



جامعة الزاوية

إدارة الدراسات العليا والتدريب

كلية الآداب

قسم الدراسات التربوية والنفسية

شعبة الدراسات النفسية

مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور
بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

إعداد الطالبة: أسمهان أحمد الهادي موني

إشراف الدكتور: يوسف أبو القاسم الأحرش

الدرجة العلمية: أستاذ

(2023/2022م)

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الإجازة الدقيقة الدكتوراه بتاريخ 2023/06/05م
الموافق 16/ ذو القعدة / 1444هـ قسم الدراسات التربوية والنفسية كلية الآداب جامعة الزاوية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ إِنَّا فَتَحْنَا لَكَ فَتْحًا مُبِينًا ﴾ (1) لِيُغْفِرَ لَكَ اللَّهُ مَا تَقَدَّمَ مِنْ
ذَنْبِكَ وَمَا تَأَخَّرَ وَيُتِمَّ نِعْمَتَهُ عَلَيْكَ وَيَهْدِيَكَ صِرَاطًا
مُسْتَقِيمًا ﴾ (2) وَيَنْصُرَكَ اللَّهُ نَصْرًا عَزِيمًا ﴾ (3) ﴿

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سورة الفتح/ الآية "1-3"

الإهداء

إلى روح العزيزين على قلبي ، ، ،

والذي أسكنه الله الجنة مع الأنبياء

أخي عبدالمنعم تقبله الله من الشهداء

إلى أمي الغالية الحبيبة ، ، ،

تنير دربي بالدعاء

إلى زوجي مروان وأبنتي عهد ، ، ،

رمز الحب والوفاء

إلى إخوتي وأخواتي ، ، ،

عنوان الود والصفاء

أهدي هذا الجهد

الشكر والتقدير

﴿رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ

لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۗ إِنَّي إِلَىٰ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ﴾ سورة الأحقاف الآية 15.

الحمد لله حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه ملء السموات وملء الأرض على ما أسبغ علي من نعمة لإتمام هذه الرسالة، وأصلي وأسلم على خاتم النبيين الذي كان قدوتنا في طلب العلم، فصلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه أجمعين.

وبعد،،،

لم تكن الرحلة قصيرة، ولم يكن الحلم قريباً، ولا الطريق كانت محفوفة بالتسهيلات، ولكنني نلتها بفضل الله وجوده وكرمه، فله الحمد وله الشكر وله الثناء كما ينبغي لجلال وجهه ولعظيم سلطانه.

وانطلاقاً من هدي رسول الله "من لا يشكر الناس لا يشكر الله" والاعتراف لكل ذي فضلٍ بفضلِهِ يشرفني أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الأستاذ الفاضل الأستاذ الدكتور يوسف أبوالقاسم الأحرش لتوجيهاته ومتابعته رسالتي فجزاه الله خير الجزاء.

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة / أ.د. سالم الفاخري / أ.د. محمد ضو / أ.د. نوري الغنودي / د. الصديق المريمي لتفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة، وإثرائها بتوجيهاتهم القيمة، أسأل الله أن يبارك لهم في صحتهم وعلمهم ووقتهم. واتقدم بالشكر والعرفان إلى الأستاذ الدكتور عبدالله علي البكوش جامعة المرقب، والأستاذ الدكتور كمال يوسف بلان جامعة دمشق، والأستاذ الدكتور ربي ناصر الشعراني جامعة الجنان الذين كان لهم فضل الإشراف على هذه الرسالة في بداياتها، وعلى نصائحهم وتوجيهاتهم السديده فجزاهم الله عني خير الجزاء.

كما أسجل عظيم امتناني واحترامي للأخت الفاضلة الأستاذة الدكتورة إبتسام سالم المزوغي والتي كانت لي بمثابة الأخت الناصحة الهادية إلى طريق الرشاد، وإلى الأستاذ الدكتور / نوري أحمد الغنودي الذي لم يدخر وسعاً في تقديم المساعدة لي فجزاهما الله عني كل خير.

وأقدم أسمى آيات الشكر والتقدير إلى سر نجاحي ومصباح دربي ياخير الداعم والسند زوجي الغالي الدكتور مروان الطاهر الذي تحمل عني الكثير في سبيل أن ترى هذه الرسالة النور، سدد الله خطاه في كل طريق، وفتح له كل أبواب الخير.

خالص الحب والعرفان لمن كانا سندي وقوتي وملأني بعد الله أبي وأخي عبدالمنعم لدعمهما بلا حدود وعطائهما بلا مقابل، جزاهما الله الفردوس الأعلى بلا حساب ولا سابق عذاب، ولمن سهلت لي الشدائد بدعائها، وعلمتني أن الدنيا كفاح وسلاحها العلم، وغرسة في روعي مكارم الأخلاق، أمي أطال الله في عمرها، ولملهمي نجاحي ومن شددت عضدي بهم أخوتي وأخواتي وأخص بالذكر أخي عبدالهادي الذي بذل كل جهد مستطاع، وكان لي ينبوع أرتوي منه فجزاهم الله عني كل خير.

كما لا يفوتني أن أتوجه بالشكر والتقدير إلى كل من شجعني ودعمني ولو بكلمة طيبة في سبيل مواصلة العمل وإتمام الرسالة. وختاماً أسأل الله أن يهديني سواء السبيل، ويجعل عملي خالصاً لوجهه الكريم .

واخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

الباحثة

ملخص الدراسة

مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي

لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات.

وتكونت عينة الدراسة من (56) بدينة، تم تقسيمهن إلى مجموعتين متكافئتين (28) تجريبية (28) ضابطة.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم إعداد مقياس للكفاءة الذاتية، وتم التحقق من الخصائص القياسية (السيكومترية) له، وتألف البرنامج الإرشادي من (22) جلسة إرشادية، حيث استند على تقنيات منتقاه من فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي، وتم تطبيق البرنامج بمعدل ثلاث جلسات في الأسبوع، مدة كل جلسة (ساعة ونصف) ماعدا الجلسة الأولى مدتها ساعتين، وتم تنفيذ عدة فنيات إرشادية (معرفية- سلوكية)، وتطبيق القياس القبلي والبعدي على المجموعتين (التجريبية والضابطة)، في حين تم تطبيق القياس أثناء البرنامج أي في منتصف البرنامج، والقياس التتبعي بعد مرور شهرين على انتهاء البرنامج على المجموعة التجريبية فقط.

واستخدمت الباحثة مجموعة من الأساليب الإحصائية التي تخدم أهداف الدراسة وفرضياتها وفقاً للحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) مثل (مقاييس النزعة المركزية، مقاييس التشتت، معامل ارتباط بيرسون، معامل ارتباط ألفا كرونباخ، اختبار t لعينتين مرتبطتين، واختبار t لعينتين مستقلتين).

وتوصلت النتائج إلى:

1- عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي على مقياس الكفاءة الذاتية وابعادها .

2- أ- وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (القبلي وأثناء البرنامج) على الابعاد التالية: (الاجتماعي - ممارسة التمرينات الرياضية - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح الاختبار الذي طبق على البدنيات اثناء البرنامج. في حين انه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط

درجات المجموعة التجريبية في القياس (القبلي واثناء البرنامج) على البعدين (الوجداني - عادات النوم).

