تراجع الواجبات المنزلية وتناقش المشكلات التي إعتضت المريض خلال قيامه بالواجبات المنزلية والحلول الملائمة لها. (المحارب، 2000، 91-95).

4- **المواضيع الأساسية للجلسة الحالية:** يتم إستخدام الإستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تساعد المريض، وتختلف المواضيع التي تناقش من جلسة لأخرى، وتختلف الإستراتيجيات المختارة تبعاً لنوع الإضطراب الذي يعاني منه المريض.

5- **الواجب المنزلي للجلسة القادمة:** تزداد فائدة هذه الواجبات إذا ما روعيت **النقاط الآتية خلال إعدادها:**

- 1- أن تكون مرتبطة بما يحدث في الجلسة.
- 2- أن تعرض بطريقة محددة وواضحة، وتعد بطريقة تجعل المريض يلاحظ نجاحه في القيام بها.
- 3- أن تكون مفهومة ومقبولة للطرفين (مثلاً الهدف هو إختبار صحة الفكرة التي تدور حول عدم قدرتي على القيام بأي شيء وليس للتعرف على ما سوف يحدث).
- 4- أن تصمم بطريقة يتعلم فيها المريض شيئاً مفيداً سواء أتم أو لم يتم التوصل إلى النتيجة المرغوبة، ولتفادي سوء الفهم يجب أن يكتب الواجب المنزلي وكذلك الهدف منه كما يجب كتابة ماتم فعله والنتائج التي خرج بها المريض. (المحارب، 2000، 91-95).

5- ويحدث أحيانا أن تضعف عزيمة المريض على القيام بالواجبات المنزلية، لذا من المهم أن يناقش المعالج مع المريض الصعوبات التي من الممكن أن تحدث في المستقبل وكذلك الإجراءات التي من الممكن إتخاذها للتغلب على هذه الصعوبات.

6- التعرف على وجهة نظر المريض حول ما دار بالجلسة: في هذه المرحلة يطلب المعالج من المريض التعليق على الجلسة ككل وتلخيص ما تعلمه ورأيه في الموضوع، ويجب التأكيد على أنك سوف تتقبل وترحب بأي ملاحظة، مهما كان نوعها لأن ذلك يساعد على التفاهم ويجعل المعالج في موقف يسمح له بأن يتصرف بطريقة منسجمة مع ما يشعر به المريض فعلا. (المحارب، 2000، 91-95).

10- دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي:

يؤدي أخصائي العلاج المعرفي السلوكي عددا من الأدوار، فهو يعمل كمرشد ومشخص ومعلم، فعليه أن يطبق أساليب العلاج المعرفي السلوكي، ويركز على عمليات الأفكار التي يعتقد أنها ترتبط بالسلوك واعتقادات الشخص التي تعتبرها هي المصدر الرئيسي للمشكلة، فدوره كمرشد يتمثل في تنمية مهارات التفكير بشكل مستقل والتعاون مع الفرد في محاولة لحل مشكلته، فتوليد الأفكار الجديدة وتزويده بالإقتراحات وإعطائه فرصة مناسبة لاختبار هذه الأفكار وإيجاد الفرص المناسبة لتدريبه، ودوره كمشخص حيث يجمع المعلومات عن الفرد من مصادر متعددة ويدمج المعلومات التي حصل عليه لتحديد طبيعة الإضطراب والتخطيط للتدخل المناسب، ودوره كمعلم حيث يعنى بالتدريب على المهارات وتعليم العميل كيف يحل نماذج التفكير المشوه أو المنحرف ويضع بدلا منها نماذج تكيفية. (عبد الحكيم السيد، 2009: 715-716)

11- تقييم الأساليب المعرفية – السلوكية في فقدان الوزن كنموذج:

إن كثير من إجراءات التدخل التي توجه للأفراد الذين يعانون من السمنة تستخدم توجهها متعدد الأشكال في علاج سلوك الأكل اللاتكفي، أحد هذه البرامج طور في جامعة بنسلفانيا، وهو يبدأ بتحليل السلوك من أجل ضبطه.

- **مراقبة الذات:** يدرّب الأفراد الذين يعانون من السمنة على مراقبة الذات، ويتم تعليمهم الاحتفاظ بتسجيلات دقيقة حول نوعية الأطعمة التي تناولوها، ووقتها، ومكانها، وكميتها، وغير ذلك من الأمور المتعلقة بسلوك الأكل، إن الاحتفاظ بهذا النوع من التسجيلات يقترن بتحديد تعريف للسلوك وما يتعلق به مما يجعل الفرد أكثر وعياً بالأساليب التي يتبعها في الأكل، إن إتباع هذه الطريقة أدهشت كثيراً من المرضى لدى إكتشافهم عدد المرات التي يتناولون فيها الطعام ونوعيتها، وكميتها، ولهذا النوع من المراقبة أهميته في التخلص من الوزن، ولكن أهميته تظهر بشكل خاص في الأوقات التي يزداد فيها إقبال الفرد على الأكل، كما هو الحال خلال فترات الأعياد، الضغوطالخ.

فتحليل السلوك يركز إذاً على التأثير بالأحداث التي تسبق السلوك المستهدف، ولاسيما تلك المثيرات التي تؤثر في سلوك الأكل، إذ يدرّب العملاء على تعديل المثيرات البيئية المحيطة التي تسبب إستمرارهم في تناول الطعام، والإفراط في تناوله، مثل هذه الخطوات تتضمن شراء أطعمة تحوي سعرات قليلة مثل: الخضار وتوفيرها باستمرار لتكون في متناول اليد، والحد من توافر المواد التي تحوي سعرات عالية في البيت، كما تتبع إستراتيجيات ضبط السلوك لتدريب المرضى على تغيير الظروف التي تسبب سلوك تناول الطعام، ويتم تدريب العملاء على الإلتزام بتناول الطعام في مكان محدد، وفي وقت محدد من اليوم. (تايلور، 2008: 250)

- **ضبط الإفراط في الأكل:** وهي الخطوة التالية التي يشتمل عليها برنامج التدخل في السلوك وفقا لأسلوب التدخل السلوكي المتعدد الأشكال، فهي تدريب المرضى على ممارسة الضبط على عملية الكل بحد ذاتها، فقد يتم تدريبهم على سبيل المثال، على القيام بعدد المرات التي يقومون فيها بملئ الفم بالطعام، والمضغ، والبلع، وقد يطلب منهم وضع الأدوات التي يستخدمونها في تناول الطعام على الطاولة بعد كل مرة يملأون فيها فمهم بالطعام إلى أن يتم مضغ الطعام الموجود في الفم وبلعه، وقد يشجعون على إطالة الفترة بين كل مرة يملأون فيها الفم بالطعام والمرة التي تليها، وذلك من أجل تدريبهم على القيام بالأكل ببطء، مما يساعد على تقليل الكميات التي يتم تناولها، مثل هذا التأخير يتم التدريب عليه في بادئ الأمر عند إقتراب نهاية الوجبة، أي عندما يشعر العميل بالشبع، وتدرجيا يتم التدريب على استخدامه بشكل أكثر من بداية الوجبة، وأخيرا يتم حث العملاء على الإستمتاع وتذوق أطعمتهم وبذل جهد شعوري لتقديرها بينما يقومون بتناولها، إن الغاية هي تعليم الشخص كيف يأكل أقل وأن يستمتع أكثر بما يأكل، كما يدرب العملاء على التحكم بالنتائج التي تنشأ عن السلوك المستهدف وعلى مكافأة أنفسهم لدى نجاحهم بالأنشطة التي يقومون بها فعلى سبيل المثال، قد يكافئ العميل نفسه بمعززات إيجابية حقيقية، مثل الذهاب إلى السينما لدى نجاحه بالالتزام بالإحتفاظ بتسجيل الأطعمة التي تناولها وكميتها والأوقات التي أكل فيها وعدد مرات المضغ والتريث أثناء الأكل وتناول الطعام في أماكن معينة فقط، إن تطوير نظام ضبط ذاتي للتحكم بتناول الطعام إحتل مكانة مهمة بين إجراءات العلاج السلوكي للسمنة، فالتدريب على الضبط الذاتي يمكن أن يساعد الناس على تجاهل تأثير الرغبات الملحة .

-**إضافة التمرين:** إن الطرق السالفة الذكر قامت بإضافة عناصر علاجية أخرى، ولعل الإهتمام بممارسة التمارين كان من أهم العناصر التي تم التوصل إليها، فالمستويات العالية من النشاط الجسمي إرتبطت بتحقيق نجاح فعلي في خفض الوزن، وفي المحافظة على ماتم تحقيقه من إنخفاض الوزن سواء كان ذلك عند الراشدين أو الأطفال، نتيجة لذلك يتم تدريب المشاركين في برامج علاج السمنة باتباع برامج منتظمة من النشاط البدني التي تتسم بكونها ممتعة ومريحة. (تايلور، 2008: 250، 251)

- ضبط المحادثة مع الذات: أصبحت عملية إعادة التنظيم المعرفي تحتل جانبا متزايد الأهمية في برامج تخفيض الوزن، فإن الإبقاء على العادات الضارة بالصحة يمكن أن يستمر من خلال الحوار الذاتي الهدام، مثال على ذلك: لن أتمكن في حياتي من فقدان الوزن، لقد حاولت من قبل وفشلت في كثير من المواقف، لذلك يتم حث المشاركين في البرامج المعدة للتخلص من الوزن لتحديد الأفكار غير التكيفية التي يحملونها فيما يتعلق بفقدان الوزن ويتم تعويضها بتعليمات ذاتية إيجابية.

- المساندة الاجتماعية: أما العامل الآخر الذي يتنبأ بإمكانية الإستمرار في المحافظة على ما فقد من الوزن، فهو توافر المساندة الاجتماعية، لأن المشاركين الذين يتمتعون بمستويات عالية من المساندة الاجتماعية أكثر نجاحا من أولئك الذين يحصلون على قدر متدني من المساندة، فجميع المشاركين يدربون على طرق إنتزاع المساندة الفعالة من أسرهم، وأصدقائهم، والأشخاص الذين يعملون معهم، كما بينت رسائل التعزيز التي يوجهها المعالج السلوكي من خلال شبكة الاتصالات الإليكترونية نجاحا أكبر في مساعدة الناس في خفض أوزانهم.

إن التقييم المبكر للبرامج المعرفية السلوكية المتخصصة لعلاج السمنة يبين أن فقدان الوزن المعتدل، الذي يحدث بمعدل باوند في الأسبوع لمدة تبلغ 20 أسبوع يمكن أن يتحقق ويمكن المحافظة على ما تم التخلص منه لمدة تصل إلى عام، ويبدو أن البرامج الأكثر حداثة أدت إلى نتائج أفضل، إذ تساعد على فقدان 2 باوند في الأسبوع لمدة 20 أسبوعا مع المحافظة على عدم إستعادة ما فقد لمدة تصل إلى عامين، ولعل هذا التحسن يعود إلى أن البرامج الحديثة أطول وأفضل لأنها تركز على عمليات التوجيه الذاتي وممارسة التمارين، وإستخدام الأساليب الواقية من الإنتكاس، ومع ذلك فإن ردود فعل الأفراد تجاه هذه البرامج متباينة، فهناك أشخاص يفقدون الوزن وينجحون في المحافظة على ما تم فقده، في حين يقوم آخرون بإستعادة ما فقدوه من وزن مباشرة بعد مرور فترة وجيزة، لأن بعض هذه البرامج قد لا تتميز بدرجة كافية من الشدة بحيث تمكن الأفراد الذين يعانون من السمنة، والذين يجب أن يلتزموا بتطبيق البرنامج العلاج (تايلور، 2008: 253، 254، 255).

خلاصة

مما سبق نتوصل إلى أن النظرة العلمية للعلاج النفسي، تؤكد على التفاعل القائم بين الأفكار والإنفعالات والسلوك، وأنها لا تعمل بصورة منعزلة عن بعضها البعض، كما أنها شددت على التفاعل بين الحوادث النشطة للعمليات الفكرية حتى أظهرت كيف يدرك الفرد ويفسر هذه الحوادث مع تقويماتها المعرفية وإنفعالاته وسلوكياته، فهي قادرة على التمييز بين الأفكار الخاطئة والأفكار الصائبة، ويكون تغيير علاقة الفرد بالأفكار والمشاعر السلبية أفضل تدخل علاجي.

الفصل الخامس: التقنية العلاجية

1- دليل البرنامج.

2- كراسة الواجبات المنزلية.

3- بروتوكول الجلسات العلاجية المقترح لعلاج البدانة.

دليل البرنامج العلاجي

فعالية البرنامج النفسي المعرفي السلوكي للتخفيض

من البدانة لدى فئة المراهقين

فهرس الدليل:

- 1- تقديم البرنامج.
- 2- أهداف البرنامج.
- 3- الخلفية النظرية للبرنامج.
- 4- محتوى البرنامج (عدد الجلسات).
- 5- أدوات تطبيق البرنامج.
- 6- الفنيات (التقنيات) المستخدمة في البرنامج.
- 7- الزمن المستغرق في البرنامج .

1- تقديم البرنامج: لقد تم تصميم بروتكول العلاج ليس فقط لتحقيق انقاص الوزن لدى فئة المراهقين البدينين، إنما أيضا لتقليل إحتمال عودة إكتساب الوزن، ولتحقيق هذا الهدف الأخير، فقد تم توجيه العلاج إلى مختلف العمليات المفترضة التي تفسر الإحجام عن محاولات التحكم في الوزن، وإهمال الحفاظ عليه.

توجد طرق عديدة لإنقاص الوزن، لكن حتى الآن لم ينجح أحدها في مساعدة البدينين في الحفاظ على وزنهم الجديد على المدى البعيد حسب علم الباحثة، حيث أن معظم البدينين الذين تم إنقاص وزنهم أن بعد 6 أشهر أن مستوى الإنقاص قد تدنى وبعد ذلك يتوقف، لذلك يتم تشجيع الأفراد على الكف عن محاولة إنقاص الوزن، وبدلا من ذلك يركزون جهودهم على تعلم كيف يقللون من خطر إستعادة الوزن الذي فقدوه.

2- أهداف البرنامج:

- 1-2- إنقاص الوزن.
- 2-2- تحقيق تغيرات معرفية وسلوكية في الجوانب الشخصية.
- 3-2- إدراك المراهق البدين للتغيرات التي حدثت خلال مراحل تطبيق البرنامج.
- 4-2- يتعلم المراهق البدين أن يتقبل ما لا يمكن تغييره (مثل النسبة بين أجزاء الجسم).

2-5- يترسخ لدى المراهق البدين إعتقاداً بأنه قادر على التحكم في الوزن إلى حد كبير.

2-6- يتقبل ثبات الوزن والعمل على المحافظة عليه.

2-7- ترسيخ الفرق بين إنقاص الوزن والحفاظ عليه.

3- الخلفية النظرية للبرنامج: اعتمدت في إعداد البرنامج نظرية أليس وبيك وذلك لـ:

3-1- أن متطلبات متغيرات البحث تستدعي ذلك.

3-2- يتسم هذا المنحى العلاجي، بأنه يتعامل مع الإضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي حيث يتناول المكونات المعرفية والإنفعالية والسلوكية لهذا الإضطراب أو ذاك، ومن ثم فقد تنوعت الفنيات العلاجية المستخدمة بين الفنيات المعرفية والإنفعالية والسلوكية، إضافة إلى إستخدامه لإستراتيجيات المواجهة، التي تسهم في منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي، وهو ما جعل هذا الأسلوب العلاجي، أقل أساليب العلاج النفسي فيما يتعلق باحتمالات حدوث إنتكاسة فيما بعد، ويعتبر ذلك المبدأ الأساسي الذي تقوم عليه دراستي الحالية.

إذا فالعلاج المعرفي السلوكي هو مدرسة للعلاج، هدفها تصحيح الأخطاء المعرفية للعملاء بالنسبة لعالمهم ولأنفسهم، بالإضافة إلى محاولة تعديل السلوك (كما في العلاج السلوكي التقليدي) (Georges grosser,1995,p54)، ويسعى المعالج المعرفي السلوكي إلى تغيير التعلم للفرد في التفكير، فمعظم عمليات التعلم البشري كما أشار كيندال Kendall تتم عن طريق المعرفة، وأن المعرفة والسلوك متداخلين والإتجاهات والتوقعات ونشاطات معرفية أخرى هي الأساس الذي يقوم عليه السلوك ومن خلالها يتم فهمه والتنبؤ به.

يقوم أسلوب بيك العلاجي على أسس نظرية فحواها، أنه لا يوجد لدى الفرد أبنية معرفية ثابتة، وقد أسماها مخططات معرفية، وهي التي تحدد كيف يسلك الفرد وكيف يشعر وتعتبر الأحداث اللفظية والمصورة في شعور الفرد مستمدة من إعتقاداته وإفتراضاته المتضمنة في المخططات المعرفية، و بالتالي فإن الإضطرابات السيكلوجية هي نتاج أخطاء معينه في عادات التفكير أو المعرفة، مما يؤدي إلى تفسيرات خاطئة للمواقف .

قدم أليس نظريه العلاج العقلاني مشتملة على الجانبين الأساسيين في الشخصية وهما:

- الجانب العقلاني الذي إعتبره هو المسؤول عن الجانب الإنفعالي، أي أن الإضطرابات الإنفعالية و النفسية ترجع بدرجة كبيرة إلى التفكير غير المنطقي .
- و غير العقلاني و يرى أن تعاسة الفرد و توتره ترجع إلى إدراكه المشوه وتفكيره اللامنطقي، حيث يعتبر أن التفكير و الإنفعال عمليتان متكاملتان وأساسيتان.

4- محتوى البرنامج:

4-1- يتكون البرنامج من مرحلتين:

4-1-1- المرحلة الأولى: إنقاص الوزن، وتشمل المراحل التالية:

- أ- بداية العلاج.
- ب- البدء في إنقاص الوزن.
- ج- تحديد صعوبات إنقاص الوزن.
- د- زيادة النشاط العام.
- هـ- دور صورة الجسم في إنقاص الوزن.
- و- الأكل الصحي.

4-1-2- المرحلة الثانية: الحفاظ على الوزن.

- أ- الحفاظ على الوزن.
- ب- إنهاء العلاج.

4-2- تقديم الجلسات يكون بواقع جلسة أسبوعيا في المرحلة الأولى، وجلسة بفاصل زمني قدره 15 يوم في المرحلة الثانية.

4-3- الوقت المحدد لكل جلسة: 40د الى 60 د.

4-4- عدد الجلسات: 15 جلسة.

4-5- عدد الأسابيع: 15 أسبوع.

4-6- العينة تحتوي على 10 مراهقين بدينين، منهم 5 إناث بدينات، و 5 ذكور بدينين.

5- أدوات تطبيق البرنامج: يحتوي البرنامج على الوسائل التالية:

5-1- قائمة المكونات النفسية المعرفية السلوكية من إعداد الباحثة.

5-2- المقابلة .

5-3- الملاحظة.

5-4- سجل المراقبة الذاتية للطعام.

5-5- ميزان الكتروني.

5-6- مقياس للطول.

5-7- كتب عن البدانة.

5-8- نماذج عن برامج النظام الغذائي المتوازن.

5-9- هرم التغذية.

5-10- نموذج على نمط الأكل.

5-11- طريقة الإلتزام بمبادئ الأكل الصحي.

5-12- قائمة للصعوبات والمعوقات الشائعة لفقدان الوزن.

5-13- جدول النشاط اليومي.

5-14- طرق زيادة نشاط أسلوب الحياة.

5-15- طريقة حمية الدهون.

5-16- طريقة أعدل من سلوكك ينخفض وزنك.

5-17- برنامج غذائي.

5-18- قائمة لتقييم صورة الجسم.

5-19- قائمة عن الأفكار السلبية لصورة الجسم.

5-20- قائمة عن الأفكار المسيطرة التي تؤدي إلى الفشل في إنقاص الوزن.

5-21- جهاز كمبيوتر محمول.

5-22- جهاز الداتشو.

6- الفنيات (التقنيات) المستخدمة في البرنامج:

6-1- أسلوب حل المشكلات.

6-2- المناقشة والحوار

6-3- المحاضرة.

6-4- فنية المتصل المعرفي.

6-5- التشجيع.

6-6- الحوار السقراطي.

6-7- أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال.

6-8- الأساليب المعرفية المقننة (مراجعة دلائل ونتائج التصورات البديلة، اختبار الواقع والفروض، دراسة المكاسب والخسارة لطرق التفكير، تحديد وتصحيح إدراك والتفسير المتحيز للمنبهات.

6-9- العمل في المجموعات .

7- الزمن المستغرق في البرنامج: إستغرق البرنامج 4 أشهر تقريبا، ويبقى المجال مفتوح

لأي مراهق إذا إعترضته أي مشكلة.

كراسة الواجبات المنزلية:

1-المرحلة الأولى:بداية العلاج

1-2- الواجب المنزلي للجلسة رقم 1:

أ- التمرين:

فيما يلي مجموعة من العبارات المتعلقة بالمعلومات الخاصة نحو البدانة، المطلوب منك قراءتها جيدا ووضع علامة في احدى الخانتين لكل عبارة وذلك حسب ما يتوافق مع معلوماتك ومعارفك ومعتقداتك وتجاربك الخاصة. أجب عن كل العبارات. إجابتك تستخدم لغرض البحث العلمي وسوف تحاط بالسرية التامة.