ب- وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (القبلي والبعدي) على الأبعاد التالية: (الاجتماعي - الوجداني - ممارسة التمرينات الرياضية - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح الاختبار البعدي الذي طبق على البدينات بعد انتهاء البرنامج الارشادي. في حين أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (القبلي والبعدي) على بعد عادات النوم .

ج- وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (القبلي والتتبعي) على الأبعاد التالية: (الاجتماعي - الوجداني - ممارسة التمرينات الرياضية - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح الاختبار البعدي. في حين انه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (القبلي والتتبعي) على بعد عادات النوم .

د- وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (أثناء البرنامج والبعدي) على الابعاد التالية: (الاجتماعي - الوجداني - ممارسة التمرينات الرياضية - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح الاختبار البعدي. في حين أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (أثناء البرنامج والبعدي) على بعد عادات النوم .

هـ - وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (أثناء البرنامج والتتبعي) على الابعاد التالية: (الوجداني - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح الاختبار التتبعي. في حين أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (اثناء البرنامج والتتبعي) على الابعاد التالية: (الاجتماعي - ممارسة التمرينات الرياضية - عادات النوم).

و- وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (البعدي والتتبعي) على الأبعاد التالية: (الاجتماعي - ممارسة التمرينات الرياضية) لصالح الاختبار البعدي. في حين أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين

متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (البعدي والتتبعي) على الأبعاد التالية:
(الوجداني - العادات الغذائية - عادات النوم - سلوكيات الوقاية الصحية).

3- وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس (البعدي) والأبعاد التالية: (الاجتماعي - الوجداني - ممارسة التمرينات الرياضية - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح المجموعة التجريبية. في حين أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس (البعدي) وبعد عادات النوم .

4- عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين متغيرات (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم) للمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده.

5- عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات متغيرات (المستوى التعليمي - المهنة - الحالة الاجتماعية) للمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده.

6- عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين متغيرات (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم) للمجموعة التجريبية في الاختبار البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده.

7- عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات متغيرات (المستوى التعليمي - المهنة - الحالة الاجتماعية) للمجموعة التجريبية في الاختبار البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده.

وخلصت الدراسة إلى استنتاج مفاده أن البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي ذو فاعلية في تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج مقابل المجموعة الضابطة التي لم تخضع له، وأوصت الدراسة بإجراء المزيد من الدراسات التي تهتم بالبرامج الإرشادية والعلاجية النفسية لمرضى البدانة في مختلف المستويات العمرية، وكذلك الإهتمام بكل المصابين بالأمراض المزمنة غير مرضى البدانة.

Study Summary

The effectiveness of a cognitive-behavioral guidance program in developing a sense of self-efficacy among obese women

The study aimed to identify the effectiveness of a cognitive-behavioral guidance program in developing a sense of self-efficacy among physical education students.

The study sample consisted of (56) obese women, who were divided into two equal groups: (28) experimental and (28) control.

To achieve the objectives of the study, a scale of self-efficacy was prepared and its psychometric properties were verified. The guidance program consisted of (22) guidance sessions, based on selected techniques from cognitive-behavioral guidance techniques. The program was implemented at a rate of three sessions per week, each session lasting (an hour and a half), except for the first session, which lasted two hours. Several guidance techniques (cognitive-behavioral) were implemented, and pre- and post-measurement were applied to the two groups (experimental and control), while the measurement was applied during the program, i.e. in the middle of the program, and the follow-up measurement was applied two months after the end of the program to the experimental group only.

The researcher used a set of statistical methods that serve the study objectives and hypotheses according to the Statistical Package for Social Sciences) SPSS (such as (measures of central tendency, measures of dispersion, Pearson correlation coefficient, Cronbach's alpha correlation coefficient and t-test for two related samples and t- test for two independent samples).

The results reached:

- 1- There are no statistically significant differences between the average scores of the control group in the pre- and post-test on the self-efficacy scale and its dimensions.
- 2- A -There are significant statistical differences between the average scores of the experimental group in the measurement (pre- and during the program) on the following dimensions: (social - exercise - eating habits - health prevention behaviors (in favor of the test that was applied to the obese during the program. While there are no significant statistical differences between the average scores of the experimental

group in the measurement (pre- and during the program) on the two dimensions (emotional - sleeping habits.)

B -There are significant statistically significant differences between the average scores of the experimental group in the (pre- and post-) measurement on the following dimensions: (social - emotional - exercise - eating habits - health prevention behaviors) in favor of the post-test that was applied to the obese after the end of the guidance program. While there are no significant statistically significant differences between the average scores of the experimental group in the (pre- and post-) measurement on the dimension of sleep habits.

C -There are significant statistically significant differences between the average scores of the experimental group in the (pre- and follow-up) measurement on the following dimensions: (social - emotional - exercise - eating habits - health prevention behaviors) in favor of the post-test. While there are no significant statistically significant differences between the average scores of the experimental group in the (pre- and follow-up) measurement on the dimension of sleep habits.

D -There are significant statistically significant differences between the average scores of the experimental group in the measurement (during the program and after) on the following dimensions: (social - emotional - exercise - eating habits - health prevention behaviors) in favor of the post-test. While there are no significant statistically significant differences between the average scores of the experimental group in the measurement (during the program and after) on the dimension of sleep habits.

E - There are significant statistically significant differences between the average scores of the experimental group in the measurement (during the program and follow-up) on the following dimensions: (emotional - eating habits - health prevention behaviors) in favor of the follow-up test. While there are no significant statistically significant differences between the average scores of the experimental group in the measurement (during the program and follow-up) on the following dimensions: (social - practicing sports exercises - sleeping habits).

3- There are significant statistical differences between the average scores of the experimental group in the (post- and follow-up) measurement

on the following dimensions: (social - practicing sports exercises) in favor of the post-test. While there are no significant statistical differences between the average scores of the experimental group in the (post- and follow-up) measurement on the following dimensions: (emotional - eating habits - sleeping habits - health prevention behaviors).

- 4- There are significant statistical differences between the average scores of the experimental group members and the average scores of the control group members in the (post (measurement and the following dimensions: (social - emotional - exercise - eating habits - health prevention behaviors) in favor of the experimental group. While there are no significant statistical differences between the average scores of the experimental group members and the average scores of the control group members in the (post) measurement and the sleep habits dimension.
- 5- There is no statistically significant correlation between the variables (age - weight - height - body mass index) of the control group in the post-test on the self-efficacy scale and its dimensions.
- 6- There were no statistically significant differences between the average scores of the variables) educational level - profession - social status) for the control group in the post-test on the self-efficacy scale and its dimensions.
- 7- There is no statistically significant correlation between the variables (age - weight - height - body mass index) of the experimental group in the post-test on the self-efficacy scale and its dimensions.
- 8- There were no statistically significant differences between the average scores of the variables) educational level - profession - social status) of the experimental group in the post-test on the self-efficacy scale and its dimensions.

The study concluded that the cognitive behavioral guidance program is effective in developing a sense of self-efficacy in the experimental group that underwent the program compared to the control group that did not undergo it. The study recommended conducting more studies that focus on guidance and psychological treatment programs for obese patients at different age levels, as well as paying attention to all those suffering from chronic diseases other than obese patients.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الاية القرآنية
ب	الإهداء
ج	الشكر والتقدير
هـ	ملخص الدراسة
ح	Study Summary
ك	فهرس المحتويات
س	فهرس الجداول
ر	فهرس الأشكال
ش	فهرس الملاحق
	الفصل الأول الإطار العام للدراسة
2	مقدمة
4	مشكلة الدراسة
6	أهمية الدراسة
8	أهداف الدراسة
8	متغيرات الدراسة
8	حدود الدراسة
9	مصطلحات الدراسة
	الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة
11	المبحث الأول: الكفاءة الذاتية
12	أولاً: ماهية الكفاءة الذاتية
12	تعريف الكفاءة الذاتية

الصفحة	الموضوع
14	أنواع الكفاءة الذاتية
17	مصادر الكفاءة الذاتية
20	نظرية الكفاءة الذاتية
22	العوامل التي تؤثر في الكفاءة الذاتية
23	ثانياً: تأثير الكفاءة الذاتية في السلوك
28	ثالثاً: الكفاءة الذاتية وعلاقتها ببعض المتغيرات
36	المبحث الثاني: البدانة
37	أولاً: تعريف البدانة
39	حجم انتشار البدانة
40	ثانياً: أنواع البدانة
43	ثالثاً: طرق تشخيص البدانة
44	رابعاً: أسباب البدانة
50	خامساً: أضرار البدانة
53	سادساً: نظريات البدانة
60	سابعاً: الوقاية من البدانة وعلاجها
71	المبحث الثالث: الإرشاد النفسي
72	أولاً: تعريف الارشاد النفسي وأهدافه
76	ثانياً: مناهج وأسس الارشاد النفسي
79	ثالثاً: نظريات الارشاد النفسي
83	رابعاً: الارشاد الجماعي
85	خامساً: الارشاد المعرفي السلوكي لمرضى البدانة
	الفصل الثالث
	البحوث والدراسات السابقة
91	تمهيد

الصفحة	الموضوع
91	دراسات تناولت البدانة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية
92	دراسات تناولت فاعلية برنامج معرفي سلوكي في علاج البدانة
98	دراسات تناولت برامج لتنمية الكفاءة الذاتية لدى مرضى البدانة
101	تعقيب على الدراسات السابقة
105	الفائدة من الدراسات السابقة
106	مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة
107	فرضيات الدراسة
	الفصل الرابع إجراءات الدراسة
110	تمهيد
110	منهج الدراسة
111	مجتمع الدراسة
111	عينة الدراسة
120	أدوات الدراسة
133	البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي
172	مخطط جلسات البرنامج
174	صعوبات الدراسة
174	الخطوات الإجرائية للدراسة
175	الأساليب الإحصائية
	الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشتها
178	تحليل خصائص العينة
197	الوصف الإحصائي لمقياس الكفاءة الذاتية وابعاده
226	ملخص عام لنتائج الدراسة

الصفحة	الموضوع
230	التوصيات
231	المقترحات
232	قائمة المراجع
233	أولاً: المراجع العربية
245	ثانياً: المراجع الأجنبية
251	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
111	عدد الحالات المسجلة بمراكز تخفيف الوزن داخل مدينة الزاوية - ليبيا	1
113	توزيع عينة الدراسة بحسب العمر	2
113	توزيع عينة الدراسة بحسب الوزن	3
114	توزيع عينة الدراسة بحسب الطول	4
115	توزيع عينة الدراسة بحسب مؤشر كتلة الجسم	5
115	توزيع عينة الدراسة بحسب المستوى التعليمي	6
116	توزيع عينة الدراسة بحسب المهنة	7
117	توزيع عينة الدراسة بحسب الحالة الاجتماعية	8
117	المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة t لدلالة الفروق في المتوسطات بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في العمر، الوزن، الطول، ومؤشر كتلة الجسم	9
118	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في القياس القبلي	10
119	تصميم الدراسة شبه التجريبية	11
124	الفقرات التي تم تعديلها أو حذفها من قبل الساده المحكمين	12
126	توزيع أرقام الفقرات على ابعاد المقياس	13
127	درجات الارتباط بين أبعاد المقياس محل الدراسة	14
128	تشبع كل بعد بالعامل العام (المقياس الكلي)	15
129	اختبار الثبات لمقياس البعد الاجتماعي باستخدام معامل ألفا كورنباخ	16
129	اختبار الثبات لمقياس البعد الوجداني باستخدام معامل ألفا كورنباخ	17

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
130	اختبار الثبات لمقياس بعد ممارسة التمرينات الرياضية باستخدام معامل ألفا كورنباخ	18
131	اختبار الثبات لمقياس بعد العادات الغذائية باستخدام معامل ألفا كورنباخ	19
131	اختبار الثبات لمقياس بعد عادات النوم باستخدام معامل ألفا كورنباخ	20
132	اختبار الثبات لمقياس بعد سلوكيات الوقاية الصحية باستخدام معامل ألفا كورنباخ	21
151	نموذج ضبط المثيرات	22
157	نموذج لتسجيل الوجبات الغذائية	23
161	نموذج تقييم مستوى النشاط	24
162	نموذج معدل المشي	25
171	النسب المئوية لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في الاختبار البعدي وما حققه من نقص في الوزن	26
172	مخطط لجلسات البرنامج وعناوينها والزمن المستغرق والفنيات المستخدمة	27
178	الأهمية النسبية لل فقرات الخاصة بمحور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات	28
180	التوصيف الإحصائي الخاص بمحور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات	29
181	الأهمية النسبية لل فقرات الخاصة بمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدي البدنيات	30
183	التوصيف الإحصائي الخاص بمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدي البدنيات	31

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
184	الأهمية النسبية لل فقرات الخاصة بمحور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات	32
186	التوصيف الإحصائي الخاص بمحور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدي البدينات	33
188	الأهمية النسبية لل فقرات الخاصة بمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات	34
189	التوصيف الإحصائي الخاص بمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدي البدينات	35
191	الأهمية النسبية لل فقرات الخاصة بمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات	36
192	التوصيف الإحصائي الخاص بمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدي البدينات	37
194	الأهمية النسبية لل فقرات الخاصة بمحور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات	38
195	التوصيف الإحصائي الخاص بمحور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات	39
197	الوصف الإحصائي لمقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في المجموعة الضابطة	40
198	الوصف الإحصائي لمقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في المجموعة التجريبية	41
202	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار القبلي والاختبار البعدي	42

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
203	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار القبلي واختبار اثناء البرنامج	43
205	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار القبلي والاختبار البعدي	44
208	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار القبلي والاختبار التتبعي	45
209	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار اثناء البرنامج والاختبار البعدي	46
210	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار اثناء البرنامج والاختبار التتبعي	47
212	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي والاختبار التتبعي	48
214	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي	49
216	معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين درجات المجموعة الضابطة علي مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم)	50
217	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وفق المستوى التعليمي	51
218	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة علي مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وفق المهنة	52

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
219	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وفق الحالة الاجتماعية	53
221	معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم)	54
222	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وفق المستوى التعليمي	55
223	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وفق المهنة	56
225	اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وفق الحالة الاجتماعية	57

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
17	أبعاد الكفاءة الذاتية	1
56	نموذج المعتقدات الصحية	2
57	نموذج السلوك المخطط	3
59	نموذج مراحل التغيير	4

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
252	اسماء الأساتذة المحكمين لمقياس الكفاءة الذاتية	1
253	اسماء الأساتذة المحكمين للبرنامج الإرشادي	2
254	مقياس آراء المحكمين	3
258	الصياغة النهائية لمقياس الكفاءة الذاتية	4
262	استمارة تقييم الجلسة	5
263	قائمة التقدير	6
267	استمارة تقييم إستعدادك لتغيير السلوك	7
268	كيفية الإستعداد لتغيير السلوك	8
269	نموذج القبول والتغيير	9
271	نموذج حل المشكلات	10
272	نصائح غذائية	11
274	نموذج مراقبة مستوى نشاطك	12
275	قائمة فحص صعوبات وعوائق فقد الوزن	13
276	نموذج موازنة الطاقة	14
277	نموذج خطة المحافظة على الوزن	15
278	التقييم النهائي للبرنامج	16

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

مقدمة.