البنود	نعم	لا
1- أتناول الطعام بسرعة		
2-أميل لآكل الطعام الغني بالطاقة(عالية الدهون)		
3-أتحاشى تناول بعض الأطعمة		
4-أتناول الطعام في أماكن أخرى غير المطبخ وحجرة الطعام		
5-آكل الطعام أثناء مشاهدة التلفاز		
6-آكل الطعام أثناء قيامي بأي نشاط		
7-أخطط لأكلي مسبقا		
8-أتناول الطعام مباشرة من العبوة		
9- أميل إلى تناول القطع الكبيرة من الأكل		
10-أتناول دائما قطع إضافية من الأكل		
11-أتناول كل ما يوجد في الطبق		
12-أتناول بقايا الطعام الموجودة على الطاولة		
13-أتناول الطعام في أواني كبيرة الحجم		
14-أحتفظ بالطعام في حجرة نومي		
15-أحتفظ بالطعام في حقيبتي		
16-أتناول الطعام في أوقات متأخرة من الليل		

		17-أستغني عن إحدى الوجبات اليومية
		18-أبالغ في تناول الطعام أثناء المناسبات الاجتماعية
		19-أمارس الرياضة بانتظام
		20-أستعمل السيارة أو الحافلة في تنقلاتي
		21-أستعمل السيارة ولو كانت المسافة قصيرة
		22-النشاط البدني يخفف من أعراض القلق والتوتر
		23-النشاط البدني يساهم في الوقاية من البدانة
		24-ممارسة النشاط البدني يخفض من نسبة الشحوم من الجسم
		25-النشاط البدني يزيد من الطاقة المصروفة من الجسم
		26-أحتفظ بمفكرة للتمارين التي أمارسها.
		27-أكثر من المشي.
		28-أدرك أن للتمرين فوائد كبيرة
		29-أخطط لنوع التمارين التي أمارسها.
		30-أميل للأكل تحت الضغوط
		31-أميل للأكل عندما أكون منزعجا
		32-أعتقد أنه من المستحيل التحكم في الوزن
		33-فقدت دافعتي حيال فقدان الوزن
		34-أواجه صعوبات في سبيل فقدان الوزن
		35-أتحاشى رؤية نفسي في المرأة
		36-أتحاشى ارتداء الملابس التي تظهر وتحدد شكل جسمي أثناء ممارسة الرياضة.
		37-أتحاشى المناسبات الاجتماعية بسبب شكل جسمي
		38-أتفحص شكلي العام في المرأة

		39- أتفحص أجزاء معينة من جسمي في المرأة
		40- أقوم بوزن نفسي باستمرار لأتأكد من نقصان وزني
		41- أنا غير سعيد بسبب شكلي
		42- أشعر أن الآخرين سيسخرون من شكل جسمي إذا اشتركت في برامج تخفيض الوزن.
		43- أشعر أنني أشغل حيز كبير عندي جلوسي في الحافلة
		44- أتوقع تعليقات حول مظهري من طرف الآخرين
		45- البدانة رمز للصحة
		46- البدانة ليس لها أضرار جسمية
		47- البدانة ليس لها أضرار نفسية
		48- مجتمعنا يفضل البدنيين.
		49- أخاف من الإنخراط في برامج تخفيف الوزن .
		50- الأكل يحل كل المشاكل التي أعاني منها.
		51- حاولت من تلقاء نفسي أن اتجنب بعض المأكولات.
		52- عائلتنا كلهم بدينين وهم أصحاء
		53- المشاكل التي قد أعيشها تجعلني أبتعد عن الحمية وأعود إلى عاداتي الغذائية
		54- أفضل التجمع مع البدنيين أمثالي فهم لا يحتقروني.

ب- التقييم:

.....

.....

.....

.....

1-2- الواجب المنزلي للجلسة رقم 02:

أ- التمرين: من فضلك قم بوضع قائمة بمحاسن ومساوئ الإنخراط في البرنامج النفسي المعرفي السلوكي في الجدول التالي:

المساوئ	المحاسن

ب- التقييم:

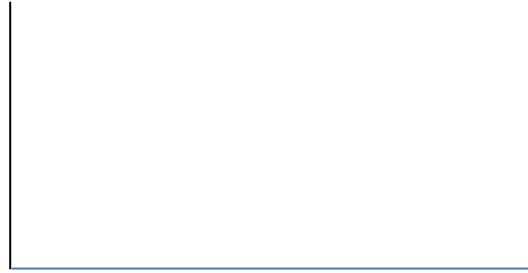
.....

.....

.....

.....

2- عملية تمثيل الوزن بيانيا



3- عناوين بعض الكتب:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ج- التقييم:

.....

.....

.....

.....

3-مراقبة نسبة الإمتثال بالنظام الغذائي:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ج- التقييم:.....

.....

.....

.....

.....

2-1- الواجب المنزلي للجلسة رقم 05:

اليوم:

الوقت	الطعام والشراب	المكان	تعليقات

165

3- تسجيل لمط الأكل المعتاد.....

4- مراقبه مدى الإلتزام بمبادئ الأكل الصحي:.....

ج- القيم

3- التمرن الذاتي على مهارة حل المشكلة:

3-1- الخطوة الأولى:

.....

3-2- الخطوة الثانية:

.....

3-3- الخطوة الثالثة:

.....

3-4- الخطوة الرابعة:

.....

3-5- الخطوة الخامسة:

.....

3-6- الخطوة السادسة:

.....

ج- التقييم:

.....

.....

3-1- الواجب المنزلي للجلسة رقم 07:

2- عليك بتمثيل الوزن بيانيا.

3- حدد صعوبات إنقاص الوزن.

4- طرق مكافئة الذات غير الأكل.

ب-الإجابة:

1-يوميات عملية التسجيل ومراقبة ما يستهلكونه

التاريخ:

اليوم:

الوقت	الطعام والشراب	المكان	تعليقات

2- عملية تمثيل الوزن بيانيا



3- صعوبات إنقاص الوزن:

.....

.....

.....

.....

4- طرق مكافئة الذات غير الأكل:

.....

.....

.....

ج- التقييم:

.....

.....

.....

4-1- الواجب المنزلي للجلسة رقم 08:

3- تسجيل النشاطات العامة في جدول يسمى جدول النشاط اليومي.

1-يوميات عملية التسجيل ومراقبة ما يستهلكونه

اليوم:

171

2- عملية تمثيل الوزن بيانيا

3- جدول النشاط اليومي:

عدم القيام بالنشاط	جالسا	واقفا	الساعات	التمارين الرسمية	الدقائق	نشاط اسلوب الحياة	الدقائق
مشاهدة التلفاز				العدو		المشي	
الجلوس أمام المكتب				السباحة		صعود السلالم	
الراحة في السرير				المشي السريع		الأعمال المنزلية	
				ركوب الدراجة		الوقوف	
						العمل في الحديقة	

ج- التقييم:

3- قائمة النشاطات غير الموسمية وتتسم بالإستمرار:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4- الصعوبات التي تمنع القيام بممارسة التمرينات:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ج- التقييم:.....

.....

.....

.....

.....

2- عملية تمثيل الوزن بيانيا

3- الأفكار السلبية عن صورة الجسم:

4- الأفكار المسيطرة عند الفشل في إنقاص الوزن:

ج- التقييم:

6-1- الواجب المنزلي للجلسة رقم 11:

2- عليك بتمثيل الوزن بيانيا.

ب- الإجابة:

1-يوميات عملية التسجيل ومراقبة ما يستهلكونه

اليوم:

الوقت	الطعام والشراب	المكان	تعليقات

2- عملية تمثيل الوزن بيانيا

د- برائے ایسے موارد.....

.....ج- الفهم

3- عناوين الدراسات التي تم الإطلاع عليها:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ج- التقييم:

.....

.....

.....

.....

.....

7-1- الواجب المنزلي للجلسة رقم 13:

ب- الإجابة:

اليوم:

181

2- عملية تمثيل الوزن بيانيا



3- الصعوبات:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ج- التقييم:

.....

.....

.....

.....

.....

7-2- الواجب المنزلي للجلسة رقم 14:

أ- السؤال: 1- عليك بالتوقف تماما بتسجيل كل ماتأكله في سجل المراقبة الذاتية

للطعام، وما هو شعورك حيال ذلك؟

2- عليك بتمثيل الوزن بيانيا.

3- ملئ قائمة المكونات النفسية المعرفية السلوكية نحو البدانة

ب-الإجابة:

1-الشعور حيال التوقف عن تسجيل كل ما يتم أكله:.....

.....

.....

.....

.....

.....

2-عملية تمثيل الوزن بيانيا

3-ملئ قائمة المكونات النفسية المعرفية السلوكية نحو البدانة:

ج- التقييم:.....

.....

.....

.....

.....

بروتوكول الجلسات العلاجية المقترح لعلاج البدانة (التقنية العلاجية):

المرحلة الأولى: بداية العلاج

الجلسة رقم 1:

1- أهداف الجلسة:

- بناء علاقة إيجابية بين الباحثة وأعضاء المجموعة.
- تقديم شرح مبسط للعلاج النفسي المعرفي السلوكي.
- توضيح دور كل من الباحثة وأعضاء المجموعة.
- تعريف أفراد المجموعة بأهداف البرنامج وما يمكن أن يحقق لهم من مكاسب.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- بناء علاقة إيجابية بيني وبين المراهق البدين من خلال:
- الترحيب.
- التعريف بنفسي وبدوري، كمعالج يستمع، يقيم، يوضح، يوجه داخل الجلسة، ودور كل عضو هو المثابرة في حل مشكلته.
- ؤكد على سرية المعلومات، وأخلاقيات العمل، بحيث لا يمكن لأحد أن يعلم بأسرار الجلسة سوى الباحثة وأفراد المجموعة .
- أقدم الإهتمام لأفراد المجموعة وأعطي الفرصة لهم بالتعريف بأنفسهم فردا فردا.
- التعاطف مع مشكلتهم، وإبداء الرغبة والجدية في مساعدتهم .
- مساعدتهم على الشعور بالراحة والطمأنينة مع بعضهم البعض، لأنه في الأساس لديهم مشكلة مشتركة، لا داعي للخجل أو الحساسية الزائدة.

- أطلب من المراهق البدين وصفا مختصرا لمشكلة الوزن لديه بكل حرية وبدون أية حساسية، وأنا والمجموعة كلنا أذان صاغية .

- أطلب منه كذلك شرح كيف تؤثر مشكلة البدانة على مختلف جوانب حياته.

- وكذلك طلبت منه سرد محاولاته السابقة من أجل التخلص من البدانة.

- ثم أقوم بعد ذلك بتوضيح نظام سير البرنامج، والتأكيد على ضرورة التزام أفراد المجموعة بالمواعيد المحددة للجلسات على أنها ستبدأ في الوقت المحدد وستنتهي كذلك في موعدها المحدد.

- كما أنه على أهمية إحترام المشاعر بين أفراد المجموعة وعدم الإستهزاء والضحك، والعمل على مساعدة بعضهم البعض .

- أقوم بعد ذلك بإعطاء شرحا مبسطا عن البرنامج ومحتوياته، حيث أوضح أن الهدف منه هو إحداث تغيير مستمر في طريقة تفكيره ومعتقداته حول البدانة، وكذلك نمط وطريقة الأكل وأسلوب النشاط، وهذا ما يؤدي به إلى التخلص من البدانة، والحفاظ على الوزن على المدى الطويل، وهذا البرنامج يحتوي على شقين هما:

1- إنخفاض الوزن، وهو يمكن تحقيقه بسهولة، إذا إتبع البرنامج بحذافره .

2- الحفاظ على الوزن، وهو يكون أكثر صعوبة، ويتطلب إرادة قوية وصبر ومثابرة وإجتهد.

- يتفق أفراد المجموعة مع بعضها البعض على عدم إستخدام لفظ بدين، وبدلا منه إستعمال لفظ زائد الوزن، وأنا أيدتهم في هذا الإقتراح، وكذلك إقتراحهم على أن الجلسات تشمل مجموعتين الذكور وحدهم والإناث وحدهم، وإذا كانت الجلسة نظرية يتم حضور المجموعتين مع بعض.

- في الأخير أفتح المجال للنقاش وأستمع إلى توقعات أفراد المجموعة حول البرنامج وأحاول تصحيح ما كان خاطئاً منها، كما أجيب عن أي أسئلة تطرح، وأسجل الإقتراحات التي أرى أنها مناسبة.

- وفي الختام أشكر أفراد المجموعة على التعاون، ويتم تحديد موعد الجلسة المقبلة.

3- الوسائل المستخدمة:

3-1- المقابلة.

3-2- الملاحظة.

3-3- قائمة المكونات النفسية المعرفية السلوكية نحو البدانة.

3-4- جهاز الكمبيوتر.

3-5- جهاز الداتشو.

4- الفنيات المستخدمة:

4-1- العمل في المجموعة.

4-2- العلاقة مع المعالج.

4-3- الواجبات المنزلية.

4-4- المناقشة.

4-5- التعرف على أساليب التفكير الخاطئ.

4-6- المناقشة.

4-7- التشجيع.

4-8- المحاضرة.

5-التقييم: أتوقع من أفراد المجموعة أن يمارسوا دورا نشطا في تنفيذ محتوى الجلسات، والواجبات المنزلية.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 60 د

7- الواجب المنزلي:

إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن:

- ملأ قائمة المكونات النفسية المعرفية السلوكية نحو البدانة، بعد أن أقوم بشرح كيفية الإجابة عليها.

الجلسة رقم 2:

1- أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- توضيح الباحثة التوقعات حول فقدان الوزن.
- مناقشة الدافعية لدى أفراد المجموعة للإنخراط في البرنامج.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي لدى المراهق البدين لتحديد ماهي المعارف الخاطئة والسلوكيات السلبية والمشاعر والإدراكات والدافعية، التي يحملونها سواء نحو البدانة أو الإنخراط في مثل هذه البرامج العلاجية.
- أقوم بشرح أن هذه السلوكيات والمعارف والمشاعر المتضاربة سيتم التخلص منها من خلال الحصص المبرمجة للعلاج، مع شرط الإلتزام بها وتطبيقها والإقتناع بها.

- أوضح أن هذه القائمة سيعاد تطبيقها في نهاية العلاج للتأكد أنها لم تعد تؤثر على المراهق البدين وأنه قد إستفاد من الجلسات العلاجية.
- أوضح أن نسبة إنقاص الوزن قد يتراوح ما بين نصف إلى 1 كلف أسبوعيا، وهذا أمر عادي خاصة في بداية تطبيق البرنامج .
- أوضح للمجموعة أن إنقاص الوزن قد يختلف من شخص إلى آخر ومن أسبوع إلى آخر حتى لا يثير الخوف في أفراد المجموعة، ولا تنقص عزيمتهم حتى نهاية البرنامج.
- وهناك موضوع آخر لابد من مناقشته، وهو الدافعية لدى أفراد المجموعة للإنخراط في البرنامج.
- أطلب من أفراد المجموعة بوضع جدول، يحددون فيه المحاسن والمساوئ في الإنخراط في هذا البرنامج، ويتم مناقشة كل بند فيه على حدى مثال على ذلك :

المحاسن	المساوئ
إنقاص الوزن.	يتطلب مجهودا كبيرا.
سأبدو افضل شكلا.	شيشغلني كثيرا.
سأصبح أكثر لياقة وصحة.	سوف يسخر الناس مني.

- بعد الإنتهاء من المناقشة، أوضح أنه حان الوقت ليقرر المراهق البدين إما المضي في العلاج أو الإنسحاب .
- ثم أفتح المجال لطرح الأسئلة أو الإنشغالات، التي يرى المراهق البدين من الزامية مناقشتها أو إضافتها في البرنامج.
- وفي الختام أشكر أفراد المجموعة على التعاون وتحديد تاريخ الجلسة المقبلة.

3- الوسائل المستخدمة:

3-1-المقابلة

3-2- الملاحظة.

3-3-قائمة تتضمن محاسن ومساوئ الإنخراط في البرنامج.

3-4- جهاز الكمبيوتر والداتشو.

4-الفنيات المستخدمة:

4-1- العمل في المجموعة.

4-2- العلاقة مع المعالج.

4-3- الواجب المنزلي.

4-4- أساليب التفكير الخاطئ.

4-5- المناقشة.

4-6- المحاضرة.

5- التقييم: إرتفاع دافعية أفراد المجموعة للإستمرار في البرنامج.

6- الزمن المستغرق في الجلسة:50د

7- الواجب المنزلي:

- إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن:

- وضع قائمة بمحاسن ومساوئ الإنخراط في البرنامج النفسي المعرفي السلوكي، والعمل على مناقشتها مع أفراد أسرته والأشخاص المقربين إليه.

الجلسة رقم 3:

1- أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- بدء المراقبة الذاتية للطعام.
- البدء في قياس الوزن أسبوعياً.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي حول قضية إنخراطهم في البرنامج العلاجي، وأنهم واثقين من أنفسهم في الإستمرار حتى النهاية، وليست لديهم أية نية للإنسحاب فيما بعد.
- بعدها أوضح أن أول ما سيقوم به أفراد المجموعة هو المراقبة الذاتية للطعام والشراب .
- أقوم بالشرح النظري لماذا المراقبة الذاتية للطعام والشراب مهمة لإنقاص الوزن منها:
- 1- المراقبة الذاتية تساعدك على الوعي بسلوكياتك.

- 2- تستطيع التحكم في كمية الأكل التي تتناولها: تساعدك على أن تلاحظ التغيرات في نوع الطعام والكمية والأوقات والأماكن التي كان يتناول فيها الأكل، بمعنى تستطيع أن تحدد المصادر الأساسية للسعرات التي تتناولها.

- أوضح لهم أنه بدون المراقبة الذاتية من المحتمل أن يفشل العلاج كلياً.
- أكد لهم على أن يتم تسجيل المراقبة الذاتية بعد الأكل مباشرة وليس بعد مدة من الزمن لأن ذلك الأسلوب قد يعرضهم للنسيان لتسجيل ما تم أكله.
- وإذا كانت هناك مشكلة في عملية التسجيل، فيجب إخباري بها وسوف يتم مناقشتها في الجلسات المقبلة.

- يجب على المراهق البدين بالإحتفاظ بتلك التسجيلات طوال الوقت، وإحضارها للجلسات العلاجية.

- أوضح للمراهق البدين أن لا يخل من عملية التسجيل، لأنها خطوة أساسية في العلاج وتسمح لنا باكتشاف المشكلات والتغلب عليها.

- أعطي له نموذج عن كيفية التسجيل والمراقبة الذاتية لما يستهلكه طوال اليوم.

- واقوم بشرح هذا النموذج وكيفية ملأه.

مثال ليوميات عملية التسجيل ومراقبة ما يستهلكونه

التاريخ:.....

اليوم:.....

الوقت	الطعام والشراب	المكان	تعليقات
8.00 صباحا	-قطعتين خبز -زبدة -حليب -ماء	-المطبخ	لا احتاجها حقيقة
10 صباحا	حلويات شيكولا	في المحل	كنت جائعا جدا

(Cottraux, 2001, p7.)

- بعدها أقوم بوزن المراهق البدين وأمثله بيانيا أمامه.
- أشرح كيفية تمثيل الوزن بيانيا، يمثل المحور الأفقي التاريخ والأسابيع ويمثل المحور العمودي أوزان المراهق، وتعتبر هذه الخطوة الركيزة الثانية في العلاج بعد المراقبة الذاتية للطعام.
- أطلب من أفراد المجموعة إقتناء ميزان الكتروني، وذلك من أجل القيام بالواجب المنزلي.
- عليك في كل مرة تقوم فيها بقياس وزنك لابد من تسجيله في الرسم البياني.
- بعدها أقوم بتلخيص ما جرى في الجلسة لكي يفهم المراهق البدين ما تم تناوله.
- أفتح المجال لطرح الأسئلة والإستفسارات عما يجري في الجلسة .

3- الوسائل المستخدمة:

3-1- سجل المراقبة الذاتية للطعام.

3-2- ميزان الكتروني.

3-3- المقابلة.

3-4- الملاحظة.

3-5- رسم بياني توضيحي.

3-6- جهاز الكمبيوتر.

4- الفنيات المستخدمة:

4-1- المناقشة.

4-2- تعليم أساليب التفكير المنطقية.

4-3- الواجب المنزلي.

4-4- التشجيع.

4-4- المحاضرة.

5- التقييم: معظم المناقشة التي جرت في الجلسة كانت عن كيفية مراقبة الطعام، وهل هو شرط أساسي لإنقاص الوزن.

- أوجه في الجلسة بعض الملاحظات الإيجابية حتى يغادر المراهق البدين وهو يشعر بالتفاؤل والتشجيع.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 60د

7- الواجب المنزلي:

إعطاء المراهق البدين واجبا منزليا يتمثل في :

- المراقبة الذاتية للطعام والشراب.

- قياس الوزن أسبوعيا وتمثيله بيانيا.

- الإطلاع على بعض الكتب التي تتحدث عن البدانة.

الجلسة رقم 4:

1- أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي.

- مراجعة ما تم الإتفاق عليه في الجلسات الأولى.

- تقديم نظام غذائي متوازن .