مشكلة الدراسة.

أهداف الدراسة.

أهمية الدراسة.

متغيرات الدراسة.

فرضيات الدراسة.

حدود الدراسة.

مصطلحات الدراسة.

مقدمة :

يشهد عصرنا اليوم زيادة مطردة في عدد المرضى الذين يعانون الأمراض المهددة لحياتهم ومن هذه الأمراض مرض البدانة، فهي منتشرة في الدول المتقدمة والنامية ولدى مختلف الفئات العمرية ونتيجة لانتشارها السريع أصبحت تحظى باهتمام متزايد في مجال البحوث النفسية لما لها من أضرار نفسية على الفرد.

وترجع أسباب البدانة إلى عوامل متعددة، والتي من أهمها: الأسباب الوراثية، العوامل الفسيولوجية والعوامل النفسية والانفعالية للفرد، التغيرات في نمط الحياة والسلوكيات المتبعة، توفر الأغذية الدسمة، قلة ممارسة النشاط البدني، التقدم التقني في صناعة الآلة، أجهزة التحكم عن بعد، وتقنية المواصلات... وغيرها.

ولا تعد البدانة مجرد أمر يتعلق بزيادة الوزن فقط لكنها تمثل خطراً يهدد الصحة ومصدراً للعديد من المشكلات الصحية الخطيرة التي قد تعرض حياة الإنسان للموت المبكر إذ قد تسبب في إصابته بالأمراض المزمنة كالسكري وضغط الدم وأمراض القلب وأمراض الكبد وتصلب الشرايين والجهاز التنفسي والآم الظهر والمفاصل.... وغيرها. إضافة إلى أنها تؤثر تأثيراً ملحوظاً في مظهر الجسم، مما يؤدي إلى إصابة الأفراد بالعديد من المشكلات النفسية وهو ما يؤثر في بنية المجتمع وإهدار ميزانياته.

ويؤثر مظهر الجسم وتناسقه إيجابياً في رؤية الفرد لنفسه، لأن ذلك يدعو غالباً إلى استجابات القبول والرضا ويزيد من الكفاءة الذاتية للفرد التي تدفع به إلى التجاوب مع قدراته وحل مشكلاته.

حيث تعد الكفاءة الذاتية الآلية النفسية الفعالة التي من خلالها يحافظ الفرد على صحته ويحقق أفضل صحة، فالدور الذي تلعبه هذه الكفاءة في مجال البدانة والذي يتمثل أساساً في تزويد الفرد بالإرادة الضرورية والطاقة النفسية اللازمة للتخلص من العادات الحياتية المدمرة للصحة عبر استبدالها بسلوكيات صحية سليمة. هذا وتظهر العديد من المشكلات الصحية نتيجة إتباع الأفراد أسلوباً حياتياً غير صحي حيث تلعب الكفاءة الذاتية دور تصحيح العادات الصحية المتبعة عن طريق ممارسة عادات صحية سليمة.

وتؤثر المتغيرات المعرفية في القرارات المتعلقة بتبني سلوكيات صحية أو غير صحية، فقد ركز العديد من أخصائيين علم النفس على متغير الكفاءة الذاتية (Self efficacy)

لصلتها الوثيقة بعدد من الموضوعات التي يدرسونها، والتي من أهمها البدانة، حيث يعد هذا المفهوم من أهم النماذج الاجتماعية المعرفية المتعلقة بالسلوك الصحي. (ترول، 2007: 773)

فالكفاءة الذاتية تؤثر في السلوك فتظهر عن طريق اختيار الأفراد عادةً للنشاطات التي يشعرون أنها ستكون ناجحة في أثناء قيامهم بالجهد والإصرار، فيميل الأفراد إلى بذل جهد كبير في النشاطات والسلوكيات التي يرون أنهم قادرين على تحقيقها. فكلما زادت معرفة الفرد بحدود قدراته زادت كفاءته بالتفاعل مع مواقف الحياة المختلفة وبدون مشكلات أو صراعات نفسية.

وتعد الكفاءة الذاتية ذات أهمية بالنسبة إلى العوامل الدافعية والإرادة عند القيام بسلوك ما، فبالنسبة للدافع تقوم الكفاءة الذاتية بتوجيه اختيار المتطلبات والقرارات فيما يتعلق باستراتيجيات التغلب، أما بالنسبة للإرادة تؤثر الكفاءة الذاتية في الجهد الذي سيبدله الفرد، ومدى قدرته على التحمل في أثناء التغلب على مشكلة ما. (رضوان، 1997: 26)

إن إدراك الأفراد لكفاءتهم يؤثر في الخطط التي يعدونها، فالأفراد الذين لديهم إحساس مرتفع بالكفاءة الذاتية يرسمون خططاً ناجحة توضح الخطوط الإيجابية المؤدية للإنجاز، في حين يميل الذين يحكمون على أنفسهم بعدم الكفاءة إلى رسم خطط فاشلة، فكلما زادت الكفاءة الذاتية لدى الفرد ارتفعت الأهداف التي يضعها لنفسه، وزاد إصراره على تحقيق تلك الأهداف، وإن الأفراد الذين يتقون بقدرتهم على حل المشكلات يكونون على كفاءة عالية في تفكيرهم التحليلي للمواقف المعقدة لصناعة القرارات، في حين يكون على عكس ذلك الأفراد الذين يعانون شكوكاً ذاتية في كفاءتهم. (عبد الرحمن، 1998: 340، 341)

ويركز الإرشاد المعرفي السلوكي للبدانة على تعديل عادات الأكل غير الصحي، وعلى الأفكار الخاطئة لدى البدناء، كما يركز على زيادة النشاط البدني والرياضي بحيث يصبح نمط الحياة صحي. فمن الواجب وضع خطط علمية منهجية متنوعة لعلاج هذه المشكلة المؤثرة على أعلى ما يملكه الإنسان وهي صحته التي بدورها تؤثر في إنتاجيته وسعادته وحياته النفسية والاجتماعية.

وتسعى هذه الدراسة إلى إعداد برنامج معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات.

مشكلة الدراسة :

تعد مشكلة البدانة من المشكلات المهمة التي يعاني منها الإنسان المعاصر وتحتل مرتبة الصدارة، حيث حذر خبراء دوليون في مجال البدانة بمنظمة الصحة العالمية من انتشار البدانة بصورة كبيرة في العالم تصل إلى حد الكارثة وتعد أزمة عالمية، حيث تزداد الإصابة إلى الضعف كل 5 سنوات. (ملجم، 2006: 17)، وهي من أكثر ثاني الأسباب المؤدية للوفاة، وبحلول عام 2025 ستصبح أولى المشكلات الصحية على مستوى العالم، فوفقاً لما أعلنه المركز القومي للإحصاءات الصحية فإن هناك 17,1% من الأطفال والراشدين من ذوي الوزن الزائد، الأمر الذي صاحبه مشاكل صحية كبيرة وشعور عام بالضيق والاكتئاب والعديد من المشاكل النفسية. (مصطفى، 2020: 103)

وحذر البنك الدولي في عام 2020 من البدانة في ليبيا وتبعاتها الصحية والاقتصادية، مؤكداً أن أكثر من ثلثي النساء بالبلاد مصابات بهذا المرض، حيث تعاني نسبة 72% من الليبيات من تلك الظاهرة.

في حين كشف مرصد دولي سنة 2022 عن ارتفاع معدلات البدانة في ليبيا ما جعلها تحتل المرتبة 38 عالمياً من ضمن 200 دولة في العالم و9 عربياً بنسبة 25%، بسبب نوعية الغذاء الذي يتناوله السكان، أو من حيث عدم ممارسة الرياضة والنشاط البدني.

<https://alwasat.ly>

ويشكل توجه أفراد المجتمعات بخاصة الإناث نحو النحافة مصدر معاناة للبدنيات نظراً لوجود عوائق كثيرة تقف حائلاً بينهن وبين إمكانية علاج بدانتهم، وما ينتج عن ذلك من مشكلات صحية ونفسية واجتماعية متعددة. ويشمل هذا إدراكهن لتأثير الرسائل المجتمعية بخصوص النحافة في حياتهن، فهن يتلقين رسائل لا تنتهي عن صورة أجسامهن من مصادر كثيرة كالوالدين، والأصدقاء، والأخوة، والزملاء، والإعلانات في المجالات والإذاعات، والأزياء والموضة وكل هذه الضغوط تؤدي إلى شعورهن بعدم الرضا عن أجسامهن ومحاولة التغيير سعياً إلى الوصول للنحافة. (فايد، 1999: 181)

فالبدانة لا تعد مشكلة طبية فقط بل مشكلة نفسية أيضاً، وتتطلب المعايير الجمالية حداً أدنى من دهون الجسم، لذلك ينظر إلى البدناء على أنهم غير جذابين جسدياً، إضافة إلى عدّهم

مسؤولين عن عدم جاذبيتهم، حيث يَكون البدناء صورة سلبية عن أجسامهم، وينظرون إلى أنفسهم على أنهم أضخم مما هم عليه بالفعل. (ليندزاي وجابول، 2000: 604)

ولقد بينت الدراسات السابقة التي أجريت على البدانة ظهور العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية من أهمها: عدم تقبل الذات، وسوء التوافق النفسي والاجتماعي، والشعور بالاغتراب عن الذات والآخرين وانخفاض الكفاءة الذاتية. (شكير، 2002: 78-81)

ولقد لاحظت خلال زيارتي إلى مراكز تخفيف الوزن تسرب بعض البدينات واللاتي يستمرن يغلب عندهن الغياب والإهمال على مستوى التدريب، الأمر الذي يؤثر في تخفيف الوزن تأثيراً سلبياً، وبعض من حققن نجاحاً في إنقاص الوزن يستعدن أوزانهن بعد مدة زمنية قد تطول أو تقصر وقد يعود ذلك إلى أسباب متعددة من بينها عدم شعور البدينات بالكفاءة الذاتية مع أنها تعد عاملاً مهماً لمواجهة مشكلة البدانة إذ تدفعهن للتصرف بطريقة أكثر فاعلية وقدرة على مواجهة الصعوبات واتخاذ القرارات، وارتفاع الدافعية لتغيير نمط الحياة ومواجهة المعوقات التي تقف بوجه التغيير والثقة بالنفس ووضع أهداف مستقبلية ذات مستوى عالٍ والسعي إلى تحقيقها لتخفيف الوزن. وبالمقابل يرتبط الشعور بانخفاض الكفاءة الذاتية بالعجز والقلق وانخفاض مفهوم الذات وامتلاك أفكار تشاؤمية بخصوص مدى القدرة على التغيير وتعديل البيئة والظروف المحيطة بمشكلة البدانة.

حيث أشارت دراسة (Richman) إلى وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وفقدان الوزن. (Richman. et,al, 2001,p 912)، فالبدناء الذين تسيطر عليهم الشكوك الذاتية يتوقعون فشل جهودهم لتعديل المواقف التي يمرون بها ويقومون بتغيير طفيف في بيئتهم وإن كانت مليئة بالفرص المحتملة، في حين أن من يمتلكون اعتقاداً راسخاً في كفاءتهم الذاتية، يتوصلون إلى طريقة لممارسة السيطرة على بيئتهم وإن كانت قليلة الفرص وكثيرة المعوقات، ويضعون لأنفسهم أهدافاً مليئة بالتحدي. (العتيبي، 2008: 34)

ولقد اهتم المعالجون النفسيون بمشكلة البدانة وحددوها على أنها مشكلة معرفية سلوكية، ناتجة عن عوامل بيئية، تهيئ الأفراد لزيادة الأكل وقلّة النشاط، وصمّموا برامج لإنقاص الوزن، لاقت قبولاً وشهرة عظيمين. وحققّت نتائج واعدة، جعلت من العلاج المعرفي السلوكي العلاج الأفضل في هذا المجال. (أبو عليان، 1994: 4-5)

وقد اثبت العلاج المعرفي السلوكي كفاءته في علاج البدانة، حيث أسفرت نتائج الدراسات عن انخفاض متوسط في الوزن يصل إلى حوالي (10%) عن الوزن في بداية العلاج، وهذا القدر من الانخفاض في الوزن يعتقد أنه ينتج عنه فوائد صحية ذات دلالة وفوائد نفسية أيضاً. (كوبر، 2009: 16)

لذا من الضروري دراسة هذه الظاهرة (البدانة) وإيجاد برامج لتنمية بعض الجوانب النفسية التي تتعلق بآمال البدينات نحو تخفيف وزنه وتحسين مظهرهن الجسدي لأن الكفاءة الذاتية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بهذه الآمال. وأن إدراك الفرد بأنه يتمتع بالكفاءة الذاتية يجعله يقوم بإحداث تغيير في نمط حياته، والحفاظ على هذه التغييرات على المدى البعيد. وتعد الكفاءة الذاتية محددًا رئيسياً لممارسة السلوك الصحي، واعتقاد الفرد بأنه لا يستطيع تغيير عاداته بالشكل السليم هو أمر يمنعه من محاولة التغيير.