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي لدى المراهق البدين حول قضية الوزن.
- أطلع على التمثيل البياني للوزن، وأطلب من المراهق البدين شرح كيفية تمثيله لكي أتأكد من فهمه لهذه العملية، وهذا كله مع التشجيع.
- ثم أقوم بوزن المراهق البدين وتمثيله بيانياً أمام المجموعة لترسيخ الفكرة أكثر..
- أوضح للمجموعة أنه في هذه المرحلة لا نعطي وقتاً طويلاً للتغيرات في الوزن، لأنه من غير الواقعي أن يكون هناك نقص في الوزن، وربما يكون هناك نقص طفيف نتيجة المراقبة، وإذا كانت هناك زيادة في الوزن اطمئن المراهق البدين بأننا بصدد البدء في تطبيق البرنامج الذي سيكمل بالنجاح، وذلك يتطلب منهم المثابرة والتفاؤل والتعاون بين أفراد المجموعة.
- أعيد وأكرر أن قياس الوزن ومراقبته يعد مكوناً مهماً في العلاج، ولا بد من ترسيخ هذا الإجراء لدى أفراد المجموعة.
- أذكر المراهق البدين بأن لا يقوم بوزن نفسه إلا مرة واحدة في الأسبوع، لأن ذلك سيشعره بالقلق حيال إمكانية زيادة وزنه.
- وعلى المراهق البدين أن لا يقوم بإستنتاجات حول وزنه، إلا عندما تتوفر لديه قياسات للوزن على مدى أربعة أسابيع متتالية على الأقل.
- ثم أنتقل إلى مراجعة تسجيلات المراقبة الذاتية، ثم أقوم بمناقشتها بتفصيل شديد مع المراهق البدين وذلك بهدف:

1- الحصول على صورة دقيقة لعادات الأكل.

2- متى يتم التسجيل؟ هل بعد الإنتهاء من الأكل مباشرة؟ أو بعدة فترة زمنية قد تكون طويلة أو قصيرة، أو ربما ينسى تسجيلها مطلقاً.

3- مراقبة الدقة في الوصف.

4- هل هناك حذف أم لا.

- وأستخدم أسلوب التشجيع والتحفيز في مناقشة النقاط السابقة الذكر .

- وأستفسر لدى أفراد المجموعة إذا ما كانت هناك صعوبة في عملية المراقبة، وإذا وجدت يجب العمل على حلها .

- أسأل إذا كان هناك معوقات تمنعه من التسجيل بدقة مثل المناسبات، نوبات الأكل المرتبطة بحالات التوتر.

- أوضح للمجموعة أن هناك بعض الطرق يستخدمها بعض الأفراد ضنا منهم أنها تساهم في إنقاص الوزن، ولكن عواقبها خطيرة على صحة الفرد، لذا يجب عليهم الحذر من إستخدامها مثل : القى المتعمد، بعض المليينات وغيرها من الأساليب الخاطئة.

- أقوم بدعم المراقبة الذاتية بمزيد من المدح والتقدير.

- أقوم بتقديم نموذج غذائي متوازن ومناسب، بحيث يسمح بالحفاظ على التوازن الطبيعي للوجبة المستهلكة مثلا:

○ الإلتزام بهرم الغذاء يوميا.-البدء بالفاكهة والخضروات، فإن تناول أكثر من خمس مرات من الفاكهة يوميا ويفضل أكثر من ذلك، فإنه إذا قد حصل على القدر الكافي من الأطعمة الأساسية المغذية والجيدة الأمر الذي يساهم في تقليل الجوع.

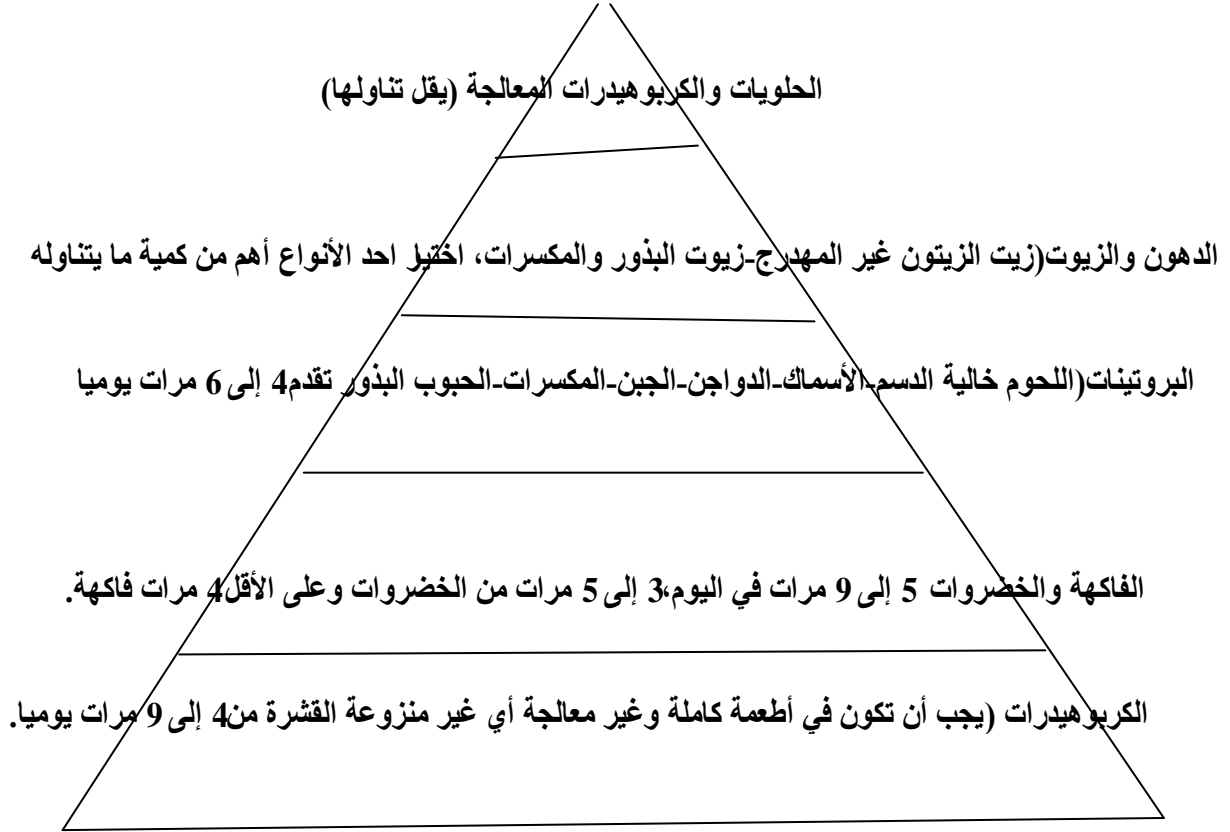
○ محاولة تضمين نوعين -على الأقل-من الفاكهة أو الخضروات بكل وجبة، والحرص على التوازن، وتذكر عدم إهمال الخضروات لحساب الفاكهة.

○ إختيار مصدرا جيدا للبروتين مثل الدجاج أو السمك أو الفول أو اللحم الأحمر الخالي من الدهون.

○ محاولة إختيار الكربوهيدرات غير المعالجة مثل الأرز الداكن والمعكرونة كاملة المكونات.

○ الإكثار من الماء أو العصير أو اللبن مع الوجبات، ويمكن إضافة قطرات من عصير الفاكهة المركز أو عصير الليمون للماء للتشجيع على شربه إن لم تتعود على ذلك.

○ لا يجب إبعاد التحلية من القائمة، فيمكن تناول الفواكه المعلبة أو عصير الفاكهة المجففة للتحلية، كما يمكن تناول قطعة من الشيكولاتة أو البسكويت أو الكعك فهذا قد يرضي حاجة محبي الحلو .



○ أفتح المجال للمناقشة فيما يخص هرم الغذاء نقطة بنقطة، للتعرف على أفكار ومعتقدات المراهق البدين من خلال معارفه السابقة أو المكتسبة من مطالعته للكتب، التي نتحدث عن البدانة وهذا إستجابة لطلبي في الجلسة السابقة، وفي الأخير نتوصل إلى وضع برنامج غذائي متوازن للأسبوع المقبل، على أن يتم إحداث تعديلات عليه كلما إستدعت الضرورة إلى ذلك، أو بطلب من المراهق ولكن دائما في حدود ما يخدم البرنامج.

3- الوسائل المستخدمة:

3-1- سجل المراقبة الذاتية.

3-2- ميزان الكتروني.

3-3- المقابلة.

3-4- الملاحظة.

3-5- كتب تتناول موضوع البدانة.

3-6- مطويات تتناول النظام الغذائي .

3-7- هرم الغذاء.

3-8- جهاز الكمبيوتر.

4- الفنيات المستخدمة:

4-1- المناقشة.

4-2- الواجبات المنزلية.

4-3- الحوار السقراطي.

4-4- التشجيع.

4-5- المحاضرة.

5- التقييم: هناك تخوف من قياس الوزن المتكرر، لأن ذلك سيشعرهم بالإحباط إذا كانت هناك زيادة في الوزن.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 45د

7- الواجب المنزلي:

إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن:

- المراقبة الذاتية للطعام والشراب.

- قياس الوزن أسبوعيا.

- مراقبة نسبة الإمتثال بالنظام الغذائي المقدم.

المرحلة الثانية: البدء في إنقاص الوزن

الجلسة رقم 5:

1- أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي.

- البدء في تقديم الإجراءات اللازمة لإنقاص الوزن.

- تحديد وقت الانتقال إلى مرحلة الحفاظ على الوزن.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي لدى المراهق البدين وذلك بالقيام بوزنه وتمثيله بيانيا.

- أقوم بمراجعة سجلات المراقبة الذاتية، لبيان مدى نجاحه في إنجاز المهام الموكلة إليه.

- أقوم بتقديم نموذج آخر عما سيأكله ومتى سيأكله أثناء اليوم، ويمكن أن يكتب ذلك على

ظهر سجلات المراقبة الذاتية لليوم **مثلا:**

- الفطور 7.00 صباحا: كوب صغير من عصير الفواكه + نوع من الفاكهة (موز).
- الغداء 13.00 ظهرا: صدر دجاج مشوي + حساء خضار + كوب صغير من العصير.
- العشاء 20.00 ليلا: بطاطا + سلطة خضار + جبن خالي من الدسم + كوب صغير من العصير.

- الوجبات الخفيفة: تناول الحليب، المكسرات الأجبان لكن بكمية قليلة جدا.
- أوضح فكرة للمراهق البدين أنه يمكن أن تعترضه مشكلة تناول الطعام خارج المنزل وبالتالي سيجد صعوبة في الحفاظ على الجدول المعتاد، فعليه أن يفكر مقدما كيف سيتعامل مع هذه المشكلة.

* أقوم بشرح نظري عن كيفية ترسيخ الالتزام بمبادئ الأكل الصحي وذلك من خلال:

- 1- عليك أن تأكل في فترات منتظمة خلال اليوم (ثلاثة وجبات في اليوم بشكل عام)، وذلك بدون تناول أي أطعمة بخلاف تلك الأوقات، وسوف يساعدك ذلك على خفض مخاطر حدوث نوبات الأكل الزائد.

- 2- رسخ في ذهنك الفكرة القائلة طعام أقل لكنه طعام جيد، لأن ذلك مهما لأسباب صحية وأيضا للحماية من الشراهة للأكل.

- 3- إننبه لكيفية أكلك كلما أمكن ذلك، وذلك بالتخطيط لطريقة الأكل، من خلال تحديد ما ستتناوله من طعام مقدما، وأن تتأكد من أن كل شيء قد تم تدوينه، فمثلا يجب أن تتناول الطعام في المكان المعد لذلك بالمنزل، وأن تكون جالسا أثناء تناول الطعام، كما يجب أن يتم تقديم الطعام بكميات محسوبة، وليس الأكل بشكل آلي حتى الإحساس بالإمتلاء.

- يفتح المجال للنقاش فيما يخص نمط الأكل الذي إقترحته، وما هي النتيجة المستخلصة.

3- الوسائل المستخدمة:

- 3-1- سجل المراقبة الذاتية.

- 3-2- ميزان الكتروني.

- 3-3- المقابلة.

3-4- الملاحظة.

3-5- نموذج عن نمط الأكل.

3-6- طريقة الإلتزام بمبادئ الأكل الصحي.

3-7- جهاز الكمبيوتر والداتشو.

4- الفنيات المستخدمة:

4-1- المناقشة.

4-2- الواجبات المنزلية.

4-3- الصياغة المعرفية للمشكلة.

4-4- المحاضرة.

5- التقييم: ترحيب أفراد المجموعة بنمط الأكل المقدم، وعزمهم على تطبيقه والإلتزام بمبادئ الأكل الصحي.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 60.

7- الواجب المنزلي:

إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتمثل في :

- المراقبة الذاتية للطعام.

- قياس الوزن أسبوعيا.

- تسجيل نمط الأكل المعتاد للمراهق البدين ومقارنته بنمط الأكل الذي إقترحته الباحثة.

- مراقبة مدى الإلتزام بمبادئ الأكل الصحي.

الجلسة رقم 6:

1- أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي.

- تنمية مهارات حل المشكلات.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي، ومعرفة ماهي النتائج التي توصل إليها المراهق البدين فيما يخص نمط الأكل لديه، هل هو نمط غذائي متوازن أو العكس.

- أشرح للمجموعة مهارة حل المشكلات نظريا:

يجب أن يتعلم كل المراهقين البدينين أساليب ومهارات حل المشكلات حيث أن ذلك سيساعدهم في التعامل مع أنواع الصعوبات التي تواجههم من يوم لآخر عند محاولاتهم الحد من إستهلاك الطعام، ويفضل البدء في تدريبات حل المشكلات، بتحديد مشكلة يعاني منها فعليا مثل: نوبة الأكل الزائد التي سببتها مشكلة عاطفية، وأوضح لهم أنه مهما بدت المشكلة كبيرة في البداية، إلا أنه إذا تم التعامل معها بشكل منظم فسوف تتحول إلى مشكلة يمكن التعامل معها، وبالتالي لا تؤدي بهم إلى زيادة معدل الأكل، ويتبع الحل الفعال للمشكلات خطوات ست (6) هي:

- **الخطوة الأولى:** حدد المشكلة تحديدا دقيقا وسريعا.

- **الخطوة الثانية:** صف المشكلة بدقة (ماهي المشكلة؟) ومن المفيد غالبا إعادة صياغة المشكلة، وقد يظهر في كثير من الأحيان أن هناك مشكلتان متصاحبتان، وفي مثل هذه الحالة يتم إتباع الخطوات التالية لكل مشكلة على حدى بشكل منفصل.

- **الخطوة الثالثة:** قم بتوليد أكبر عدد من الحلول الممكنة، وقد تبدو بعض الحلول أنها غير مناسبة أو غير عملية للوهلة الأولى ورغم ذلك يجب تضمينها ضمن قائمة البدائل الممكنة، فكلما زاد عدد الحلول المقترحة كلما زاد إحتمال الوصول لحل جيد من بينها.

- الخطوة الرابعة: قم بفحص كل حل من الحلول فحفا جيدا، ويمكن إجراء ذلك بكتابة المكاسب والخسائر المحتملة لكل حل من الحلول.
- الخطوة الخامسة: يتم إختيار أفضل الحلول أو الدمج بين الحلول الممكنة.
- الخطوة السادسة: يتم تحديد الخطوات المطلوبة لتنفيذ الحل الذي تم إختياره ويتم حث المراهق البدين على إتباعه بجدية.(الشناوي،1994: 138)
- نقوم مع بعض بحل المشكلة السابقة الذكر، نوبة الأكل التي سببتها مشكلة عاطفية وذلك بتطبيق خطوات مهارة حل المشكلة.
- نفتح المجال للنقاش إذا لم يتمكن المراهق البدين من إستيعاب هذه المهارة .
- أشجع أفراد المجموعة أن مهارة حل المشكلة سوف تتحسن بالممارسة.

3- الوسائل المستخدمة:

- 3-1- سجل المراقبة الذاتية.
- 3-2- ميزان الكتروني.
- 3-3- المقابلة.
- 3-4- الملاحظة.
- 3-5- جهاز الكمبيوتر والداتشو.

4- الفنيات المستخدمة:

- 4-1- مهارة حل المشكلات.
- 4-2- الواجب المنزلي.
- 4-3- المحاضرة.

5- التقييم: حاول كل واحد من أفراد المجموعة مساعدة زميله في فهم مهارة حل المشكلات، واعتبروها خطوة مهمة في التغلب على مشكلة الأكل، وهم يستطيعوا إستخدامها في حل كافة المشكلات التي يمكن أن تظهر لديهم.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 60د

7- الواجب المنزلي:

إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتمثل في :

- المراقبة الذاتية للطعام.
- قياس الوزن أسبوعيا.
- التمرن الذاتي على مهارة حل المشكلة يقوم بها بنفسه دون مساعدة الباحثة.

المرحلة الثالثة: تحديد صعوبات إنقاص الوزن

الجلسة رقم 7:

1- أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي.
- تحديد الصعوبات السلوكية والمعرفية التي تعترض المراهق البدين في سبيل إنقاص وزنه.
- مساعدة المراهق البدين على كيفية التعامل مع الصعوبات.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- أقوم بتقديم الشكر والتشجيع للمجموعة مقابل ما بذلوه من جهد من بداية البرنامج إلى غاية هذه الجلسة.
- أراجع الواجب المنزلي مع المراهق البدين، كما أقوم بتصحيح أي خطأ في مهارة حل المشكلة وأعيد توضيح الأمر مرة أخرى.

- أقوم بقياس الوزن وتمثيله بيانياً.

- ثم بعدها أراجع تسجيلات المراقبة الذاتية، لمعرفة إذا ما كان هناك أية صعوبة محتملة تواجه المراهق البدين في سبيل ذلك.

- إذا أظهر المراهق البدين مقاومة للتغيير، من خلال:

1- عدم الانتظام في الجلسات.

2- التأخير عن الموعد المحدد.

3- طلب تغيير الجلسة أو تأجيلها بشكل متكرر.

4- المعارضة الدائمة للمعلومات التي أقدمها.

5- عدم الالتزام بالواجب المنزلي.

- يجب مناقشتها مع المراهق البدين لكي نتوصل إلى حل مناسب.

- أطلب من المراهق البدين أن يشرح لي أسلوبه في الرد على المشكلات التي تواجهه؟ هل يستعمل الطعام كحل؟ أو لديه أساليب أخرى، هل يستعمل الأكل كمكافأة؟

- الإجابة على هذه الأسئلة تكشف أن المراهق البدين يستخدم الطعام كمكافأة، أو كمتعة وهذا يمثل عقبة في سبيل التغيير.

- أقوم بالمناقشة مع المراهق البدين لماذا الطعام في واقع الأمر يجعله يشعر بالتحسن، وإذا كان الأمر كذلك، هل يستمر هذا التحسن؟ وهل يعتبر حلاً جيداً على المدى البعيد؟

- أطلب منه كسر هذه الرابطة، كما يلي : إذا كنت متلهفاً لكي تشعر بالراحة وتريد أن تأكل، عليك بتأجيل ذلك لمدة 15د.

- وتعتبر هذه الخطوة كإجراء سلوكي معرفي ليتأكد ما إذا كانت لهفته ستقل أو تزيد، وبهذه الطريقة يتعلم المراهق البدين أن مثل هذه اللهفة ليس بالضرورة أن يتم إشباعها في وقتها.

- أقدم له قائمة للصعوبات الشائعة لإنقاص الوزن، وأطلب أن يجيب عليها حتى يتم مناقشتها والتغلب عليها:

فيما يلي قائمة للصعوبات والمعوقات الشائعة لفقد الوزن، حدد إن كانت أي منها تنطبق عليك، وضع علامة في المكان المناسب.

العبارات	نعم	الى حد ما	لا
1-حجم الأجزاء لطعامك:			
-هل حجم قطع الطعام الذي تتناوله يميل للكبر؟			
-هل تتناول قطع اضافية مرة أخرى بعد الانتهاء؟			
-هل تتناول كل ما يوجد في الصحن أمامك؟			
-هل تتناول بقايا الطعام الموجودة على المائدة؟			
2-اختيارك من الطعام:			
-هل تمتنع عن تناول بعض الاطعمة؟			
3-كيف تأكل:			
-هل أنت من الأفراد الذين يأكلون بسرعة كبيرة؟			
-هل تتناول طعامك في اماكن أخرى غير المطبخ وحجرة الطعام؟			
-هل تأكل اثناء مشاهدة التلفاز؟			
4-معوقات أخرى في سبيل فقد الوزن:			
-هل فقدت الامل حيال فقد الوزن؟			
-هل تلجئ للأكل تحت الضغوط؟			
-هل تميل للأكل عندما تكون منزعجا؟			
-هل تواجه صعوبات اخرى في سبيل انقاص الوزن؟			

(كوبر، 2009:128)

3-الوسائل المستخدمة:

- 3-1- سجل المراقبة الذاتية.
- 3-2- ميزان الكتروني.
- 3-3- المقابلة.
- 3-4- الملاحظة.
- 3-5- قائمة للصعوبات والمعوقات الشائعة لفقدان الوزن.
- 3-6- جهاز الكمبيوتر والداتشو.

4-الفنيات المستخدمة:

- 4-1- أسلوب حل المشكلات.
- 4-2- الواجب المنزلي.
- 4-3- الصياغة المعرفية للمشكلة.
- 4-4- الحوار السقراطي.
- 4-5- المحاضرة
- 5-التقييم: ظهور بعض أعراض مقاومة التغيير، لكن سرعان ما إختفت، أبرزها: التأخير على الموعد، طلب تغيير الجلسة، لكن بمجرد إعادة التأكيد على ضرورة إحترام المواعيد إختفت هذه المقاومة.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 60د.