ونظراً للاعتبارات السابقة، فإنه من الأهمية أن نولي اهتماماً لظاهرة البدانة من خلال إلقاء الضوء على أبرز العوامل المؤثرة والمرتبطة بهذه الظاهرة والمتمثلة في الكفاءة الذاتية بهدف معرفة ما إذا كان بالإمكان تنميتها باستخدام بعض الفنيات المعرفية والسلوكية. ويمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

ما مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى

البدينات؟

أهمية الدراسة:

أن لتنمية الكفاءة الذاتية للبدينات أهمية كبيرة، فعندما ترتفع كفاءتهن يشعرن بالثقة في أنفسهن، حيث تؤثر تنميتها في الأداء الفعلي وزيادة المثابرة والرضا، كما أنها تساعد في تغيير نمط حياتهن وممارسة الرياضة وتنظيم الغذاء سعياً إلى تخفيف أوزانهن والقدرة على التغلب على مشكلاتهن والتحكم في أمور الحياة. وهي مؤشر لقدرتهن على مواجهة الأحداث الضاغطة بكفاية واقتدار وعندما تكون الكفاءة منخفضة فلن يوجد هذا الدافع. وهكذا نجد أن تنمية الكفاءة يمكن أن يعزز الإحساس بالقوة والجدارة الذاتية ويجعل البدينات أكثر رغبة في المخاطرة والسعي إلى مزيد من التحديات، وعندما يتغلبن على هذه التحديات يزداد إحساسهن بقوة كفاءتهن الذاتية.

وتكمن أهمية الدراسة في ناحيتين هما:

- الناحية النظرية:

- 1- تأتي أهمية الدراسة من زيادة نسبة انتشار البدانة سنوياً في العالم لدى جميع الأفراد من كلا الجنسين وبخاصة عند الإناث.
- 2- أنها تتناول متغير الكفاءة الذاتية الذي يؤثر على الصحة النفسية للبدينات وإنتاجيتهن، وكذلك لأهمية دورها الإيجابي في مواجهة مشكلة البدانة.
- 3- أهميه الفئة التي تشملها الدراسة وهن البدينات، فهن يولين أهمية كبيرة لمظهرهن الجسمي ويظهرن عدم الرضا عن أوزانهن أكثر من الرجال الأمر الذي يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية لديهن.
- 4- ندرة الدراسات العربية وبخاصة الليبية التي أجريت في مجال إرشاد وعلاج البدينات عامة وتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لديهن بخاصة، مما يجعل الموضوع يتمتع بالجدة. حيث تقوم هذه الدراسة بسد هذا النقص وستفتح المجال لمزيد من البحوث والدراسات المستقبلية في ضوء متغيرات أخرى.

- الناحية التطبيقية:

- 1- أهمية الدراسة من حيث تناولها أسلوباً إرشادياً لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات من خلال تطبيق فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي.
- 2- أهمية الجانب التطبيقي لهذه الدراسة الذي يمثل بمحتواه قاعدة بداية لإعداد البرامج النفسية التي من شأنها تحقيق أقصى ما يمكن أن تحققه من العلاجات الصحية الجسمية والنفسية للبدينات.
- 3- قد يكون لهذه الدراسة من الناحية التطبيقية قيمة نفسية واجتماعية تفيد الاخصائيين والعاملين بمراكز علاج البدانة لتحسين الخدمات والمعلومات التي تقدم إلى البدناء.
- 4- قد تسهم في إثراء المكتبة العربية حيث ستضيف لقائمة الاختبارات والمقاييس النفسية مقياساً جديداً لقياس الكفاءة الذاتية.
- 5- تعد هذه الدراسة محاولة أولى في المجتمع العربي الليبي - حسب علم الباحثة - للتعرف على مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات.

6- تكمن أهمية الدراسة في أن العديد من الكتب والبحوث درست البدانة من الناحية الطبية والتغذية، كما درست العديد من البحوث الكفاءة الذاتية وأثرها في النواحي الاجتماعية والنفسية والأكاديمية، لكن ندرة البحوث التي تجمع بين الكفاءة الذاتية والبدانة، خاصة من حيث إعداد برامج لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية يجعل من هذا البحث مدخلاً لإبراز مشكلة مهمة مازالت البحوث والدراسات تجرى لإيجاد الحلول لها.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- تصميم برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات.
- التحقق من فاعلية هذا البرنامج في تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى هؤلاء البدنيات.
- معرفة مدى ثبات فاعلية البرنامج بعد شهرين (قياس تتبعي).

متغيرات الدراسة:

تتمثل متغيرات الدراسة في التالي:

- 1- المتغير المستقل (**Variable Independent**): يتمثل في البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي الذي يسعى إلى تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات .
- 2- المتغير التابع (**Dependent Variable**): هي التغيرات التي حصلت لدى أفراد العينة المتعلقة بتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية والذي تم قياسها من خلال الأداة المستخدمة في هذه الدراسة.
- 3- المتغيرات الوسيطة (**Extraneous Variables**): تتمثل في الجنس، العمر، الوزن، الطول، مؤشر كتلة الجسم، المهنة، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي.

حدود الدراسة:

تقتصر هذه الدراسة على الحدود التالية:

- 1- الحدود الموضوعية: استخدمت الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي لاختبار مدى فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات.

- 2- **الحدود البشرية:** اقتصررت هذه الدراسة على عينة من البدينات اللاتي تم اختيارهن وفقاً لمؤشر كتلة الجسم (B. M. I) وتراوحت أعمارهن ما بين (18 - 52) سنة.
- 3- **الحدود المكانية:** البدينات المترددات على مراكز تخفيف الوزن بمدينة الزاوية - ليبيا.
- 4- **الحدود الزمنية:** تحددت الدراسة بالفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسة الميدانية وتطبيق البرنامج الإرشادي وتتمثل بالفترة الممتدة من (26 - 4 - 2014) إلى (14 - 6 - 2014).

مصطلحات الدراسة:

يمكن تحديد مصطلحات الدراسة في المفاهيم التالية:

1- البدانة Obesity:

حالة تتصف بتجمع مفرط من الشحوم الاحتياطية وتسبب هذه الشحوم زيادة في وزن الجسم أكثر من (10 - 20 %) من الوزن المثالي المعطى وفق الجداول القياسية العالمية. (لطيفة، 1991: 6)

التعريف الإجرائي للبدانة: هي الدرجة التي تحصل عليها المفحوصة على مقياس مؤشر كتلة الجسم (BMI).

2- الكفاءة الذاتية (Self Efficacy):

يعرفها باندورا (Bandura) بأنها مجموعة من الاعتقادات التي تدور حول قدرة الفرد على تنظيم مجموعة من الأفعال والقيام بأداء السلوكيات والأدوار المطلوبة لتحقيق الأهداف المرجوة منه بنجاح في وقت محدد مثل الوصول للوزن المثالي. (شويخ، 2009: 146)

التعريف الإجرائي للكفاءة الذاتية: هي الدرجة التي تحصل عليها المفحوصة على مقياس الكفاءة الذاتية المستخدم في هذه الدراسة.

3- البرنامج الإرشادي:

هو برنامج يهدف إلى إعادة تنظيم بنية العمليات الفكرية والإدراكات الحسية، والمواقف الخاطئة وغير المتكيفة والتي بنى عليها الفرد مشاعره ومسالكه المضطربة، وعواطفه غير المتوازنة. (عزب، 2005: 963)

التعريف الإجرائي للبرنامج: مجموعة من الإجراءات والتقنيات المعرفية والسلوكية التي تساعد البدينات على تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول: الكفاءة الذاتية.

المبحث الثاني: البدانة.

المبحث الثالث: الارشاد النفسي.

المبحث الأول

الكفاءة الذاتية

أولاً: ماهية الكفاءة الذاتية

1-تعريف الكفاءة الذاتية

2-أنواع الكفاءة الذاتية

3-أبعاد الكفاءة الذاتية

4-مصادر الكفاءة الذاتية

5-العوامل التي تؤثر في الكفاءة الذاتية

6-نظرية الكفاءة الذاتية

ثانياً: تأثير الكفاءة الذاتية في السلوك

ثالثاً: الكفاءة الذاتية وعلاقتها ببعض المتغيرات

تمهيد:

يعد مفهوم الكفاءة الذاتية من المفاهيم المهمة في علم النفس الحديث والتي وضعها باندورا (Bandura)، كمفهوم معرفي يسهم في تغيير السلوك، وهي مؤشر لمدى قدرة الفرد على التحكم في أفعاله الشخصية.

ويرى باندورا (Bandura, 1997, p 37) أن المعتقدات الشخصية حول الكفاءة الذاتية تعد المفتاح الرئيس للقوى المحركة لسلوك الفرد، لأن السلوك الإنساني يعتمد بشكل أساسي على ما يعتقد الفرد عن خلفيته، وتوقعاته وعن مهاراته السلوكية المطلوبة للتفاعل الناجح مع أحداث الحياة. والكفاءة الذاتية تعمل كمعينات ذاتية، أو كمعوقات ذاتية في مواجهة المشكلات. فالفرد الذي لديه إحساس قوي بكفاءته الذاتية يركز جلّ اهتمامه عند مواجهته لمشكلة ما على تحليلها بغية الوصول لحلول مناسبة لها. أما إذا تولد لديه شك في كفاءته سوف يتجه تفكيره نحو الداخل بعيداً عن مواجهة المشكلة فيركز على جوانب الضعف في الكفاءة وتوقع الفشل.

فكلما ارتفعت قناعة الفرد واعتقاده أن لديه قدرات تمكنه من حل المشكلات بطرق علمية، ارتفعت دافعيته لتحويل هذه القناعات والقدرات التي يمتلكها إلى سلوك واقعي ذي كفاءة. سيتم فيما يلي تسليط الضوء على بعد الكفاءة الذاتية باعتبارها من المتغيرات الأساسية التي لها علاقة بالسلوكيات الصحية لدى مرضى البدانة، فحسب نظرية الكفاءة الذاتية لباندورا (Bandura) فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية الكفاءة الذاتية والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الإيجابية، أي عندما تصبح الكفاءة الذاتية متغيراً أساسياً في النشاط الفيزيولوجي والصحي للفرد. (رزقي ووناس، 2018: 224)

أولاً: ماهية الكفاءة الذاتية:

1- تعريف الكفاءة الذاتية:

حظى مفهوم الكفاءة الذاتية باهتمام العديد من العلماء والباحثين والمشتغلين في مجالات علم النفس، وبخاصة علم النفس الصحي، العيادي، الإكلينيكي، والإرشاد النفسي، وتبعاً لذلك جاءت تعريفات الكفاءة الذاتية متعددة ومتنوعة، وفيما يلي عرضاً لبعض التعريفات:

يعرفها باندورا (Bandura,1977, p.79) صاحب نظرية الكفاءة الذاتية بأنها: حكم يكونه الفرد عن قدراته على تنظيم وتأدية مجموعة من الأفعال المطلوبة لتحقيق أنماط معينة من الأداء. وهي سمة من سمات الفرد الشخصية تجعله قادراً على التوقع بإمكانية نجاحه في موقف معين بتقييمه للسلوك المطلوب منه للحصول على النتائج المرجوة.

ويرى مادوكس (Maddux, 1998: p.79) أن الكفاءة الذاتية هي: اعتقاد الفرد بقابليته العامة على عمل الأشياء التي ستوصله إلي ما يريده في الحياة.

في حين يرى شل وآخرون (Sell et.al) أنها: مدى ثقة الفرد في قدرته على تنظيم واستخدام مهارته المعرفية والسلوكية والاجتماعية اللازمة لأداء المهام بنجاح. (البلوي، 2009: 23)

ويعرفها ريجير (Regehr,2000,p.334) بأنها: تشير إلى عملية معرفية تحدث توقعات يتمكن الفرد بموجبها من حل المشكلات ومواجهة التحديات الجديدة.

وعرف هيلريج (Hellrieger. et al,2001: pp.102-105) الكفاءة الذاتية بأنها: ان يكون الأفراد على ثقة بإمكاناتهم في أداء المهمة المناطة اليهم. ويشير جيليهان (Gillihan,2002: 33) إلى الكفاءة الذاتية بأنها: اعتقادات الفرد في قدرته لإنتاج مهمة معينة.

كما يعرفها ميرب وكوستا (Maeraep& costa :2003 ،51) بأنها: قدرة الفرد على إدارة الذات، وأن يكون بارعاً، فعالاً، مستعداً للتعامل مع الحياة وظروفها.

ويشير الصبوة والدق (2009، 278) إلى ان الكفاءة الذاتية هي: معتقدات الفرد في قدراته على تنظيم سلسلة من الأفعال المطلوبة وأدائها لإحداث الأهداف المرغوبة.

ويرى خليل (2010: 46) أنها: "اعتقاد الأفراد فيما يتعلق بقدرتهم على الأداء في المجالات المتنوعة، ويكون الفرد أكثر معرفة بنفسه إذا كانت لديه المقدرة على إحراز الهدف، وهي تؤثر على الأهداف البعيدة والمتصلة بالقدرة على إنجاز السلوك وتعتمد إلي حد ما على قدرة الفرد ولكن ليست مرادفة لمفهوم القدرة".

أما بني خالد (2010: 417) فيعرفها بأنها: أحكام الفرد المتعلقة بقدرته على تنظيم أنماط من الأنشطة المرغوبة وتنفيذها لتحقيق مستويات محددة من الأداء.

في حين الدليمي (2012: 5) تعرفها بأنها: معارف قائمة حول الذات تحتوي على توقعات ذاتية حول قدرة الفرد في التغلب على مواقف ومهام مختلفة في حياته بصورة ناجحة. يعرفها الزغبى (2014: 475) بأنها: حالة دافعية يتم من خلالها قياس التقدير الذاتي للفرد، على تنفيذ أعمال معينة لتحقيق أهدافه، واعتقاداته حول ما يمكنه القيام به، وتمثل المحور المعرفي للعمليات.

ويراها رزقي ووناس (2018: 232) أنها: معتقدات الأفراد حول قدراتهم على ضبط الأحداث التي تؤثر على حياتهم، ومدى اعتقادهم واستعدادهم لتطبيق ما لديهم من مهارات معرفية وسلوكية واجتماعية من أجل التعامل مع الصعوبات، ومواجهة الأحداث والسيطرة عليها. في حين أن السيد (2021: 204) ترى أنها: بمثابة القوة الدافعة للسلوك وهي تعني مزيد من الجهد المبذول والموجه نحو الهدف ولها مردود إيجابي .

يتضح مما سبق أن الباحثين قد عرفوا الكفاءة الذاتية بتعريفات مختلفة – شأنها شأن أي مصطلح نفسي – طبقاً لاختلاف وجهة نظرهم ومدارسهم، إلا أنها تكاد تتفق جميعها على أن الكفاءة الذاتية هي معتقدات الفرد عن قدرته لإنجاز سلوك معين بنجاح. ويؤثر على أنماط التفكير والخطط التي يضعها الفرد وعلى مثابرتة ومقدار الجهد والطاقة المبذولة لمواجهة العوائق والعقبات وحل المشكلات، وقدرته على استخدام إمكانياته المعرفية ومهاراته الاجتماعية والسلوكية الخاصة بالمهمة، حيث تتضح الكفاءة الذاتية من خلال ثقة الفرد بنفسه وقدراته علي أداء الأعمال المطلوبة منه بإتقان وحل مشكلاته بنجاح.