7- الواجب المنزلي:

- إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن:
- المراقبة الذاتية للطعام.

- قياس الوزن أسبوعيا .
- إيجاد طرق أخرى لمكافأة الذات غير الأكل.
- تحديد إذا كان هناك صعوبات أخرى تعيق إنقاص الوزن، وتطبيق أسلوب حل المشكلات عليها خطوة بخطوة.

المرحلة الرابعة:زيادة النشاط العام

الجلسة رقم 8:

1- أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- التمييز بين ثلاثة أشكال من النشاط العام.
- توضيح الفائدة من زيادة مستوى النشاط العام.
- توضيح العلاقة بين النشاط البدني والوزن.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق وذلك من خلال وزن المراهق البدين وتمثيله بيانيا.
- تصفح سجل المراقبة الذاتية.
- الإطلاع على مختلف الإقتراحات التي وضعها المراهق البدين لمكافأة الذات، وأي منها طبقها وما هي النتيجة، وما هو شعوره حيال ذلك.
- التشجيع والتحفيز.
- وبعدها ننطلق في موضوع آخر وهو النشاط العام.
- أطرح سؤال على المراهق البدين إذا كان يميز بين أنواع النشاط العام؟

- إذا كان المراهق لا يميز ذلك، أحاول شرح ذلك من خلال:

- **النشاط الأول/ أن يكون الفرد جالسا:** وذلك يشمل الجلوس، (مثل مشاهدة التلفاز)، الجلوس أمام مكتب، الراحة في السرير.....الخ

- **النشاط الثاني/ نشاطات أسلوب الحياة:** وتشمل كل النشاطات العابرة المعتادة التي تحدث كجزء من الحياة اليومية، مثل المشي، صعود السلم، الأعمال المنزلية اليومية، ركوب الدراجة، العمل في الحديقة.

- **النشاط الثالث/ التمرينات الرسمية:** وهي ما يطلق عليه بشكل عام "التمرينات" أما في هذا السياق فتوصف بأنها تمرينات رسمية، حيث يجب أن تتضمن جهدا مبدولا يصل حده إلى نقطة يزداد فيها معدل التنفس، ومعدل ضربات القلب، وتشمل هذه الفئة العدو، السباحة السريعة، المشي بقوة (Activité physique, 2008, 7).

- أقوم بطرح سؤال حول الفائدة من زيادة النشاط العام، ثم أتفحص الإجابات فإذا تبين أن هناك بعض المفاهيم الخاطئة، أحاول مناقشتها وتقديم معلومات صحيحة مثلا:

1- **إن التمرينات ذات فائدة قليلة فيما يتعلق بالتحكم في الوزن:** ويعد ذلك اعتقادا خاطئا، حيث ثبت أن قدر بسيط من التمرينات المنتظمة يعد مهما في الحماية من زيادة الوزن.

2- **إن التمرينات الشاقة فقط هي التي تؤدي إلى فوائد صحية جوهرية:**

1-2- هناك إتفاق بشكل عام، على أن القيام بنشاطات يومية متوسطة الشدة، مما يعادل 30 يوما والتي تؤدي إلى شعور الفرد بارتفاع درجة حرارة الجسم، وزيادة معدل التنفس مثل المشي السريع، قد تكون كافية لحرق مزيد من السعرات.

2-2- إن نتائج التمرينات الشاقة فيما يتعلق باستهلاك السعرات الحرارية في عدة دقائق شيء أساسي لكن قد تكون نشاطات أسلوب الحياة أكثر سهولة، في أن يتم تضمينها داخل سياق روتين الحياة اليومية، ويكون أكثر بقاء أو إستمرارا على المدى البعيد، لذا فيمكن أن نقدم إماما جوهريا فيما يتعلق باستهلاك السعرات، فمثلا 20 من السباحة، إضافة لمستوى

النشاط العادي يؤدي إلى إستهلاك حوالي 200 سعرة حرارية، في حين أن ساعة من العمل في الحديقة سيستهلك 250 سعرة حرارية، لذلك يجب تضمينها داخل النشاط اليومي، ومثال آخر فإن القيام بعمل تمرينات الايروبيك لمدة ساعة في الأسبوع في مقابل 10 دقائق من المشي يوميا، كلاهما يؤدي إلى النتيجة نفسها فيما يتعلق باستهلاك السعرات الحرارية(Activité physique,2008,19-20).

3- إن التمرينات تؤدي إلى زيادة الشهية: فالتمرينات متوسطة الشدة لا تؤدي إلى زيادة الشهية، وهي في الواقع قد تقل منها، بالإضافة لذلك فالتمرينات تساعد على الشعور بالتحسن للأفضل، وتساعد افراد في تجنب الأكل كاستجابة للتوتر، وعموما فالتمرينات لا تنسجم مع كثرة الأكل لذلك تميل الى الارتباط بقلة كميات الطعام.(كوبر،2009: 163)

- أقوم مع أفراد المجموعة بتحديد مجموعة من الفوائد الخاصة بالنشاط العام وهي:

1- تحسين وتعزيز الحفاظ على الوزن على المدى البعيد، حيث توجد دلال تشير إلى أن الأفراد الأكثر نشاطا، يكونوا أكثر نجاحا على الحفاظ على وزنهم على المدى البعيد.

2- تقليل المخاطر الصحية المرتبطة بالسمنة.

3- زيادة إستهلاك السعرات الحرارية.

- تقديم معلومات نظرية للمراهق البدين عن كيفية مراقبة مستوى النشاط وتسجيله في جدول خاص يسمى جدول النشاط اليومي:

1- **عدم القيام بالنشاط:** تذكر في نهاية كل يوم عدد الساعات التي قضيتها جالسا، أو راقدا وذلك على مدى الأربع وعشرون ساعة.

2- **التمرينات الرسمية :** يجب عليك في نهاية كل يوم أن تسجل في جدول مراقبة النشاط عدد الدقائق التي قضيتها في ممارسة التمارين الرسمية، ولكي تكون تمارين رسمية فيجب أن تتضمن بذل الجهد حتى تزداد سرعة ضربات القلب ومعدل تنفسك، وتشمل هذه التمارين الجري السباحة السريعة، والمشي السريع وركوب الدراجة.

3- نشاط اسلوب الحياة: النشاطات التي تحدث كجزء من الحياة اليومية، والتي تشمل المشي، الوقوف، صعود السلم، الأعمال المنزلية.

جدول النشاط اليومي:

عدم القيام بالنشاط	جالسا	واقفا	الساعات	التمرينات الرسمية	الدقائق	نشاط اسلوب الحياة	الدقائق
مشاهدة التلفاز				العدو		المشي	
الجلوس أمام المكتب				السباحة		صعود السلالم	
الراحة في السرير				المشي السريع		الأعمال المنزلية	
				ركوب الدراجة		الوقوف	
						العمل في الحديقة	

-أشكر أعضاء المجموعة على حسن تعاونهم ومثابرتهم .

3-الوسائل المستخدمة:

3-1- سجل المراقبة الذاتية.

3-2- ميزان الكتروني.

3-3- المقابلة.

3-4- الملاحظة.

3-5- جدول النشاط اليومي.

3-6- قائمة تتضمن فوائد النشاط البدني.

3-7- جهاز الكمبيوتر والداتشو.

4- الفنيات المستخدمة:

4-1- الواجب المنزلي.

4-2- التشجيع.

4-3- الحوار السقراطي.

4-4- العمل الجماعي.

4-5- المحاضرة.

5- التقييم: تبين أنه لدى أفراد المجموعة بعض المفاهيم الخاطئة عن فوائد النشاط العام وعلاقتها بالبدانة.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 60 د.

7- الواجب المنزلي:

إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن:

- المراقبة الذاتية للطعام.

- قياس الوزن.

- طلب تسجيل النشاطات في جدول يسمى جدول النشاط اليومي وذلك في نهاية كل يوم(من منتصف الليل حتى منتصف الليل لليوم التالي)، يسجل فيه عدم النشاط مثل الجلوس عدد الساعات التي قضاها جالسا أو راقدا.

يسجل التمرينات الرسمية عدد الدقائق التي مارس فيها تمرينات رسمية ونوع نمط التدريب التي قام بأدائها، يسجل أنشطة أسلوب الحياة.

الجلسة رقم 9:

1- أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي.

- مناقشة سبل زيادة النشاط أسلوب الحياة.

- العمل على إستمرار التغيير الحادث في مستوى النشاط على المدى البعيد.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق وذلك من خلال وزن المراهق البدين وتمثيله بيانياً.
- تصفح سجل المراقبة الذاتية.
- تقييم مستوى مراقبة المراهق البدين لنشاطه اليومي، وتحديد إذا ما كان هناك صعوبات في هذا الصدد.
- أجيب عن الأسئلة التي قد يطرحها المراهق البدين وأشجعه على إنجاز الواجبات المنزلية.
- أسأل المراهق البدين عن كيفية وإمكانية زيادة نشاط أسلوب الحياة، فإذا لم تكن لديه مقترحات أساعده في ذلك مثلاً:

1- الوقوف بدلاً من الجلوس في بعض الأعمال (مثل الحديث على الهاتف).

2- الوقوف لتغيير قنوات التلفاز بدلاً من استخدام جهاز التحكم عن بعد.

3- المشي الخفيف بعد الغداء أو في فترة المساء.

4- التقليل من استخدام السيارة أو الحافلة في التنقل.

5- النزول من الحافلة قبل الوصول إلى المكان المنشود.

6- تقوم الباحثة بمناقشة هذه المقترحات مع المراهق البدين .

- أوضح للمراهق البدين أنه هناك بعض العوامل التي قد تؤثر في الإستمرار في ممارسة النشاط، وعليه أن يواجهها لكي لا تؤثر عليه مستقبلاً، مثلاً:

1- الحاجة في البدء في النشاطات بعد فترة توقف وإنقطاع مثلاً، بعد فترة المرض.

- 2- قد تبدو بعض التمرينات الرسمية على أنها صعبة ومنفرة، وأسباب ذلك قد تكون معروفة فوزنهم وحجمهم يعيق أداءهم وكذلك صورة الجسم لديهم حيث لا يجدون الملابس الملائمة لهم.

3- أقوم بمدح أفراد المجموعة، وذلك من أجل رفع دافعيتهم في بذل مجهود أكبر في ممارسة التمرينات، وأن يجعلوها من العادات السلوكية اليومية في حياتهم.

3- الوسائل المستخدمة:

3-1- سجل المراقبة الذاتية.

3-2- ميزان الكتروني.

3-3- المقابلة.

3-4- الملاحظة.

3-5- طرق زيادة نشاط أسلوب الحياة.

3-6- جهاز الكمبيوتر والداتشو.

4- الفنيات المستخدمة:

4-1- التشجيع.

4-2- أسلوب حل المشكلات.

4-3- الواجب المنزلي.

4-4- الصياغة المعرفية للمشكلة.

4-5- المحاضرة.

5- التقييم: لديهم رغبة في ممارسة الأنشطة خاصة الرسمية، لكن الظروف المحيطة بهم تمنعهم من ذلك.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 45د.

7- الواجب المنزلي:

إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن:

- تحديد قائمة من النشاطات التي لا تكون موسمية وتتسم بالإستمرار.
- تحديد الصعوبات التي تمنعه من القيام بممارسة التمرينات، بالإشتراك مع أفراد أسرته أو أصدقائه ، واستخدام أسلوب حل المشكلات لذلك.

المرحلة الخامسة: دور صورة الجسم في إنقاص الوزن**الجلسة رقم 10:****1-أهداف الجلسة:**

- مناقشة الواجب المنزلي.
- شرح نظري عن دور صورة الجسم في إنقاص الوزن.
- تقديم طريقة لعلاج صورة الجسم.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- يتم مناقشة الواجب المنزلي، وملاحظة الكثير من الإستجابات الجيدة فيما يخص إبتكار أنشطة ليست موسمية، وكذلك إستعمال أسلوب حل المشكلات الذي تم بنجاح، وأعيد تذكير أفراد المجموعة عن مدى الإستفادة من البرنامج لحد الآن.
- أتحدث عن موضوع الجلسة الحالية والذي يشكل عنصرا هاما في العلاج، وهو صورة الجسم، التي لا تعني الشكل الجسمي الفعلي لكم، لكن تعني نظرتكم لأجسامكم، بمعنى كيف تعتقدون حيالها، حيث أن الأفراد البدينين عادة ما يكون لديهم صورة عقلية سلبية عن ذواتهم، وغالبا لا يكونون راضين عن مظهرهم، ويعتبر ذلك هو السبب الرئيسي لطلبهم وسعيهم نحو فقدان الوزن، فهم يعتقدون أن فقد الوزن سوف يحسن من مظهرهم ويزيد من جاذبيتهم، ونتيجة ذلك سيشعرون شعورا جيدا حيال أنفسهم، وهل أنتم من هذه الفئة أم لا؟ حيث كانت

كل إجاباتهم بنعم، لأن مظهرهم هو السبب الرئيسي لسيئهم للإنخراط في هذا البرنامج، وكذلك معظمهم لاحظ أنه هناك تناقص تدريجي لأوزانهم، وعلى الرغم من إختلاف هذا النقص من فرد إلى آخر، لكن لم يؤثر عليهم لأنني نبهتهم في بداية العلاج أن هذا الإختلاف سيكون، ولا يجب القلق حيال ذلك، إذا التزموا بقواعد البرنامج.

- بعدها أقوم بتقييم صورة الجسم لدى أفراد المجموعة، للوقوف على مشكلات محددة.

من فضلك أجب عن هذه الأسئلة لبيان مدى إنطباقها عليك، وضع علامة في العمود المناسب. (Michael G,2005,p61)

الأسئلة	لا تنطبق تماما	أحيانا	غالبا	غير منطبق
اسئلة عن التحاشي:				
1-هل تتحاشى رؤية نفسك في المرأة؟				
2-هل كنت تتحاشى وزن نفسك؟				
3-هل تحاشيت ان يرى الاخرين مظهرك مثل عندما تكون في حوض السباحة؟				
4-هل تحاشيت شراء ملابس معينة؟				
5-هل تحاشيت ارتداء الملابس التي تظهر وتحدد شكل جسمك؟				
6-هل تحاشيت المناسبات الاجتماعية بسبب شكل جسمك؟				
اسئلة حول الفحص:				
1-هل كنت تتفحص شكلك العام في المرأة؟				
2-هل تفحصت اجزاء معينة من جسمك في المرأة؟				
3-هل قمت بوزن نفسك؟				
اسئلة عامة:				
1-هل شعرت بأنك غير سعيد بسبب شكلك؟				

				2-هل كنت تقلق حيال حجم اجزاء معينة من جسمك؟
				3-هل تقلق من تمايل واهتزاز جسمك عندما تمشي؟
				4-هل شعرت بالخجل او تضايقت من جسمك وسط الرفاق؟
				5-هل شعرت بأن الآخرين لاحظوا شكل جسمك؟
				6-هل تظن بأن جسمك بشع؟
				7-هل شعرت انك تشغل حيزا كبيرا في المكان مثل الحافلة، او عندما تجلس على اريكة؟
				8-هل صدر من الآخرين اية تعليقات حول مظهرك وشكلك؟

- أوضح للمراهق البدين أن هناك أربعة عمليات تساهم في تنمية صورة الجسم السلبية وهي:

1- الضغط الاجتماعي العام: في المجتمعات الغربية تعتبر النحافة والجسم الرشيق هو الأفضل بالنسبة للمرأة أما في مجتمعنا فهو العكس، فهم يحبذون الجسم الممتلئ، لذلك تعتبر المعايير الثقافية الجسمية صعبة، ويصعب على كثير من الأفراد الوصول إليها، وهذا يجعلهم يعيشون في ضغط دائم. (كوبر، 2009: 182)

2- الضغط الاجتماعي الخاص للبدين: قد ينشأ المراهق البدين في عائلة لديها إهتمام خاص بالمظهر، ويوجد أفراد في العائلة يمتازون بالقوام الرشيق، وهؤلاء الأشخاص هم الذين تتم المقارنة معهم، وهذا يشكل ضغط كبير للبدين لأنه لا يستطيع إنقاص وزنه ويكون مدعاة للسخرية.

3- التمييز الجسمي: في مرحلة البلوغ المبكر أو المراهقة، ينشأ معتقد لدى الفرد أنه مختلف عن أقرانه، خاصة إن كان طويلاً أو قصيراً أو بديناً أو ملامح جسدية مميزة... الخ وقد ينتج عن ذلك أن يسخر منه الناس.

4- الأحداث الحياتية الحاسمة في الماضي: تتداخل هذه الأحداث السلبية الخاصة في تشكيل صورة الجسم السلبية لدى المراهق البدين، فمثلاً قد يسخر منه في المدرسة لكونه بديناً ويلقى بعض التعليقات، ويتهكم عليه الآخرون ويخبرونه بأنه بدين. (كوبر، 2009: 182)

- سئلت المراهق البدين هل الآثار الناجمة عن البدانة سببها نظرة المجتمع الذي يعيش فيه ؟ أم هي مشكلته نابعة من أفكاره هو؟

- كانت إجاباتهم مزيج بين المجتمع وأفكارهم، كان ردي على هذه الإجابات، إذا كانت مشكلته هو سوف يستطيع التغلب عليها من خلال البرنامج، أما إذا كانت مشكلة المجتمع فلا يستطيع أن يفعل أي شيء سوى التجاهل.

- أطلب من المراهق البدين مايلي:

1- تسجيل الأفكار السلبية عن صورة الجسم.

2- الأفكار التي سيطرت عليه عند فشله في إنقاص الوزن.

- وذلك من أجل تحديد الأفكار والمعتقدات الأكثر شيوعاً وتكراراً.

- ثم أقوم بمناقشتها مع المراهق البدين باستخدام الأساليب المعرفية المقننة بعد شرحها نظرياً وهي:

1- مراجعة دلائل ونتائج التصورات البديلة: أشجع المراهق البدين على فحص دلائل التنبؤات السلبية والأفكار النقدية الذاتية، والعمل على مساعدته على أنها غير واقعية، والعمل على تبني وجهة نظر بديلة لتلك الأفكار التي يعتنقها، والهدف هو مساعدته في الوصول إلى خلاصة متوازنة وواضحة ودقيقة عن تنبؤاته وأفكاره النقدية السلبية.

2- إختبار الواقع أو الفروض: كل إختبار من شأنه مساعدة المراهق البدين ليس فقط على أن يرى الأشياء بشكل مختلف، لكن أيضا يجعله يمر بخبرات واقعية مختلفة.

3- دراسة المكاسب والخسارة لطرق التفكير الخاصة: يجب تشجيعه على إختيار وفحص الفوائد، والخسارة الناتجة عن تبنيهم لوجهة نظر خاصة، وذلك بالرجوع إلى فحص الطريقة التي يشعرون ويسلكون بها، وكذلك إكتشاف وتبني تصورات جديدة بديلة، تكون أكثر مساعدة لهم. (كوبر، 2009: 199)

مثال:

المراهق البدين: أكره نفسي لأنني لا أستطيع أن أشتري لباس الموضة الذي أريده، لأنني إذا إشتريته الكل سيسخر مني، حتى البائع.

الباحثة: لباس الموضة موجود بكل المقاسات.

المراهق البدين: يظهر كل أجزاء جسمي البدين.

الباحثة: لكن إذا إخترت لباس على مقاسك، فلن يظهر أجزاء جسمك بالتفصيل.

المراهق البدين: كيف ذلك ؟

الباحثة: لباس الموضة ليس شرط أن يكون ملتصق بجسدك حتى يعجب الآخرين بشكلك، بالعكس الأشخاص الذين يرتدون الملابس بهذه الطريقة هم عرضة للإحتقار والمساومة، حتى ديننا الإسلامي لا يحث على مثل هذه السلوكيات، وكذلك مجتمعنا لا يقبل مثل التصرفات، فالعقول الراقية ترتقي بأفكارها وأخلاقها وعلمها وأدبها، وليس باللباس الفاضح، لأن فكرك حصرت في زاوية صغيرة، وفي أشخاص ليسوا أهلا للمقارنة، ويمكن لك أن تقوم بالتجربة على أرض الواقع، تنطلق من البائع حتى تصل إلى المجتمع الواسع، وتقوم بمقارنة بين الخسائر والمكاسب من هذا السلوك وسوف يتم مناقشتها في الجلسة المقبلة.

4- تحديد وتصحيح الإدراك والتفسير المتحيز للمنبهات (أخطاء التفكير): مساعدة المراهق البدين في تحديد وتصحيح التحيز والتشويه في أفكاره النقدية للذات، وكذلك معتقداته المشوهة، ويوجد عدد من الانحرافات والتشوهات في إدراك وتفسير ومعالجة المعلومات وهي على النحو التالي:

4-1- الانتباه الإنتقائي: يظهر عديد من المراهقين البدينين الذين يعانون من مشكلات صورة الجسم، إنتباها إنتقائيا للمعلومات (الأحداث والخبرات) التي تتسق مع نظرتهم السلبية لأجسامهم، لذلك فهم يميلون للتركيز فقط على ما يبدو سلبيا وأنهم يلقون إهتماما لأناس آخرين معتقدون أنهم أكثر نحافة منهم، ويقوموا بعمل مقارنات معهم، ويفضل ضرب أمثلة عن الإنتباه الإنتقائي من خلال الخبرات الشخصية للمراهق، والهدف من ذلك مساعدته على إدراك أن مشكلات صورة الجسم لديه تؤدي إلى بروز كل القضايا السلبية المتصلة بها، والذي ينتج عنه في المقابل إلقاء إنتباه إضافي لهذه المشكلات والذي بدوره يزيد من حالة عدم الرضا ويبقى عليها، ويعتبر هدف العلاج في هذه النقطة هو توسيع بؤرة إهتمامه، وإنتباهه. (كوبر، 2009: 199)

مثال: البدينين الذين يركزون فقط على ملاحظة أردافهم (التي لا يحبونها)، فيجب أن يلقوا إنتباها إلى أجزاء أخرى تعد طبيعية من أجسامهم ومظهرهم مثل الشعر أو العين.

4-2- عدم اعتبار التصورات الإيجابية للمظهر: يلاحظ أن كثير من الأفراد الذين يعانون من مشكلات صورة الجسم، أنهم يستدعون فقط الأحداث السلبية المتعلقة بالشكل، والوزن والمظهر ويتخطون الإيجابي منها، ويعد تحديد الأحداث الإيجابية (كأن يتلقى الفرد مجاملة) مساعدا للبدين في إجراء تقييم لهذه الأحداث لذلك يجب عليه تسجيل كل حدث إيجابي يتعلق بمظهره، وأن ينتبه لكل الأحداث الإيجابية بشكل فعال، وكذلك يجب تسجيل غياب (أو عدم حدوث) أي أحداث سلبية كانت متوقعة مثل (الذهاب لحفلة دون تلقي أية تعليقات سلبية نقدية على المظهر).

4-3- المعايير المزدوجة: قد يكون لدى البدينين الذين يعانون من مشكلات صورة الجسم وجهة نظر مجحفة، ومزعجة فيما يتعلق بمعايير الحكم على مظهرهم، فهم يعتقدون أن الآخرين يحكمون عليهم بنفس المعايير الصارمة والجافة التي يستخدمونها هم للحكم على أنفسهم ويتدخل تبني المعايير المزدوجة بشكل أولي، في مساعدة البدينين لإدراك أنفسهم عندما يتصرفون بهذه الطريقة، وهنا يجب مراجعة مبررات تلك المعايير المزدوجة تفصيلاً، وغالباً ما يكون مجرد إلقاء الضوء على هذه الظاهرة كافياً لغيابها.

4-4- التعميم الزائد: يميل البدينين الذين يعانون من مشكلات صورة الجسم، إلى اعتبار أن الفشل في تحقيق الأهداف الخاصة بالوزن، دليلاً على فشلهم بشكل عام (كوبر، 2009: 200).

- فتح المجال للمناقشة حتى يتمكن أفراد المجموعة من فهم هذه النقاط.

3- الوسائل المستخدمة:

3-1- سجل المراقبة الذاتية.

3-2- ميزان الكتروني.

3-3- المقابلة.

3-4- الملاحظة.

3-5- جهاز الكمبيوتر والداتشو.

4- الفنيات المستخدمة:

4-1- أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال.

4-2- فنية المتصل المعرفي.

4-3- الحوار السقراطي.

4-4- الواجب المنزلي.

4-5- المحاضرة.

5- التقييم: لدى أفراد المجموعة معاناة كبيرة إتجاه صورة أجسامهم التي إنعكست على مختلف جوانب حياتهم، وتأكيدهم أن كل النقاط التي تم مناقشتها تنطبق عليهم.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 60د.

7- الواجب المنزلي:

إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن ما يلي:

- المراقبة الذاتية للطعام.
- قياس الوزن.
- تسجيل الأفكار السلبية عن صورة الجسم.
- تسجيل الأفكار التي سيطرت عليك عند فشلك في إنقاص الوزن.

المرحلة السادسة: الأكل الصحي

الجلسة رقم 11:

1- أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- متابعة تنفيذ ما تم تقديمه في الجلسة رقم 4.
- شرح طريقة حماية للدهون.
- إستخدام طريقة أعدل من سلوكك ينخفض وزنك.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- مراقبة الواجب المنزلي والإطلاع على تقييمات المراهقين البدينين لمشاعرهم حيال صورة الجسم، وكيف بدؤ في تطبيق الأساليب في فحص هذه الأفكار وكيفية التغلب عليها، وتعزيز الدور الإيجابي الذي قام به كل فرد في هذه المرحلة.

- توضح الباحثة أنه لإتباع حمية للدهون يجب إتباع **المفاتيح الثلاثة التالية:**

1- تقليل إستهلاك الدهون:

- إتباع حمية للدهون الخفيفة للحفاظ على الوزن على المدى الطويل، فالبدينين الذين يفقدون وزنا، يكونون أقل احتمالا لإستعادته لو تناولوا وجبات قليلة الدهون
- الدهون تحوي عاملين هما البروتينات والكربوهيدرات وهي مفعمة بالطاقة ولذا يجب أن يتم تناولها بقدر قليل، لتقليل السعرات الحرارية.
- الوجبات قليلة الدهون، تقلل من مستوى الكوليسترول في الدم، ولذلك تساعد في تقليل خطر الإصابة بالأمراض القلبية.

2- زيادة تناول الأرز، والبقوليات والمعكرونة:

- هذه الأطعمة تمد بالطاقة والألياف، لكنها غير مشبعة بالدهون.
- إن زيادة إستهلاك هذه الأطعمة يقلل إكتساب السعرات الحرارية من الدهون.

3- زيادة إستهلاك الفواكه والخضروات:

- هذه الأطعمة غنية بالألياف، وتعتبر مشبعة لكنها قليلة الدهون، وكذلك زيادة إستهلاكها يؤدي إلى قلة السعرات الحرارية المكتسبة من الدهون.
- يقلل إستهلاك الفواكه والخضروات من خطر التعرض لعمليات القلب المفتوح.
- أوضح أنه عند وصوله لهذه المرحلة، تكون له القدرة على وضع خطة غذائية مناسبة إعتقادا على الجلسة 4.

- أوضح لهم أن الوجبة يجب أن تتماشى مع تفضيلات الطعام والميزانية، وتفضيلات الأسرة كذلك.

- اقترح عليه تقليل تناول الوجبات السريعة، وإن صادفه أي مشكل يقوم باستخدام أسلوب حل المشكلات.

- أكد على ضرورة الالتزام بقواعد الأكل الصحي على المدى البعيد.

- أحثه على استخدام طريقة **أعدل من سلوكك ينخفض وزنك**:

يعتمد استخدام هذه الطريقة على إفتراض أن وجود خلل في سلوك تناول الطعام مثل الأكل أكثر من اللازم يعتبر سلوك مكتسب، ولذلك فمن الممكن تعديله، كما أن هناك ملاحظات تشير إلى أن الأشخاص المصابون بالسمنة يتأثرون بالعوامل الخارجية عن العوامل الداخلية في التحكم في عملية الجوع والشبع، ومنه يمكن التحكم في المأخوذ من الطعام عن طريق تغيير بعض هذه العوامل الخارجية بهدف إنقاص الوزن، وبرنامج التعديل في السلوكيات يمكن تنفيذه على هيئة مجموعات أو بطريقة فردية، وهناك بعض الوسائل العلمية التي يمكن إتباعها لتعديل سلوكيات تناول الطعام للمساعدة على تكوين عادات غذائية أفضل **وتشمل:**

- الأكل ببطء.

- حاول التوقف في منتصف الأكل لتقييم ما تناولته فعلا من طعام من حيث الكم والنوع.

- إحتفل أو كافئ نفسك بأي شيء غير تناول الطعام مثل نزهة أو شراء ملابس أو زيارة صديق.

- أفرغ الطعام مرة واحدة في طبق حتى تحدد الكمية المتناولة، ولا تزيد عنها.

- لا تقم بشراء الوجبات الخفيفة أو أنواع الحلوى المختلفة.

3- الوسائل المستخدمة:

3-1- سجل المراقبة الذاتية.

3-2- ميزان الكتروني.

3-3- المقابلة.

3-4- الملاحظة.

3-5- طريقة حمية الدهون.

3-6- طريقة أعدل من سلوكك ينخفض وزنك.

3-7- جهاز الكمبيوتر والداتشو.

4- الفنيات المستخدمة:

4-1- التشجيع.

4-2- الصياغة المعرفية للمشكلة.

4-3- المحاضرة.

5- التقييم: هناك تقدم ملحوظ في ترسيخ مبادئ الأكل الصحي والإلتزام به لدى أفراد المجموعة.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 60د.

7-الواجب المنزلي:

إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن:

-المراقبة الذاتية للطعام.

-قياس الوزن.

-إقتراح برنامج غذائي متوازن باإعتماد على الجلسات السابقة.

الجلسة رقم 12:

1- أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي.
- وضع ملخص لما تم تناوله من بداية الجلسة إلى غاية الجلسة الحالية(ملخص لمرحلة إنقاص الوزن).

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- مراجعة الواجب المنزلي ومتابعة مدى تطبيق أفراد المجموعة للتعليمات المقدمة لهم.
- مراجعة البرنامج الغذائي إذا كان جيدا أو مناسبا للمراهقين البدينين.
- مراجعة أسلوب حل المشكلات.
- ملخص كل ما يتعلق بصورة الجسم
- مدى إنضباط أفراد المجموعة في ممارسة النشاط العام.
- تقييم لكل ما ورد في البرنامج من طرف أفراد المجموعة.
- فتح المجال للمناقشة إذا كانت هناك بعض البنود تستدعي دراستها .

3- الوسائل المستخدمة:

- 3-1- سجل المراقبة الذاتية.
- 3-2- ميزان الكتروني.
- 3-3- المقابلة.
- 3-4- الملاحظة.
- 3-5- برنامج غذائي.

3-6- جهاز الكمبيوتر والداتشو.

4- الفنيات المستخدمة:

4-1- المناقشة.

4-2- العمل في المجموعة.

4-3- المحاضرة.

5- التقييم: يتضح من بداية البرنامج إلى غاية الجلسة رقم 12 تقدم ملحوظ، سواء في أفكار أو سلوكيات أفراد المجموعة، ونظرتهم الإيجابية لخطوات البرنامج، وكذلك تحسن الحالة النفسية لهم.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 45 د.

7- الواجب المنزلي:

اعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن ما يلي:

- الإطلاع على المزيد من الكتب التي تتناول البدانة.

المرحلة السابعة:الحفاظ على الوزن

الجلسة رقم 13:

1- أهداف الجلسة:

- تحديد الخطوات الخاصة بالحفاظ على الوزن.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- أشرح الخطوات الخاصة بالحفاظ على الوزن وهي:

- تحديد مدى الوزن المستهدف وتنشيت نظام مراقبة الوزن.

- تعلم كيفية تفسير التغيرات في الوزن

- قواعد الحفاظ طويل المدى على الوزن.

- أسباب التغيرات في الوزن .

ودائماً يجب أن تكون هناك مناقشة للعقبات والصعوبات التي تظهر على المدى البعيد من الحفاظ على الوزن، وكذلك مناقشة الفرق بين فقد الوزن والحفاظ على الوزن.

1- تحديد مدى الوزن المستهدف وتثبيت نظام مراقبة الوزن: النقطة الأولى التي أوضحها

للمراهق البدين هي أنه يجب أن يحتفظ بوزنه في إطار مدى من الوزن بدلاً من محاولة الإحتفاظ بوزن معين محدد، وذلك للسماح بحدوث التغيرات الطبيعية والتذبذبات في الوزن من يوم إلى آخر ومن أسبوع إلى أسبوع، نتوقع أن يكون مدى الوزن في حدود 4 كغ بالزيادة أو النقصان.

2- تعلم كيفية تفسير التغيرات في الوزن: أوضح للمراهق البدين النقاط التالية:

- إذا كان وزنهم يتعدى حدود 4 كغ فعليهم أن يقوموا بالتقييم.
- التذبذبات من أسبوع لآخر داخل الحدود المقررة تعتبر مؤشرات صغيرة، وبالرغم ذلك فلو إتسع مداها وارتفعت قيمتها، فذلك يعد موحياً ومنبئاً بعدم الإستقرار في نظام أكلهم في المدى الخطر لإعادة إكتساب الوزن، لا يجب أن يركز فقط على كيفية التغير في الوزن منذ آخر تسجيل، لكن أيضاً يركز على التغيرات عبر الأسابيع الأربع الأخيرة.
- يجب أيضاً التفكير في التغير الفجائي في الوزن، ولو كان جوهرياً فيجب العمل عليه، فعلى سبيل المثال فقد الوزن الذي يتبع مرضاً حاداً في حاجة إلى المراقبة والملاحظة، وفي المقابل الزيادة الفجائية في الوزن التي تعزى إلى العودة للأكل الشره تحتاج إلى تدخلات سريعة وعاجلة .

3- قواعد الحفاظ طويل المدى على الوزن: وهي كالتالي:

- 3-1- التوازن بين الطاقة المكتسبة، والطاقة المبذولة، والتحكم في الطاقة المكتسبة يعد أكثر أهمية، حيث أن له تأثير أكبر على إعادة إكتساب الوزن.

- قد يتعرض البعض منكم لظروف خاصة مثل: الضغوط، المرض، فيجب عليه أن يكون يقظا عن كيفية التعامل معها معتمدا دائما على ما تم تناوله خلال البرنامج.

- يجب قياس الوزن بشكل منتظم.

- الأفراد الذين يحافظون على أسلوب الحياة نشط يكونون أكثر نجاحا في الحفاظ على الوزن، وهذا ما خبروه خلال البرنامج.

4- أسباب التغيرات في الوزن: وقد تم تلخيصها في النقاط التالية:

- هل هو قفزة فجائية أم اتجاه تدريجي؟

- هل الوزن خارج الحدود المنصوح بها؟

- هل أسباب التغيير ترجع إلى التهام الطعام؟

- هل أسباب التغيير ترجع إلى تناول الأطعمة كثيفة الدهون؟

- هل التغيير في الوزن يرجع إلى التغيرات في النشاط العام؟

- كانت إجابات أفراد المجموعة مايلي: الأسباب العامة لاكتساب الوزن تشمل زيادة تدرجية في التهام الطعام، وتغيير في إختيارات الطعام مع زيادة في الطاقة المستمدة من الأطعمة كثيفة الدهون، والأكل المرتبط بالضغوط، ويجب وضع كل من أسلوب الحياة والتدريبات الرسمية في الاعتبار بشكل أساسي. (كوبر، 2009: 215)

3- الوسائل المستخدمة:

3-1- سجل المراقبة الذاتية.

3-2- ميزان الكتروني.

3-3- خطوات الحفاظ على الوزن.

3-4- ميزان الكتروني.

3-5- جهاز الكمبيوتر والداتشو.

4-الفنيات المستخدمة:

4-1- المناقشة والحوار.

4-2- أسلوب حل المشكلات.

4-3- المحاضرة.

5-التقييم: في هذه الجلسة كل فرد مطالب أن يجتهد في الحفاظ على وزنه في الحدود المطلوبة، ولكن دائما بالعودة إلى ما تم تعلمه في جلسات البرنامج.

6- الزمن المستغرق في الجلسة: 60د.

7- الواجب المنزلي:

إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن :

-التقليل من المراقبة الذاتية للطعام.

-رصد الصعوبات التي تعترضه في ذلك، ومحاولة التغلب عليها.

الجلسة رقم 14:

1- أهداف الجلسة:

- التوقف تماما عن المراقبة الذاتية للطعام.

2- الإجراءات المتبعة في الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق، ومحاولة معرفة الصعوبات التي واجهت أفراد المجموعة عند توقفهم التدريجي عن تسجيل كل ما يأكلونه.

- أوضح لهم أنه من غير الطبيعي أن يستمروا في التسجيل إلى مالا نهاية.

- أطلب منهم في هذه الجلسة أن يتوقفوا تماما عن عملية التسجيل، لأنهم لم يواجهوا أية مشكلة عند توقفهم التدريجي عن المراقبة الذاتية، وإذا ظهرت أي صعوبة فعليهم تطبيق ما تم تعلمه في الجلسات السابقة.

- فتح المجال للمناقشة.

- يتم ذلك دائما باستخدام التشجيع والتحفيز.

3- الوسائل المستخدمة:

3-1- ميزان الكتروني.

3-2- المقابلة.

3-3- الملاحظة.

3-4- جهاز الكمبيوتر والداتشو.

4- الفنيات المستخدمة:

4-1- أسلوب حل المشكلات.

4-2- التشجيع.

4-3- أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال.

4-4- المناقشة والحوار.

4-5- المحاضرة.

5- التقييم: شعور بالقلق والخوف من الصعوبات التي تواجههم ولا يستطيعون مواجهتها، وبالتالي يسترجعون الوزن الذي فقدوه خلال البرنامج.

6-الوقت المستغرق في الجلسة: 60د.**7-الواجب المنزلي :**

إعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن:

- التوقف التام عن المراقبة الذاتية للطعام.

- ملئ قائمة المكونات النفسية المعرفية السلوكية نحو البدانة.

المرحلة الثامنة: إنهاء العلاج**الجلسة رقم 15:**

في الجلسة العلاجية الأخيرة، نعيد تطبيق قائمة المكونات النفسية المعرفية السلوكية نحو البدانة للتأكد أنها لم يعد لها أي تأثير سلبي على المراهق وعلى سلوكياته، وتحي الباحثة أفراد المجموعة على إنجازاتهم وتساءلهم عن مشاعرهم حيال العلاج بشكل إجمالي ، وتشجعهم على إعادة قراءة خطة الحفاظ على الوزن، خاصة إذا ظهرت علامات على زيادة الوزن ويجب أيضا أن يتذكروا أن عليهم الإستمرار في وزن أنفسهم مرة أسبوعيا.

تحفز الباحثة بأن المراهق سوف يستمر في إتباع الإرشادات التي ثبت أنها مناسبة في العلاج، ويجب تذكيرهم أنهم تعلموا كيف يتعاملون بكفاءة مع إكتساب الوزن، وأنهم إذا ما إتبعوا هذه الإرشادات العلاجية، سيكون لديهم وقاية ضد إعادة إكتساب الوزن الذي فقده،

وبعدها تقوم الباحثة بإعطاء عددا من المواعيد للمراجعة بعد إنتهاء العلاج، وتقترح أن يتم ذلك بعد 20 يوم كفترة فاصلة، ثم يتم مقابلتهم لفحص ومناقشة أي مشكلات يمكن أن تظهر.

خلاصة:

من خلال ماسبق نتوصل أنه يمكن إستخدام هذا الأسلوب أو البرنامج في علاج اضطرابات أخرى غير البدانة، ذلك كون تفسير أسباب الإضطرابات يرجع إلى الأخطاء المعرفية التي تؤثر مباشرة في السلوك وتتحكم فيه، ومنه بات من الضروري إستخدام مثل هذه البرامج لتحديد هذه الأفكار والعمل على علاجها، وبالتالي تعديل السلوك .

الحبيب المبدئي

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية

1- منهج البحث.

2- عينة البحث.

3- أدوات البحث.

4- إجراءات تطبيق أدوات البحث.

5- الأساليب الإحصائية.

الإجراءات الميدانية:

منهجية وأدوات البحث: لتحقيق هدف البحث تم إتباع الإجراءات التالية:

1-منهج البحث: يقصد بالمنهج الأسلوب والطريقة التي تؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم، بواسطة طائفة من القواعد العامة، التي تهيم على سير العقل، وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة. (العساف، 1989: 191).

ويعرف أيضا على أنه خطوات التطبيق للإطار الفكري، الذي يتبناه الباحث والطريقة المنظمة، التي تقتضي الجمع المنظم للبيانات وإختبارها (منسي، 2003: 201)، وإختيار هذه الأخيرة تقتضيه وتحدده مجموعة من العوامل الطبيعية، موضوع البحث، أهميته، أهدافه، فروضه، وكذا الوسائل المستخدمة لجمع البيانات، وموضوع هذه الدراسة من الدراسات التجريبية، التي تعتمد على إستخدام المنهج التجريبي، بإعتبارها تجربة هدفها التعرف على فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيض البدانة لدى فئة المراهقين، كما تعتمد الدراسة على تصميم تجريبي ذو مجموعتين متجانستين، مجموعة تجريبية والأخرى ضابطة.

2-عينة البحث: يعتبر إختيار الباحث للعينة من الخطوات والمراحل الهامة، ولاشك أن الباحث يفكر في عينة بحثه منذ بدء تحديد أهدافه، لأن طبيعة البحث وفروضه وخطته تتحكم في خطوات تنفيذه وإختيار أدواته، فالعينة ووسائل جمع البيانات، هذه الأهداف والإجراءات التي يستخدمها الباحث ستحدد طبيعة العينة التي سيختارها .

فالعينة مجموعة من الأفراد، يفترض فيها تمثيل خصائص موجودة في المجتمع الأصلي، وإنطلاقا من أسباب هذه المعايير وإلتزاما بحدود الدراسة، فقد تكونت عينة الدراسة من مراهقين في الطور المتوسط والثانوي والجامعي من مدينة باتنة، من 20 فردا موزعين بين ذكور وإناث (10 ذكور و10 إناث) يعانون من البدانة، تتراوح اعمارهم بين 15 الى 22 سنة

وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين:

مجموعة ضابطة: لا يطبق عليها البرنامج التجريبي وعددهم 10 (5 ذكور و5 إناث)، تتراوح اعمارهم بين (16-22).

مجموعة تجريبية: يطبق عليها البرنامج التجريبي (العلاج النفسي المعرفي السلوكي) وعددهم 10 (5 ذكور و 5 إناث)، تتراوح أعمارهم الزمنية بين (15-21) سنة .

إختيار العينة بشكل قصدي من ضمن المترددين على قاعات الرياضة طلبا لتخفيض الوزن، لكن الباحثة إحتفظت فقط بالحالات التي تحقق شروط البحث منها مؤشر كتلة الجسم 25% فما فوق، وكذلك الرغبة في تخفيض الوزن والإنخراط في مثل هذه البرامج والإستمرار فيها أمر ضروري .

وقد تم إستبعاد البدنيين الذين لديهم مشاكل صحية.

3- أدوات البحث:

من أجل تحقيق أهداف البحث إستخدما الأدوات التالية:

3-1-المقابلة: إن طبيعة الموضوع، فروضه، أهدافه، جعلت من إستخدام المقابلة كأداة أساسية أمر ضروري في هذا البحث، إذ كل البرنامج الموجه لخفض البدانة لدى المجموعة التجريبية يتم تمريره وشرحه عبر المقابلة، التي تبرز أهميتها كذلك في اللقاءات الحافزة التي نجريها مع الأفراد لتحفيزهم على الدخول في البرنامج والإنخراط فيه، كما تكون المقابلة على غاية من الأهمية خلال المراحل الهامة لتطبيق البرنامج إذ نقوم خلالها بمراجعة تقدم الأفراد في تطبيق البرنامج وتصحيح أخطائهم وغيرها.

- **تعرفها كولت شيلوند Collet Chiland :** بأنها إطار أو نسق علائقي يجمع شخصين: أحدهما المختص والثاني العميل أو طالب المساعدة، عبر أسئلة وأجوبة تمكن المختص من العمل على مشكلة العميل.

- كما تعرف على أنها حوار دينامي، أو محادثة موجهة لغرض محدد مؤطر بالزمان والمكان، ولنجاحها إشتراط شيمو sheimo شرطين هما الأمانة والموضوعية، وهي وسيلة هامة في هذه الدراسة، لأنها خطوة أساسية تسمح بمقابلة المفحوص والعمل معه بغرض علاج المشكلة التي يعاني منها، وتكون هنا علاقة الباحث بالمفحوص علاقة علاجية، والمقابلة مقابلة إكلينيكية، هدفها علاجي وتعرف هذه الأخيرة بأنها وسيلة مساعدة للتعلم لأن من خلالها يتم التفاعل بين الباحث والمفحوص، ويعتبر موقف تعلم، إذ يحدث تغيير

تدريجي في سلوك العميل (Chiland,1992,12)

3-2 - مقياس البدانة: لمعرفة ما إذا كان الشخص يعاني البدانة، إستخدمنا الأجهزة التالية:

3-2-1-ميزان الكتروني: يقوم بقياس الوزن مع إرتداء ملابس خفيفة.

3-2-2-مقياس القامة: لقياس الطول بدون حذاء.

3-2-3-مؤشر كتلة الجسم: BMI INDEX BODY MASS

مؤشر كتلة الجسم هو مقياس متعارف عليه عالميا للتمييز بين البدانة والنحول والوزن المثالي، وهو يعبر عن كمية النسيج الدهني في الجسم من خلال العلاقة بين وزن الشخص وطوله.

* ويحسب مؤشر كتلة الجسم بتقسيم الوزن بالكيلوغرام على مربع طول القامة بالمتر
كما يلي:

مؤشر كتلة الجسم = الوزن بالكيلوغرام/مربع الطول بالمتر.

ويعطي هذا المؤشر فكرة عن نسبة الشحوم في الجسم، فلو قمت ذات مرة بحساب قياساتك بنفسك كشخص بالغ، فسوف تعرف أن هناك أرقاما عالمية تخبرك بأنك تحت الوزن الصحي أو الطبيعي أو فوق الوزن الصحي أو تعاني البدانة، فإن مؤشر كتلة الجسم يكون حسب الجدول التالي:

التصنيف	مؤشر كتلة الجسم BMI	خطورة الإصابة بالأمراض المصاحبة للسمنة
ناقص الوزن	أقل من 18.50	قليل (ولكن الإصابة بأمراض أخرى)
المعدل الطبيعي	18.50-24.99	معدل طبيعي
ما قبل السمنة	25-29.99	يزداد الخطر
سمنة رقم 1	30-34.99	متوسط
سمنة رقم 2	35-39.99	شديد
سمنة رقم 3	$40 \leq$	شديد الخطورة

3-3- الاستبيان: وسيلة آخر لا تقل أهمية من الوسائل المستخدمة في هذه الدراسة، والتي حددتها طبيعة الموضوع وفروضة وأهدافه، وهو الإستبيان الذي يتكون من مجموعة من الأسئلة المركبة حول موضوع معين، يتم وضعها في إستمارة توزع على الأشخاص المعنيين، للحصول على أجوبة، حيث بواسطتها يمكن التوصل إلى حقائق جديدة عن

الموضوع أو التأكد من معلومات متعارف عليها، ولكنها غير مدعمة بحقائق (بوحوش، الذنبيات، 1999: 66)، ويتمثل الإستبيان الذي تم عليه الإعتماد هو: قائمة المكونات النفسية، المعرفية، السلوكية نحو البدانة والتي تم إعدادها من قبل الباحثة، وتم تطبيقها على عينة الدراسة، حيث يساعدنا على التعرف على المعارف والمعلومات والتصورات التي بحوزة المراهق البدين، ومن ثم التعرف على الجوانب الخاطئة منها، لكي نركز عليها خلال العلاج المعرفي السلوكي، وبعد الإنتهاء من الدراسة نعيد تطبيق هذه القائمة لمعرفة مدى تغير أو درجة تصحيح تفكير المراهق البدين حول البدانة، ومن ثم مدى وعيه بأهمية الإنقاص من الوزن، وإتباع البرنامج المعد من طرف الباحثة، وقد إحتوت القائمة عددا من المحاور:

- عادات الطعام .

- ممارسة النشاط البدني.

- إنعكاسات البدانة على صورة الجسم .

- معارف المراهقين نحو البدانة.

- الدافعية.

4-3- الملاحظة: وهي أداة أساسية ترافق الباحث منذ انطلاق الدراسة، ولا تنتهي إلا بالانتهاء الكلي من الدراسة، لأنها أداة تمدنا بمعلومات قد تعجز عن إفادتنا بها الوسائل الأخرى، خصوصا أننا نتعامل مع عينة قليلة العدد وبرنامجنا يحتوي في لبه تغيير سلوك الأفراد في الإتجاه المرغوب فيه، لذلك فإن الملاحظة يجب أن تكون حاضرة، وتساعد الباحث على رصد كل صغيرة وكبيرة فيما يخص سلوك الأفراد وأفكارهم.

3-5- إستمارة جمع المعلومات والقياسات الخاصة بالاختبار:

الأسم:	العمر:	الطول:	الجنس:
نوع الاختبار	قبلي		بعدي
الوزن			
BMI			

الشروط السيكومترية للإستبيان: تم حساب معاملات الصدق والثبات **كما يلي:**

صدق الإستبيان: تم حساب الصدق **بطريقتين:**

1-صدق المحكمين: تم عرض البنود على مجموعة من أساتذة علم النفس كمحكمين، لإصدار أحكامهم عليها فيما إذا كانت تقيس ما وضعت لقياسه، فاقترحوا بعض التعديلات في صياغة بعض البنود، وإضافة بنود أخرى.

2-الصدق التمييزي: حيث تم سحب 27 % من طرفي التوزيع للدرجات التي حصل عليها أفراد العينة في قائمة المكونات النفسية، المعرفية، السلوكية نحو البدانة بعد ترتيبها من أدنى درجة إلى أعلاها، ثم حسبت قيم "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين أي قيم "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي العينة الدنيا والعينة العليا حيث $n=3$ فجاءت قيمة "ت" تساوي "3.98" وهي دالة عند مستوى "0.05".

ثبات الإستبيان: تم حساب الثبات **بـ:**

1- طريقة التجزئة النصفية بأسلوب فردي/زوجي: قمنا بتصحيح إجابات أفراد العينة بطريقة إستخراج درجتين لكل فرد، إحداها على البنود الفردية، والثانية على البنود الزوجية فصار لكل فرد درجتان، ثم قمنا بحساب معامل الارتباط من الدرجات الخام لكارل بيرسون للعينة المتكونة من 10 مراهقين (ذكور وإناث) فجاءت قيمته تساوي "0.51" مما يشير إلى أن الإستبيان يتميز بمستوى عال من الاتساق بين البنود داخليا.

- **مفتاح التصحيح:** يصحح الإستبيان بأن يحصل المجيب على (1) درجة واحدة إذا وضع علامة تحت (لا)، ويحصل على (2) درجتين إذا وضع علامة تحت (نعم) .

3-6- الأدوات العلاجية : أداة أساسية أخرى تقوم عليها هذه الدراسة، باعتبارها تستند أساسا

على إقتراح مشروع علاجي لعينة الدراسة، وقد برزت ضرورة تصميم الأداة المتمثلة في التقنية العلاجية، لتصحيح الأفكار وتعديل السلوك المرتبط بنمط الحياة، المؤدي إلى البدانة لمساعدة البدينين للتخلص من البدانة عن طريق العلاج المعرفي السلوكي.

وقد سعت الباحثة من خلال هذه التقنية، إلى مساعدة الفرد البدين على تغيير نمط الحياة، عن طريق التفرقة بين السلوكيات غير الصحية والسلوكيات الصحية، وبالتالي تعديل نمط حياته من السلبي إلى الإيجابي في وقت محدد، بدل الإلتزام الطويل المدى في العلاجات النفسية الأخرى.

ولتصميم هذه التقنية تطلب ذلك من الباحثة الإطلاع على الأطر النظرية المتاحة التي تعرضت لتغيير الأفكار الخاطئة ودحضها وبالتالي تعديلها.

وحتى الدراسات السابقة التي تناولت بالدراسة مدى نجاعة العلاج المعرفي السلوكي، في إعتماده على فكرة تصحيح الأفكار في علاج الإضطرابات الإنفعالية والسلوكية، وذلك بهدف الإستفادة منها في تصميم التقنية العلاجية، التي وضعت خصيصا لغرض علاج البدانة، عن طريق تصحيح أفكاره الخاطئة عن السمنة، ناهيك عن كون هذا النوع من العلاج أصبح أهم تقنية علاجية لفاعليته في علاج الإضطرابات رغم إختلاف مشاربه، ويرجع هذا النجاح للتقدم السريع الذي يحرزه المعالج أثناء تطبيق الإستراتيجية العلاجية مع قلة نسبة الإنتكاس لدى أفراد العينة .

ومراعاة لهذه الأسباب والخصائص وبصفة خاصة النتائج الإيجابية التي أفرزتها هذه التقنية مع البدينين، قامت الباحثة بمقابلات شخصية مع أفراد عينة الدراسة وذلك من أجل معرفة أبعاد التفكير ومحددات المكونات المعرفية لديهم مستخدمة بذلك قائمة المكونات النفسية، المعرفية، السلوكية نحو البدانة، والتي أسفرت بوجود أفكار وسلوكات خاطئة لدى البدينين ونقص في دافعية الأفراد للإنحراط في مثل هذه البرامج، ومن هذا المنطلق تم بناء التقنية العلاجية التي تحتوي على عدة مراحل ، تبدأ المرحلة الأولى بترسيخ العلاقة العلاجية، توضيح العلاج وتفصيلاته للمريض، رفع دافعية المريض، والمرحلة الثانية تثبيت فقد الوزن والحفاظ عليه، والمرحلة الثالثة دراسة وعلاج عوائق فقد الوزن، المرحلة الرابعة

زيادة النشاط العام، المرحلة الخامسة دور صورة الجسم في فقد الوزن، المرحلة السادسة الأكل الصحي ، ثم المرحلة السابعة الحفاظ على الوزن، ثم المرحلة الثامنة إنهاء العلاج.

4-إجراءات تطبيق أدوات البحث: تم تطبيق إجراءات الدراسة الحالية خلال الفترة من

2015/09/01 الى 2016/06/01.

المكان: تم تطبيق الاستبيان وأدوات البحث في أوقات الفراغ بالنسبة للمتمدرسين، بعيادة خاصة بولاية باتنة .

5-الأساليب الإحصائية: لمعالجة البيانات التي أسفر عنها البحث الميداني، إستخدمنا

الأساليب الإحصائية التالية:

5-1- المتوسط الحسابي: تم حساب المتوسط الحسابي بالمعادلة التالية:

حيث : م:المتوسط الحسابي

مج:المجموع

س:الدرجة

ن:عدد أفراد العينة

$$م = \frac{\text{مج س}}{ن}$$

5-2-الانحراف المعياري:تم حساب الانحراف المعياري بالمعادلة التالية:

حيث :

ع:الانحراف المعياري

مج:المجموع

س:الدرجة

ن:عدد أفراد العينة،

م:المتوسط الحسابي

$$ع = \sqrt{\frac{\text{مج س}^2}{ن} - (\text{م}^2)}$$

3-5- اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات العينات: تم حساب اختبار "ت" بالمعادلة التالية:

ت: اختبار ت

م1: المتوسط الحسابي للعينه الأولى

م2: المتوسط الحسابي للعينه الثانية

ع1: الانحراف المعياري للعينه الأولى

ع2: الانحراف المعياري للعينه الثانية

ن: عدد أفراد العينة

$$t = \frac{\bar{m}_1 - \bar{m}_2}{\sqrt{\frac{e_1^2 + e_2^2}{n-1}}}$$

الفصل السابع: عرض النتائج ومناقشتها

أولا/ عرض النتائج

ثانيا/ مناقشة النتائج

أولاً/ عرض النتائج

1 – نتائج الفرضية الأولى والتي نصها كالتالي

نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، في زيادة الدافعية للإنخراط في برنامج تخفيض الوزن لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج النفسي..

الجدول رقم 1: يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في كلا الجنسين ذكور وإناث في القياس القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج النفسي.

قياس قبلي			قياس بعدي			
ت	ع	م	ت	ع	م	
0.83	1.93	16.8	1.65	3.83	23.6	إناث بدينات
	1.46	17.8		2.94	27.6	ذكور بدينين

- يتبين من الجدول رقم (1) أن قيم "ت" تساوي "1.65" تعتبر أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية "3" ودرجة معنوية "0.05"، حيث تساوي عند هذا الأخير "1.15"، وبالتالي نقول أن قيمة "ت" المحسوبة دالة إحصائية، بمعنى آخر توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية محل الدراسة، أي بين الإناث البدينات والذكور البدينين في القياس البعدي وذلك لصالح الذكور البدينين.

- أما بالنسبة للإناث البدينات والذكور البدينين في القياس القبلي، وجد أن قيمة "ت" المحسوبة "0.83" أقل من قيمة "ت" الجدولية "1.15"، بمعنى لا توجد فروق بين المجموعات محل الدراسة، أي في المجموعة التجريبية.

- يتضح إذا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في زيادة الدافعية للإنخراط في برنامج تخفيض الوزن للمجموعة التجريبية.

2- نتائج الفرضية الثانية: والتي نصها كالتالي

نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تغيير الأفكار السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج المعرفي.

الجدول رقم 2: يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في كلا الجنسين ذكور وإناث في القياس القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج المعرفي .

قياس قبلي			قياس بعدي		
م	ع	ت	م	ع	ت
24.6	4.45	0.06	24.6	1.2	2.4
24.5	4.66		27.6	2.2	

- يتبين من الجدول رقم (2) أن قيم "ت" تساوي "2.4" تعتبر أكبر بكثير من قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية "3" ودرجة معنوية "0.05"، حيث تساوي عند هذا الأخير "1.15"، وبالتالي نقول أن قيمة "ت" المحسوبة دالة إحصائية، بمعنى آخر توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية محل الدراسة، أي بين الإناث البدينات والذكور البدينين في القياس البعدي وذلك لصالح الذكور البدينين.

- أما بالنسبة للإناث البدينات والذكور البدينين في القياس القبلي، وجد أن قيمة "ت" المحسوبة "0.06" أقل من قيمة "ت" الجدولية "1.15"، بمعنى لا توجد فروق بين المجموعات محل الدراسة، أي في المجموعة التجريبية .

- يتضح إذا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في تغيير الأفكار السلبية المؤدية إلى البدانة للمجموعة التجريبية.

3- نتائج الفرضية الثالثة: والتي نصها كالتالي

نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تعديل السلوكات السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج السلوكي .

الجدول رقم 3: يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في كلا الجنسين ذكور وإناث في القياس القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج السلوكي .

قياس قبلي			قياس بعدي		
م	ع	ت	م	ع	ت
40.4	1.35	0.5	26.4	0.54	2.57
41.2	1		28.2	1.48	

- يتبين من الجدول رقم (3) أن قيم "ت" تساوي "2.57" تعتبر أكبر بكثير من قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية "3" ودرجة معنوية "0.05"، حيث تساوي عند هذا الأخير "1.15" وبالتالي نقول أن قيمة "ت" المحسوبة دالة إحصائية، بمعنى آخر توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية محل الدراسة، أي بين الإناث البدينات والذكور البدينين في القياس البعدي وذلك لصالح الذكور البدينين.

- أما بالنسبة للإناث البدينات والذكور البدينين في القياس القبلي، وجد أن قيمة "ت" المحسوبة "0.5" أقل من قيمة "ت" الجدولية "1.15"، بمعنى لا توجد فروق بين المجموعات محل الدراسة، أي في المجموعة التجريبية .

- يتضح إذا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في تغيير السلوكات السلبية المؤدية إلى البدانة للمجموعة التجريبية.

4- نتائج الفرضية الرابعة: والتي نصها كالتالي

نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

الجدول رقم 4: يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في كلا الجنسين ذكور وإناث في القياس البعدي في متغير مؤشر كتلة الجسم.

مجموعة ضابطة			مجموعة تجريبية			
ت	ع	م	ت	ع	م	
0.392	3.440	34.4	1.45	2.154	27.5	إناث بدينات
	3.006	33.6		1.720	25.8	ذكور بدينين

- يتبين من الجدول رقم (4) أن قيم "ت" تساوي "1.45" تعتبر أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية "3" ودرجة معنوية "0.05"، حيث تساوي عند هذا الأخير "1.15"، وبالتالي نقول أن قيمة "ت" المحسوبة دالة إحصائية، بمعنى آخر توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية محل الدراسة، أي بين الإناث البدينات والذكور البدينين في القياس البعدي وذلك لصالح الإناث البدينات.

- أما بالنسبة للإناث البدينات والذكور البدينين في المجموعة الضابطة، وجد أن قيمة "ت" المحسوبة "0.392" أقل من قيمة "ت" الجدولية "1.15"، بمعنى لا توجد فروق بين المجموعات محل الدراسة في القياس البعدي.

- يتضح إذا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في خفض مؤشر كتلة الجسم في القياس البعدي وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

5- نتائج الفرضية الخامسة: والتي نصها كالتالي

نتوقع أن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين

الجدول رقم 5: يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في كلا الجنسين ذكور وإناث في القياس القبلي في متغير مؤشر كتلة الجسم

مجموعة ضابطة			مجموعة تجريبية			
ت	ع	م	ت	ع	م	
0.27	2.607	35	0.93	2.154	34.4	إناث بدينات
	2.607	34		2.280	33	ذكور بدينين

- يتبين من الجدول رقم (5) أن قيم "ت" تساوي "0.93" تعتبر أقل من قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية "3" ودرجة معنوية "0.05"، حيث تساوي عند هذا الأخير "1.15"، وبالتالي نقول أن قيمة "ت" المحسوبة غير دالة إحصائية، بمعنى آخر لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية محل الدراسة، أي بين الإناث البدينات والذكور البدينين في القياس القبلي.

- أما بالنسبة للإناث البدينات والذكور البدينين في المجموعة الضابطة، وجد أن قيمة "ت" المحسوبة "0.27" أقل من قيمة "ت" الجدولية "1.15"، بمعنى لا توجد فروق بين المجموعات محل الدراسة في القياس القبلي.

- يتضح إذا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في خفض مؤشر كتلة الجسم في القياس القبلي.

6- نتائج الفرضية السادسة: والتي نصها كالتالي

نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدى في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

الجدول رقم 6: يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في كلا الجنسين ذكور وإناث في القياس القبلي والبعدى في متغير مؤشر كتلة الجسم.

قياس قبلي			قياس بعدي		
م	ع	ت	م	ع	ت
34.4	2.154	0.93	27	2.154	1.45
33	2.280		25.8	1.720	

- يتبين من الجدول رقم (6) أن قيم "ت" تساوي "1.45" تعتبر أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية "3" ودرجة معنوية "0.05"، حيث تساوي عند هذا الأخير "1.15"، وبالتالي نقول أن قيمة "ت" المحسوبة دالة إحصائية، بمعنى آخر توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية محل الدراسة، أي بين الإناث البدينات والذكور البدينين في القياس البعدي وذلك لصالح الإناث البدينات.
- أما بالنسبة للإناث البدينات والذكور البدينين في القياس القبلي، وجد أن قيمة "ت" المحسوبة "0.93" أقل من قيمة "ت" الجدولية "1.15"، بمعنى لا توجد فروق بين المجموعات محل الدراسة، أي في المجموعة التجريبية.
- يتضح إذا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في خفض مؤشر كتلة الجسم للمجموعة التجريبية.

7- نتائج الفرضية السابعة: والتي نصها كالتالي

نتوقع أن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدى في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

الجدول رقم 7: يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعة الضابطة في كلا الجنسين ذكور وإناث في القياس القبلي والبعدى في متغير مؤشر كتلة الجسم.

قياس قبلي			قياس بعدي		
م	ع	ت	م	ع	ت
35	2.607	0.27	34.4	3.440	0.39
34	2.607		33.6	3.006	
إناث بدينات			ذكور بدينين		

- يتبين من الجدول رقم (7) أن قيم "ت" تساوي "0.39" تعتبر أقل من قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية "3" ودرجة معنوية "0.05"، حيث تساوي عند هذا الأخير "1.15"، وبالتالي نقول أن قيمة "ت" المحسوبة غير دالة إحصائياً، بمعنى آخر لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة الضابطة محل الدراسة، أي بين الإناث البدينات والذكور البدينين في القياس البعدي .

- أما بالنسبة للإناث البدينات والذكور البدينين في القياس القبلي ، وجد أن قيمة "ت" المحسوبة "0.27" أقل من قيمة "ت" الجدولية "1.15"، بمعنى لا توجد فروق بين المجموعات محل الدراسة، أي في المجموعة الضابطة .

- يتضح إذا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدى في خفض مؤشر كتلة الجسم للمجموعة الضابطة.

ثانيا/ مناقشة النتائج:1- نتائج الفرضيات:

أولاً: مناقشة نتائج الفرضية الأولى: التي نصها كما يلي:

نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في زيادة الدافعية للإنخراط في برنامج تخفيض الوزن لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج النفسي.

إن النتائج المسجلة في الجدول رقم (1) تبين الأثر الإيجابي للبرنامج النفسي المطبق على العينة محل الدراسة، أي المجموعة التجريبية ذكور وإناث، حيث وجد أن قيمة ت المحسوبة للمجموعة التجريبية دالة إحصائياً، وذلك بسبب زيادة الدافعية للإنخراط في البرنامج، حيث تمثلت الخطوة الأولى في إقناع المراهقين أنه للحصول على جسم سليم خالي من الأمراض، هو الإنخراط في مثل هذه البرامج، وأن البدانة مرض خطير ومدمرة للصحة عكس ما كان يعتقد سابقاً بأنها مؤشر للصحة، حيث توصلت العديد من الدراسات والأبحاث إلى أن البدانة تصنف ضمن الأمراض الخطيرة التي تصيب الإنسان، كالسكري، ارتفاع ضغط الدم، السرطان، وهذا دفعهم إلى إتخاذ القرار العودة بالوزن الطبيعي، فربما يدفع بالشخص الكثير نتيجة تأخره في إتخاذ هذا القرار لأسابيع، فقد يصاب بأمراض منها ارتفاع ضغط الدم، التهاب الركب، أمراض القلب مما يجعله يفقد أهم عامل يمكن اللجوء إليه لإنقاص الوزن، وهو الرياضة، لا بل قد يؤدي ذلك إلى الحد من نشاطه السابق، ما يعني اللجوء إلى الحمية الغذائية القاسية مع ما تحمله من مخاطر على سلامة الجسم ونتائجها غير مضمونة أبداً، أو اللجوء إلى العلاج الدوائي أو الجراحة لمحاولة التخلص من البدانة مع ما تحمله الأدوية من مشاكل جانبية.

ثانيا/ مناقشة نتائج الفرضية الثانية: التي نصها كما يلي:

نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تغيير الأفكار السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج المعرفي.

إن النتائج المسجلة في الجدول رقم (2) تبين الأثر الإيجابي للبرنامج المعرفي المطبق على العينة محل الدراسة، أي المجموعة التجريبية ذكور وإناث، حيث وجد أن قيمة ت المحسوبة للمجموعة التجريبية دالة إحصائيا وهذا التغيير راجع إلى إقتناع المراهقين بأن معتقداتهم غير المنطقية وتوقعاتهم وأفكارهم السلبية هي التي أدت بهم إلى الإصابة بالبدانة، وهذا دليل على نجاح البرنامج المعرفي في تعديل إدراكاتهم المشوهة وحلول محلها أفكار وطرق أخرى أكثر ملائمة يستخدمها المراهق حتى لا يصاب مرة ثانية بالبدانة، بمعنى تعديل نمط حياته من خلال تصحيح المفاهيم الخاطئة.

بصيغة أخرى قد حقق البرنامج المعرفي نجاحا كبيرا بعد أن لوحظ أن الذين يعانون من البدانة يشغلون أنفسهم دائما بأفكار سلبية، وعليه فإن هذا البرنامج قائم على إستبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية، فعند التفكير السلبي الذي ينجر عنه الإنغماس في الأكل، الشراهة، فلماذا لا يتم التفكير بعد ذلك مباشرة في عكس ذلك في توقع الإيجابيات، وهذه الإعادة في تنظيم التفكير وإستبدال النتائج الإيجابية المتوقعة لتحل محل النتائج السلبية هي التنظيم المعرفي للشخص العادي، وتتفق دراستنا مع دراسة حمادة عبد العزيز ابراهيم 2012.

ثالثاً/ مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: التي نصها كما يلي:

نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تعديل السلوكيات السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج السلوكي .

إن النتائج المسجلة في الجدول رقم (3) تبين الأثر الإيجابي للبرنامج السلوكي المطبق على العينة محل الدراسة، أي المجموعة التجريبية ذكور وإناث، حيث وجد أن قيمة ت المحسوبة للمجموعة التجريبية دالة إحصائية، حيث في السابق يجد المراهق البدين نفسه لا يستطيع أن يواجه مطالبه ومطالب الحياة المحيطة به، ويجد نفسه يقوم بسلوكيات غير معقولة وغير مقبولة، ويصعب التحكم فيها كالعادات الشخصية التالية: شرب العصائر والمياه الغازية، تفضيل الأحجام الكبيرة من الشطائر والسندوتشات في محلات الأكل، الأكل أثناء ممارسة أنشطة أخرى كالقيادة أو الجلوس أمام جهاز الكمبيوتر أو التلفزيون، قضاء ساعات أطول أمام الشاشات، إعتقاد غير كبير في أهمية المجهود البدني للصحة، وهذا ما بينته دراسة ليبمان وآخرون 2003، وغيرها من السلوكيات التي ليس لها أي مبرر، ولكن بعد تطبيق البرنامج السلوكي تغيرت هذه الأخيرة، وهذا دليل على فعالية البرنامج السلوكي.

رابعاً/ مناقشة نتائج الفرضية الرابعة: التي نصها كما يلي:

نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

إن النتائج المسجلة في الجدول رقم (4) تبين الأثر الإيجابي للبرنامج النفسي المعرفي السلوكي المطبق على العينة محل الدراسة، أي المجموعة التجريبية ذكور وإناث حيث وجد أن قيمة ت المحسوبة للمجموعة التجريبية دالة إحصائياً وهذا يترجم فعالية مختلف التقنيات المطبقة على المجموعة (سجل المراقبة الذاتية، تنمية روح الدافعية، تعلم مبادئ الأكل الصحي، ممارسة النشاط البدني، عدم قضاء وقت أطول أمام التلفاز أو الكمبيوتر، التقليل من استخدام وسائل المواصلات الخ، أي تغير نمط حياتهم إلى الأحسن، مما أدى إلى انخفاض مؤشر كتلة الجسم لدى الإناث أكثر من الذكور، حيث لاحظنا خلال تطبيق البرنامج أن معظم أفراد العينة كانت لهم محاولات للتخلص من البدانة، هذه المحاولات من إجهاد الأفراد أنفسهم، أو أنهم لاحظوا بعض التقنيات في البرامج التلفزيونية، وحاولوا تطبيقها، لكنها كلها باءت بالفشل لأنها لم تكن تعتمد على أسس علمية مدروسة ودقيقة ، أو أشخاص يمدون لهم يد العون والمساندة حتى يتخلصوا من الوزن الزائد ، والسبب في نجاح هذا البرنامج هو الرغبة الحقيقية للعينة من التخلص من شبح البدانة حسب قولهم ، وأنهم مستعدين لتطبيق البرامج بحذافره، لأنهم عانو الكثير من التعليقات الساخرة سواء من زملائهم أو من أشخاص آخرين، خاصة الإناث هم الأكثر خاصة على الصعيد النفسي، فيما يتعلق بصورة الجسم المشوهة لديهم، حيث لاحظنا أنه كلما كان هناك إنخفاض في الوزن ولو كان طفيفاً، تزداد دافعتهم أكثر لتطبيق البرنامج حتى النهاية، أما فيما يخص المجموعة الضابطة فقد لاحظنا التردد غير المنتظم لقاءات الرياضة، وأنهم لا يريدون الإنخراط في أي برنامج لأن ذلك يقيد حريتهم، وكذلك الإتجاهات المعرفية الخاطئة نحو البدانة، ونمط الحياة الذي يتسم بالخمول والعادات الغذائية السيئة، والبدانة سوف يتخلصون منها عن طريق الرياضة فقط، وليس هناك أسلوب آخر لذلك .

خامسا/ مناقشة نتائج الفرضية الخامسة: التي نصها كما يلي:

نتوقع أن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين

يتبين من الجدول رقم (5) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في خفض مؤشر كتلة الجسم في القياس القبلي، وهذا يشير إلى التجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل إجراء التدخل والتجريب، وعدم وجود إختلافات جوهرية بينهما ، أي كلاهما يعانيان من البدانة، وهذا ما يسمح لنا للمقارنة بين المجموعتين للوقوف على أثر استخدام الأساليب التدخلية (البرنامج النفسي المعرفي السلوكي) في خفض مؤشر كتلة الجسم، وبالتالي خفض البدانة لدى المراهقين لدى كلا الجنسين، ومنه الفرضية محققة.

سادسا/ مناقشة نتائج الفرضية السادسة: التي نصها كما يلي:

نتوقع أن توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

يتضح من الجدول رقم (6) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على أن التغيرات التي طرأت على المجموعة التجريبية تغيرات جوهرية حقيقية، ترجع إلى التدخل والتجريب باستخدام البرنامج النفسي المعرفي السلوكي، الذي يشتمل على العديد من المراحل، وكل مرحلة تحتوي العديد من التقنيات (سجلات المراقبة الذاتية الرسم البياني لأوزان المريض، مبادئ الأكل الصحي، تحديد الصعوبات السلوكية المعرفية التي تمثل العقبة في سبيل إنقاص الوزن، ممارسة النشاط البدني، الواجبات المنزلية، أسلوب حل المشكلات.....الخ) التي جسدت فعاليتها على أرض الواقع وذلك من خلال إنخفاض مؤشر كتلة الجسم، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الثالثة، بمعنى فعالية المتغير المستقل (البرنامج النفسي المعرفي السلوكي) في المتغير التابع، إنخفاض مؤشر كتلة الجسم.

سابعاً/ مناقشة نتائج الفرضية السابعة: التي نصها كما يلي:

نتوقع أن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين في كلا الجنسين.

يتضح من الجدول رقم (7) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، لأنها ما زالت تعاني من البدانة ومؤشر كتلة الجسم لديهم مرتفع، ويرجع ذلك إلى أن المجموعة الضابطة لم يطبق عليها البرنامج التدخل التجريبي (برنامج نفسي معرفي سلوكي)، وإن كانت هناك ملاحظة أن بعض الحالات زاد مؤشر كتلة الجسم لديها ولكن بدرجات قليلة، ونفس الشيء بالنسبة لبعض الحالات، لاحظنا أن هناك نقص في مؤشر كتلة الجسم، ولكن بدرجات قليلة لم تعطي إختلافات جوهرية دالة، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية.

2- مناقشة عامة:

أثبتت نتائج الدراسة صحة الفرضيات، ويرجع ذلك إلى فعالية استخدام البرنامج النفسي المعرفي السلوكي بما يتضمنه من إستراتيجيات وأساليب وخطوات، الأمر الذي أدى إلى إحداث التأثير الإيجابي في خفض الوزن من خلال مؤشر كتلة الجسم.

وتفسر الباحثة التغيير في مؤشر كتلة الجسم، لدى مراهقين يعانون البدانة لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدي، والتي تلقت تدريب على البرنامج النفسي المعرفي السلوكي، إلى إدراك العلاقة بين المشاعر والأفكار والسلوك لدى المراهقين البدينين ذكور وإناث فبتعديل أحد أركان هذا الثلاثي يتعدل الطرفان الآخران، ثم تعليمهم أن يحددوا وقيموا أفكارهم وتخيلاهم وخاصة تلك التي ترتبط بسلوكيات الأكل والنشاط البدني وصورة الجسم، أو حتى نظرتهم للبدانة بصفة عامة، وتعليمهم تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة أو تشوهات فكرية، وتدريبهم على إستراتيجيات وتقنيات معرفية وسلوكية لتطبيق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة، أو عند مواجهة مشكلات مستقبلية ترتبط بالبدانة، بالإضافة إلى تدريبهم على توجيه التعليمات للذات، وتطوير دافعيتهم وكذلك تطبيق تقنية حل المشكلات التي تواجههم، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير وفقاً لتقنيات معرفية سلوكية، وكذلك الحد من سيطرة الأفكار التي تساعد على إستمرار مشكلة البدانة، وكذلك تدريبهم على المراقبة الذاتية لكل ما يأكلونه وأنشطتهم اليومية، وهي عملية مهمة

في بداية العلاج، قبل أن يتدرب المراهقين (ذكور وإناث) على إيجاد بدائل للأفكار التلقائية السلبية، وبالتالي يتحسن أدائه، الأمر الذي يساعده على حل مشكلته، بالإضافة إلى تدريبه أيضا على فنيات سلوكية ضمن نسق العلاج النفسي المعرفي السلوكي .

ويرجع هذا التحسن كذلك إلى التغيير والتأثير الذي أحدثته فنيات البرنامج بمكوناته

وذلك من خلال:

- التحكم في الوزن: تدريب المراهقين على الحفاظ على الوزن بعد فقد الوزن المطلوب، وذلك من خلال إحداث تغيير مستمر في طريقة تفكيرهم في التحكم في الوزن، وكذلك نمط وطريقة الأكل وأسلوب النشاط اليومي المتبع.

- تطوير الدافعية : من خلال إمتلاك الفرد شعور بالفعالية الذاتية التي تجعله يدرك أنه قادر على إحداث تغيير في سلوكياته التي تؤدي إلى البدانة والعمل على تغييرها، من أكل غير صحي وزيادة ساعات الجلوس وعدم الحركة، أو عدم القيام بأي نشاط، وبذلك سيحقق النجاح المطلوب.

- تعليم المريض المراقبة الذاتية للطعام والشراب: لأنه يساعد المراهقين على التغيير، الوعي بسلوكياته، ويمكن التحكم في ذلك من خلال تدوين أنواع وكميات الطعام والشراب المستهلكة كل يوم في إستمارة.

- تدريبهم على قياس الوزن بشكل منتظم، وتمثيله بيانيا كل أسبوع، لأنه لا يمكن أن يستمر العلاج دون مراقبة الوزن، الذي هو الهدف الأساسي في العلاج.

- ترسيخ الإلتزام بمبادئ الأكل الصحي: وذلك من خلال تدريب المراهق على النمط المنتظم للأكل، وكذلك كمية الأطعمة المتناولة، وكذلك أسلوب وطريقة الأكل، والتصورات المعرفية للأكل.

- تدريبهم على ممارسة النشاط البدني : من خلال تشجيعهم على الممارسات اليومية التي لا تتطلب مجهود أو طاقة كبيرة، والنتائج الجيدة في إنقاص الوزن.

- كذلك تدريبهم على كيفية تحسين صورة الجسم من خلال تقديم مفاهيم عنها، وكذلك تحديد مخاوف المريض المتعلقة بصورة الجسم ومناقشتها والعمل على حلها.

- وكذلك مساعدتهم على التعرف على معوقات خفض الوزن، والعمل على مناقشتها والقضاء عليها.

وفي مجمل هذه التدريبات يمكن القول أن العلاج النفسي المعرفي السلوكي قد حقق هدفه وأنعكس ذلك في إنخفاض مؤشر كتلة الجسم، وبالتالي إنخفاض الوزن لدى أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين ذكور وإناث بعد تطبيق البرنامج حيث كانت درجات مؤشر كتلة الجسم مرتفعة قبل تطبيق البرنامج، وذلك يتفق مع دراسة كيستر جزئيا التي ترى أنه توجد علاقة بين العادات والإتجاهات والسلوكيات الغذائية وكتلة الجسم، وكما يؤكد حسين النادي في أن تنظيم وتعديل السلوك والعادات الغذائية اليومية إلى جانب ممارسة النشاط البدني له تأثير كبير على إنقاص الوزن، وكما إتفقت نتائج الدراسة مع ما أشار إليه باول وبلير، أنه عند محاولة التخلص من الوزن الزائد لابد أن يكون هناك تغيير في التوازن وذلك بواسطة تقليل الطعام وزيادة النشاط البدني، وذلك من أجل المحافظة على كتلة الجسم. ومن نتائج دراستنا أيضا، إنخفاض مؤشر كتلة الجسم لدى الإناث وبالتالي إنخفاض الوزن لديهم أسرع من إنخفاض مؤشر كتلة الجسم لدى الذكور، لأن الإناث أكثر وعيا بخطورة البدانة على الصحة الجسمية والنفسية، وهذا ما ذهبت إليه دراسة أبدة والخطيب أن من أسباب إنخراط المرأة في مثل هذه البرامج هو التمتع بالصحة واللياقة البدنية، وإتفقت دراستنا أيضا مع دراسة حمادة عبد العزيز إبراهيم التي تناولت تأثير الجانب المعرفي الذي يعتبر كحافز ذاتي على خفض الوزن، وتتفق دراستنا في شق كذلك مع دراسة سيغمون وآخرون، أن قلة النشاط البدني وزيادة المكوث في البيت ومشاهدة التلفاز لساعات طويلة يؤدي إلى البدانة، وتختلف نتائج دراستنا عن نتائج دراسة ليبمان وآخرون ، التي ترى أنه ليس هناك علاقة بين مؤشر كتلة الجسم ونمط الحياة المتعلق بالنشاط البدني والتغذية الصحية.

وبناء على ما سبق ومن خلال قبول الفروض: الأول والثاني والثالث والرابع والخامس والسادس والسابع، نرى أنه

قد نجح البرنامج النفسي المعرفي السلوكي في تحسين إنخفاض مؤشر كتلة الجسم، وبالتالي إنخفاض البدانة لدى المراهقين ذكور وإناث، واستمرارية تأثيره لدى المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب عليه مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلقى التدريب عليه، ومن هنا يؤكد فعالية برنامج نفسي معرفي سلوكي في تخفيض البدانة لدى فئة المراهقين من كلا الجنسين.

ونود الإشارة إلى أنه من أهم مقومات نجاح البرنامج التدخلي التجريبي، التعاون والإستعداد من جانب أفراد المجموعة محل الدراسة.

وأخيرا وفي ضوء الفرضيات والنتائج التي توصلنا إليها نؤكد على أهمية التدخل المبكر بهدف تصحيح الأفكار الخاطئة وإستبدالها بأفكار إيجابية، فالعلاج المعرفي السلوكي يشير إلى أهمية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، ويقول أرون بيك في هذا الصدد أن النموذج العلاجي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله عن نفسه وكذلك إتجاهاته وأرائه تعد جميعا بمثابة أمور هامة، وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو الخاطئ، فالأفكار السلبية تكون السبب في الإنفعال غير الصحيح وبالتالي تؤدي هذه الأفكار السلبية إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية، إذا فالعلاج المعرفي السلوكي يركز على إعادة البناء المعرفي والأطر التخطيطية لإكساب المريض البصيرة، وكيفية التفكير وتغيير الأفكار السلبية، فالنموذج المعرفي لا يتعامل مع الأعراض فقط، وإنما يتعامل مع الأفكار الأكثر عمومية، ومع نظرة المريض للحياة، وبذلك يعد المريض لتجنب الوقوع في الإضطرابات مرة أخرى بسبب أفكاره الخاطئة، وبالتالي يكون قادرا على التعامل مع الصعوبات التي تواجهه مستقبلا نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية، وحسب علماء المدرسة المعرفية بأن العلاج المعرفي السلوكي يحدث تغيرات معرفية وإنفعالية وسلوكية تجعل الفرد أقل إضطرابا في الوقت الحاضر، وأقل قابلية للإضطرابات في المستقبل.

وبهذا نقول أن العلاج المعرفي السلوكي غني بفنياته المتعددة التي يستطيع المعالج السلوكي المعرفي إنتقاء ما يناسب طبيعة السلوك المطلوب تعديله.

3- التوصيات والإقتراحات:

- ضرورة تنمية وعي الأسر والأفراد بمخاطر البدانة والأضرار الناجمة عنها .
- ضرورة التدريب على فنيات العلاج المعرفي السلوكي وكيفية إستخدامها في علاج وتعديل سلوكيات الأفراد الذين يعانون البدانة.
- ضرورة إنشاء مراكز متخصصة لعلاج البدانة على غرار الدول العربية خاصة العلاج النفسي المعرفي السلوكي .
- الإهتمام بتوافر الخدمات النفسية للأشخاص الذين يعانون البدانة وخاصة فئة المراهقين.

- ضرورة عقد دورات تدريبية للقائمين على علاج البدانة للإستفادة من كل جديد يخص هذه المشكلة وطرق العلاج.
- الحاجة الماسة إلى مسح شامل ودقيق لتحديد حجم مشكلة البدانة خاصة في المجتمع الجزائري والمجتمعات العربية عامة.
- ضرورة إعداد برامج تلفزيونية لإرشاد الأفراد الذين يعانون البدانة بمراجعة العيادات النفسية للتكفل بهم، وتحذيرهم من عواقب تبني برامج من تلقاء أنفسهم أو من جهات لا تمد للموضوع بصلة.
- ضرورة تفعيل دور أخصائي التغذية في العمل مع الأخصائي النفسي للوصول إلى نتائج جيدة .
- ضرورة تصميم برامج معرفية سلوكية لكل فئات المجتمع ، أطفال ،مراهقين، راشدين...الخ.

المراجع

قائمة المراجع

الكتب العربية:

1. إبراهيم، عبد الستار. (1987). علم النفس الإكلينيكي مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ.
2. إبراهيم، عبد الستار. (1998). الإكتئاب إضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. الكويت.
3. ابن منظور ،أبو الفضل جمال. (1973). لسان العرب. ج3. بيروت: دار صادر للطباعة والنشر.
4. أبو النيل، محمود السيد. (1994). الأمراض السيكوسوماتية ط2. المجلد 1. بيروت: دار النهضة.
5. الحسنات ، عصام. (2008). علم الصحة الرياضية. عمان :دار أسامة.
6. الحفني، عبد المنعم. (1994). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. ط1. مكتبة مدبولي.
7. الحفني، عبد المنعم. (1999). موسوعة الطب النفسي. ط2. مكتبة مدبولي.
8. الخاني ،محمد احمد الفضل. (2006). المرشد إلى فحص المريض النفساني. ط1. بيروت: منشورات الحلبي الحقوقية.
9. الخليدي ، عبد المجيد. (1997). الأمراض النفسية والعقلية. ط1. بيروت: دار الفكر العربي.
10. الخولي ،أمين أنور. (1987). الرياضة والمجتمع. عالم المعرفة.
11. الدريدي ،عبد الغني. (1995). التحليل النفسي للمراهق. بيروت: دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع.
12. الدسوقي ،كمال. (1979). النمو التربوي للطفل والمراهق. بيروت :دار النهضة العربية.
13. الرشيدى،هارون توفيق. (1999). الضغوط النفسية طبيعتها ونظرياتها. ط1.
14. الركبان، محمد بن عثمان. (2009). البدانة "الداء والدواء". الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.
15. الريماوي ،محمد. (2006). سياسة التغذية في المدارس. شركة الجمال للطباعة والاستثمار.
16. الزامل ،فيصل بن علاء. (2007). المشاكل الفسيولوجية المرتبطة بنقص اللياقة البدنية.
17. الزراد ،فيصل محمد خير. (2000). الأمراض النفسية الجسدية. ط1. بيروت: دار النفائس.

18. الشناوي، محمد. (1994). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب.
19. الشناوي، محمد. عبدالرحمن، محمد. (1998). العلاج السلوكي الحديث. القاهرة: دار قباء.
20. الطيبي، عكاشة عبد المناف. (1999). السمنة عند الأطفال. ط1. بيروت: دار الجيل.
21. العساف، صالح. (1989). مدخل إلى البحث في العلوم السلوكية. السعودية: دار المريخ.
22. العيسوي، عبد الرحمن. (2005). التغذية والصحة النفسية. الإسكندرية: منشأة المعارف.
23. العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001). سيكولوجية العدوانية وترويضها-منحى معرفي جديد. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
24. المحارب، ناصر. (2000). المرشد في العلاج السلوكي. الرياض: دار الزهراء.
25. الأنصاري، عبير خالد. (2008). تغذية المراهقين الذكور. مكة.
26. بدوي، احمد زكي. (1986). معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان.
27. بن عبد الاغا، عبد المعين. (2007). البدانة عند الأطفال. جدة.
28. بوبازين، أحسن. (2006). سيكولوجية الطفل والمراهق. ط1. سكيكدة: منشورات دار أمواج .
29. بوحوش، عمار. ذنبيات، محمد. (1999). مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث. ط1. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
30. بوزيت، مراد. (1996). مرض السمنة. الجزائر: دار الهدى عين مليلة.
31. بيرمان، بيرل س. (2004). قواعد التشخيص والعلاج النفسي. القاهرة: دار ايتراك
32. بيك، أرون. (2000). العلاج المعرفي والإضطرابات الإنفعالية. ط1. (عادل مصطفى، مترجم) بيروت: دار النهضة العربية.
33. تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي. ط1. (وسام درويش، بريك فوزي، شاكر داود: مترجمين). عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
34. حسين، طه عبد العظيم. (2007). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات. ط1. الاسكندرية: دار الوفاء
لدنيا الطباعة والنشر.
35. زهران، حامد عبد السلام. (2001). علم نفس النمو الطفولة والمراهقة. ط5. مصر: عالم الكتب.

36. سلامة، بهاء الدين إبراهيم. (2001). الصحة والتربية الصحية. القاهرة: دار الفكر العربي.
37. سعيد عبد الله، إيفلين. (2005). تغذية الفئات العمرية "الأصحاء، المرضى، ذوي الاحتياجات الخاصة". ط1. القاهرة: مجموعة النيل العربية.
38. سوليفان، كارين. (2005). كيف تساعد طفلك البدين. ط1. مكتبة جرير.
39. سيد يوسف، جمعة. (2007). إدارة الضغوط. ط1. القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث.
40. شقير، زينب. (2012). مقياس صورة الجسم. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
41. صفوت، فرج. (2000). المرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين. دار الانجلو المصرية.
42. صفوت، وفيق. (2012). مشكلات الأطفال السلوكية – الأسباب وطرق العلاج. القاهرة: دار العلم والثقافة.
43. عبد الله محمد، عادل. (2000). العلاج المعرفي السلوكي – أسسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.
44. عبد السميع، فاطمة الزهراء. (2014). صورة الجسم وعلاقتها بالمهارات الإجتماعية لدى طفل الروضة. إشراف سهير كامل احمد. جامعة القاهرة. رسالة دكتوراه.
45. عطوف، محمود ياسين. (1988). الأمراض السيكوسوماتية. ط1. بيروت: منشورات يحسون
46. علوي، اسماعيل. بن عيس، زغبوش. (2009). العلاج النفسي المعرفي. ط1. عمان: عالم الكتب الحديث.
47. فايد، حسين. (2008). السلوك والشخصية. ط1. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
48. فرغلي، علاء. (2008). مهارات العلاج المعرفي السلوكي. ط2. مصر: مكتبة النهضة المصرية.
49. كوبر، زافر واخرون. (2009). العلاج المعرفي السلوكي- دليل المعالجين. (محمود عيد مصطفى: مترجم). القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
50. لابلاش، جون. (1987). معجم التحليل النفسي. (مصطفى حجازي: مترجم). المؤسسة الوطنية للدراسات والتوزيع.
51. مصطفى عمار، محمد. (2007). أهمية الرياضة والأندية الرياضية للنساء. كلية التربية البدنية والرياضية.
52. معمريه، بشير. (2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس. ج1. الجزائر: منشورات الخبر.
53. معمريه، بشير. (2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس. ج2. الجزائر: منشورات الخبر.

54. مليكة، لويس كامل. (1990). **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**. ط1. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
55. منسي، حسن. (1988). **الصحة النفسية**. ط1. عمان: دار الكندي للنشر والتوزيع.
56. منسي، محمود عبد الحليم. (2003). **مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية**. مصر: دار المعرفة.
57. موسوعة شرح المصطلحات النفسية. (2001).
58. ميموني، بدرة معتصم. (2003). **الإضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق**. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
59. نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي. (1999). **المرشد في الطب النفسي**. أكاديميا.
60. هنسروود، دونالد. (2004). **الحل الأمثل للتغلب على الوزن**. ط2. مكتبة جرير.
61. هوفمان إيس جي. (2012). **العلاج المعرفي السلوكي المعاصر**. (مراد عيسى: مترجم). القاهرة: دار الفجر.

62. ياسين، رمضان. (2007). **علم النفس الرياضي**. عمان: دار أسامة.

63. يخلف، عثمان. (2001). **علم نفس الصحة**. الدوحة: دار الثقافة..

المجلات:

64. الجبوري، زينب. (2012). أثر برنامج مقترح لتمرينات الاسترخاء لتخفيف الوزن للحد أو التقليل من عامل القلق لدى المصابات بالبدانة. مجلة القادسية لعلوم التربية الرياضية. المجلد 12. العدد 1. آذار. 2012.
65. الخاجة، هدى حسن. (2001). اتجاهات طالبات جامعة البحرين نحو النشاط البدني. مجلة العلوم التربوية والنفسية. المجلد 2. العدد 1. مارس.
66. الدسوقي، مجدى. (2008). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة. دراسات في الصحة النفسية. المجلد 2. القاهرة: الانجلو المصرية.
67. الذواد، الجوهرة. (2002). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكئاب. دراسات عربية في علم النفس. العدد 3. المجلد 1. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

68. السلطاني، سليمة عبد الله. عبد السادة، طارق سوادى، (2009). مقارنة نسبة القلق بين الطلبة الرياضيين وغير الرياضيين. مجلة علوم الرياضة. العدد 1 .
69. الشدايدة، أحمد نوري. الضمور، هاني مسلم. (2013). المجلة العربية للغذاء والتغذية. العدد 30.
70. الغامدي، حامد أحمد. (2010). مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وخفض اضطراب القلق العام لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف. مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية. المجلد 2. العدد 1. يناير.
71. الأنصاري، منى صالح. (2003). تأثير النشاط البدني الهوائي في مؤشرات السمنة. مجلة العلوم التربوية والنفسية. المجلد 4. العدد 4. ديسمبر.
72. بوصالح، كاظم محمد عايش. (2003). اتجاهات المرأة نحو أهمية ممارسة النشاط البدني لطلاب جامعة الملك فيصل. مجلة العلوم التربوية والنفسية. المجلد 4. العدد 1. مارس.
73. عبد الحكيم السيد، نفين صابر. (2009). ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف. مجلة كلية الاداب بجامعة حلوان. العدد 26. يوليو.
74. عياش، بن سمير معزى العنزي. (2004). علاقة الضغوط النفسية ببعض المتغيرات الشخصية لدى العاملين في المرور بمدينة الرياض. رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في العلوم الاجتماعية.
75. فايد، حسين. (2008). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة. العدد 22. مجلة الارشاد النفسي. جامعة عين شمس.
76. فرغلي، رضوان. (2009). صورة الجسم وتقدير الذات وعلاقتها باضطرابات الاكل لدى الاطفال. مجلة الطفولة والتنمية. العدد 16. مجلد 7. يصدرها المجلس العربي للطفولة والتنمية.
77. محمد فاضل، إيمان. غلوم العمادي، احمد. (2005). "العلاقة بين السمنة ونمط الحياة لدى طلاب جامعة قطر من الجنسين". مجلة علم النفس العربي المعاصر. المجلد 1. العدد 2. يونيو.
78. مرعشلي، خالد، زيات، مروان، (2000). البدانة بوصفها عامل خطر لحدوث ارتفاع الضغط الشرياني الحملي. مجلة جامعة دمشق. المجلد 16. العدد الثاني.

79. هزاع ،بن محمد الهزاع.(2004).النشاط البدني في مجابهة الأمراض المزمنة.المجلة العربية للغذاء والتغذية.ملحق 5.الرياض.

80. هزاع ،بن محمد الهزاع.(2004).النشاط البدني وداء السكري.المجلة العربية للغذاء والتغذية.

الكتب الأجنبية:

81.ACTIVITE PHYSIQUE ET SANTE.(2005).SOCIETE FRANÇAIS DU NUTRITION.

82.AGENCE DE SANTE PUBLIQUE DU CANADA(2002).LA SANTE DE LA POPULATION
MODE DE VIE SAIN.

83.ANDERSON ,NORMANB .(2004).ENCYCLOPEDIA OF HEALTHAND
BEHAVIOR.LONDON:SAGE PUBLICATIONS.

84.BARIBEAU,HELENE.(2012).LES BONNES ATTITUDES ET HABITUDES A ADOPTER
POUR UN POIDS SANTE.PASSEPORT SANTE.

85.BLAKELEE.(2013).OUT-OF-BODY EXPERIENCE ?YOUR BRAIN IS TO BLAME.NEW
YORK TIME.

86.CARALINO,WERLE ET AL.LES DETERMINANT DU COMPORTEMENT DE SANTE
PREVENTIVE.REVUE DE LA LITTERATURE .PERSPECTIVES DE RECHERCHE ET ETUDE
EXPLORATOIRE.

87.CONSENSUS SUR LE TRAITEMENT DE L'OBESITE EN SUISSE II.(2006).

88.DOMART ,ANDRI.(1984).PETIT LAROUSSE DE LA MEDECINE.2^{eme}EDITION.

89.EDITED,J.THOMPSON,K.SMOLAK,L.(2011).BODY IMAGE EATING DISORDERS AND
OBESITY IN YOUTH ASSESSMENT,PREVENTION,AND TRATEMENT.AMERICAN
PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION WASHINGTON.

100.PHILIPPE,DOUSTE.(2004).LA SANTE VIENT EN MANGEANT ET EN
BOUGEANT.DOCUMENT ELABORE DANS LE CADRE DU PROGRAMME NATIONAL
NUTRITION-SANTE.

101. PHILIPPE, DOUSTE. (2004). **LA SANTE VIENT EN BOUGEANT**. DOCUMENT ELABORE DANS LE CADRE DU PROGRAMME NATIONAL NUTRITION-SANTE.
102. FISHBEIN, M. AJZEN, I. (1975). **BELIEF, ATTITUDE INTENTION AND BEHAVIOR AND INTRODUCTION TO THEORY AND RESEARCH**. ADDISON ON WESLEY.
103. GROGAN. (2012). **BODY IMAGE, UNDERSTANDING DISSATISFACTION IN MEN, WOMEN, AND CHILDREN**.
104. HALIMI, SERGE. (2005). **OBESITE**.
105. HASLAM, DW, JAMES, WP. (2005). **OBESITY**.
106. JACQUES, QUEVAUVILLIERS, ABE, FINGERHUT. (2001). **DICTIONNAIRE MEDICALE**, 3^{em} EDITION. MASSON.
107. KELISHADI, R. (2007). **CHILDHOOD OVERWEIGHT, OBESITY AND THE METABOLIC SYNDROME IN DEVELOPING COUNTRIES**.
108. KENDALL, P. (1996). **COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPIES WITH YOUTH GUIDING**. JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY. VOL 21.
109. LEIF, EDVARD. (2007). **ADOLESCENT LIF STYLE**. COMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
110. L'ENCYCLOPÉDIE DE LA SANTE DE A a Z. (1996). **MALADIE**. 3 EDITION. PARIS: HACHETTE.
111. L'ENCYCLOPÉDIE DE LA SANTE DE A a Z. (1996). **PSYCHOLOGIE**. PARIS: HACHETTE.
112. MARLENE, G. (2005). **CLINICAL SOCIAL WORK PRACTICE AN INTEGRATED APPROACH** NEW YOURK. PEARSON EDUCATION.
113. OBESITE. (2003). **PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE L'EPIDEMIE MONDIALE**. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. GENEVE.
114. OBESITE. (2006). **BILAN ET EVALUATION DES PROGRAMMES DES PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE**, PARIS: LES EDITIONS INSERM.
115. OGDEN, JANE. (2007). **DIET AND HEALTH**, COMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
116. OGDEN, JANE. (2004). **HEALTH PSYCHOLOGY**. THIRD EDITION. UNIVERSITY PRESS.
117. OGDEN, JANE. (2007). **HEALTH PSYCHOLOGY**. FOURTH EDITION. UNIVERSITY PRESS.

- 118.SCHEIER.M.F ET ALL(1989).THE BENEFICIAL EFFECT OF PHYSICAL AND PSYCHOLOGIE WELL-BEING.JOURNAL OF PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGY.
- 119.SCHWEITZER,BRUCHON.DANTZER.R.(2003).INTRODUCTION A LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTE.4EME EDITION.VENDOME.FRANCE.
120. SILLEMY,S.(1977).DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE.PARIS :LA ROUSSE.
121. THOMAS, JENNFER.KELLY, BROWNELLE.(2007). OBESITY, COMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- 122.WERLE.CAROLINA ET ALL.LES DETERMINANT DES COMPORTEMENT DE SANTE PREVENTIVE.REVUE DELA LITTERATURE.PERSPECTIVE DE RECHERCHE ET ETUDE EXPLORATOIRE.GRENOBLE.

المواقع الالكترونية:

123.أبو هندي ،وائل: الجوع والشهية ومعامل الشبع،WWW.HAKEEM.SY.ORG

124.النايلسي ،محمد احمد: السمنة وعلاجها النفسي،WWW.ALHSA.COM

/1/02/2008:WWW.ECHCONLINE.ORG .

/10/01/2008.:WWW.Q8MANAR.COM

:www.feedo.net/nutrition/nutritionmain.htm4/11/2010

:WWW.AR.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/8/5/2011.

الملاحق

قائمة المكونات النفسية، المعرفية، السلوكية نحو البدانة

الاسم: (اختياري) العمر:
 الجنس:
 المستوى التعليمي: الوزن:

التعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات المتعلقة بالمعلومات الخاصة نحو البدانة، المطلوب منك قراءتها جيدا ووضع علامة في احدى الخانتين لكل عبارة وذلك حسب ما يتوافق مع معلوماتك ومعارفك ومعتقداتك وتجاربك الخاصة. أجب عن كل العبارات. إجابتك تستخدم لغرض البحث العلمي وسوف تحاط بالسرية التامة.

البنود	نعم	لا
1- أتناول الطعام بسرعة		
2- أميل لآكل الطعام الغني بالطاقة (عالية الدهون)		
3- أتأشى تناول بعض الأطعمة		
4- أتناول الطعام في أماكن أخرى غير المطبخ وحجرة الطعام		
5- أكل الطعام أثناء مشاهدة التلفاز		
6- أكل الطعام أثناء قيامي بأي نشاط		
7- أخطط لأكلي مسبقا		
8- أتناول الطعام مباشرة من العبوة		
9- أميل إلى تناول القطع الكبيرة من الأكل		
10- أتناول دائما قطع إضافية من الأكل		
11- أتناول كل ما يوجد في الطبق		
12- أتناول بقايا الطعام الموجودة على الطاولة		
13- أتناول الطعام في أواني كبيرة الحجم		
14- أحتفظ بالطعام في حجرة نومي		
15- أحتفظ بالطعام في حقيبتني		
16- أتناول الطعام في أوقات متأخرة من الليل		
17- أستغني عن إحدى الوجبات اليومية		
18- أبالغ في تناول الطعام أثناء المناسبات الاجتماعية		
19- أمارس الرياضة بانتظام		
20- أستعمل السيارة أو الحافلة في تنقلاتي		
21- أستعمل السيارة ولو كانت المسافة قصيرة		
22- النشاط البدني يخفف من أعراض القلق والتوتر		
23- النشاط البدني يساهم في الوقاية من البدانة		
24- ممارسة النشاط البدني يخفف من نسبة الشحوم من الجسم		
25- النشاط البدني يزيد من الطاقة المصروفة من الجسم		
26- أحتفظ بمفكرة للتمارين التي أمارسها.		

		27-أكثر من المشي.
		28-أدرك أن للتمرين فوائد كبيرة
		29-أخطط لنوع التمارين التي أمارسها.
		30-أميل للأكل تحت الضغوط
		31-أميل للأكل عندما أكون منزعجا
		32-أعتقد أنه من المستحيل التحكم في الوزن
		33-فقدت دافعتي حيال فقدان الوزن
		34-أواجه صعوبات في سبيل فقدان الوزن
		35-أتحاشى رؤية نفسي في المرأة
		36-أتحاشى ارتداء الملابس التي تظهر وتحدد شكل جسمي أثناء ممارسة الرياضة.
		37-أتحاشى المناسبات الاجتماعية بسبب شكل جسمي
		38-أتفحص شكلي العام في المرأة
		39-أتفحص أجزاء معينة من جسمي في المرأة
		40- أقوم بوزن نفسي باستمرار لأتأكد من نقصان وزني
		41-أنا غير سعيد بسبب شكلي
		42-أشعر أن الآخرين سيسخرون من شكل جسمي إذا اشتركت في برامج تخفيض الوزن.
		43-أشعر أنني أشغل حيز كبير عندي جلوسي في الحافلة
		44- أتوقع تعليقات حول مظهري من طرف الآخرين
		45-البدانة رمز للصحة
		46-البدانة ليس لها أضرار جسمية
		47-البدانة ليس لها أضرار نفسية
		48-مجتمعنا يفضل البدينين.
		49-أخاف من الإنخراط في برامج تخفيف الوزن .
		50-الأكل يحل كل المشاكل التي أعاني منها.
		51-حاولت من تلقاء نفسي أن اتجنب بعض المأكولات.
		52-عائلتنا كلهم بدينين وهم أصحاء
		53-المشاكل التي قد أعيشها تجعلني أبتعد عن الحمية وأعود إلى عاداتي الغذائية
		54-أفضل التجمع مع البدينين أمثالي فهم لا يحتقرونني.