وحسب الدراسة الحالية ترى الباحثة أن الكفاءة الذاتية هي: اعتقادات البديئات حول إمكانياتهن لإنتاج المستويات المحددة للأداء التي تمارس تأثيراً في الأحداث المؤثرة في حياتهن. والإيمان بقدرتهن على تحدي العقبات وأن يقلعن عن سلوك معين بنجاح ويحققن النتيجة المطلوبة.

2- أنواع الكفاءة الذاتية:

يمكن تصنيف الكفاءة الذاتية إلى عدة أنواع منها:

أ- الكفاءة الثقافية **Population efficacy**:

ترتبط الكفاءة الثقافية بأحداث لا يستطيع الأفراد السيطرة عليها مثل انتشار تأثير التكنولوجيا الحديثة، والتغير الاجتماعي السريع في أحد المجتمعات، والأحداث التي تجري في

أجزاء أخرى من العالم والتي يكون لها تأثير على من يعيشون في الداخل، كما تعمل على إكسابهم أفكار ومعتقدات عن أنفسهم باعتبارهم أصحاب قومية واحدة أو بلد واحد. (جابر، 1990: 447)

ب- الكفاءة الجماعية **Collective efficacy**:

يشير فرانك (Frank & Pajares, 1996: 51) إلى أن الكفاءة الجماعية هي مجموعة تؤمن بقدراتها وتعمل في نظام جماعي لتحقيق المستوى المطلوب منها. حيث يعيش الأفراد في جماعات، تواجههم العديد من المشكلات التي تتطلب الجهود الجماعية والمساندة لإحداث التغيير. وإن إدراك الأفراد لكفاءتهم الجماعية يؤثر فيما يقبلون عليه ومقدار الجهد الذي يبذلونه، وقوتهم التي تبقى لديهم إذا فشلوا في الوصول إلي النتائج، وتكمن جذور الكفاءة الذاتية في كفاءة أفراد هذه المجموعة. (أبو هاشم، 1994: 45)

ج- الكفاءة الذاتية العامة **Generalized Self-Efficacy**:

يوضح باندورا (Bandura, 1986: 479) أن الكفاءة الذاتية العامة هي قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج إيجابية في موقف ما، والقدرة على التحكم في ضغوط الحياة التي تؤثر على السلوك، وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أداء المهام والتنبؤ بالجهد والنشاط والمثابرة اللازمة لتحقيق العمل المراد القيام به.

د- الكفاءة الذاتية الخاصة **Specific Self-Efficacy**:

يقصد بها أحكام الأفراد الخاصة والمرتبطة بمقدرتهم على أداء مهمة محددة في نشاط محدد مثل الرياضيات أو اللغة العربية. (أبو هاشم، 1994: 58)

هـ- الكفاءة الذاتية الأكاديمية **Academic Self-Efficacy**:

يشير هذا المفهوم إلي إدراك الفرد لقدرته على أداء المهام التعليمية بمستويات مرغوب فيها، أي تتمثل في مقدرة الفرد الفعلية في موضوعات الدراسة، حيث تتأثر بعدد من المتغيرات منها: حجم الفصل الدراسي، عمر الدارسين، ومستوى الاستعداد الأكاديمي للتحصيل الدراسي. (العزب، 2004: 51)

وأنة يملك من المقومات العقلية المعرفية، والانفعالية الدافعية، والحسية العصبية ما يمكنه من تحقيق المستوى الأكاديمي الذي يرتضيه، محدداً جهوده وطاقاته في إطار هذا

المستوى. حيث تشير الدراسات التي قامت على التصميمات التجريبية إلى أن الكفاءة الذاتية تؤثر على كم وفاعلية الجهد المبذول، وعلى مثابرة الطالب، ومقاومته للإجهاد أو التعب أو الملل، خلال محاولاته لتحقيق الإنجازات أو المهام الأكاديمية التي يستهدفها. (الزيات، 1999: 384)

3- أبعاد الكفاءة الذاتية:

حدد باندورا (Bandura) ثلاثة أبعاد للكفاءة الذاتية مرتبطة بالاداء، وأن معتقدات الفرد عن كفاءته الذاتية تتغير تبعاً لهذه الأبعاد التي يمكن توضيحها كالتالي:

أ- قدر الكفاءة (Magnitude):

ويقصد بها مستوى قوة دوافع الفرد للاداء في المجالات والمواقف المختلفة، وهي تختلف تبعاً لطبيعة أو صعوبة الموقف، ويتضح قدر الكفاءة بصورة أكبر عندما تكون المهام مرتبة وفقاً لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقعات الكفاءة، ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة، ومتوسطة الصعوبة، ولكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها، ومع ارتفاع مستوى فاعلية الذات لدى بعض الأفراد فإنهم لا يقبلون على مواقف التحدي، وقد يرجع السبب في ذلك إلى تدني مستوى الخبرة، والمعلومات السابقة. (أبوهاشم، 1994: 48)

ويؤكد باندورا على أن طبيعة التحديات التي تواجه الكفاءة الذاتية يمكن الحكم عليها من خلال مختلف الوسائل أهمها مستوى الإلتقان، بذل الجهد، الدقة، الإنتاجية، التهديد، ومستوى التنظيم الذاتي المطلوب، حيث إنه من خلال التنظيم الذاتي لم يعد الفرد ينجز أي عمل عن طريق الصدفة ولكن كفاءة الفرد هي التي تدفعه لينجز عمله بطريقة منظمة. (Bandura, 1997: 43-44).

ب- العمومية (Generality):

تشير إلى اتساع مدى الأنشطة والمهام التي يعتقد أو يدرك الفرد أن بإمكانه أداءها تحت مختلف الظروف. فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة بنجاحه في أداء أعمال ومهام مشابهة. وتختلف درجة العمومية باختلاف المحددات التالية: درجة تشابه الأنشطة، والطرق التي نعبر بها عن الإمكانيات أو القدرات السلوكية - المعرفية - الوجدانية، ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف، وخصائص الفرد المتعلقة بالسلوك الموجه. (الزيات، 1999: 392-393)

ج- القوة (Strength):

تحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف، فالأفراد الذين يمتلكون توقعات مرتفعة يمكنهم المثابرة في العمل وبذل جهد أكبر في مواجهة الخبرات الشاقة، بينما توقعات الكفاءة الذاتية الضعيفة يسهل القضاء عليها من قبل الخبرات الفاشلة (Bandura,1977, p.84-85).

ويشير هذا البعد أيضاً إلى عمق الإحساس بالكفاءة الذاتية، بمعنى قدرة أو شدة أو عمق اعتقاد أو إدراك الفرد أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة موضوع القياس، ويتدرج بعد القوة أو الشدة على متصل ما بين قوي جداً إلى ضعيف جداً. (الزيات، 2001: 510)

والشكل التالي يوضح هذه الأبعاد:



شكل (1) أبعاد الكفاءة الذاتية

(Bandura,1977: p44)

نلاحظ مما سبق أن باندورا قد حدد ثلاثة أبعاد للكفاءة الذاتية هي (قدر الكفاءة، العمومية، القوة) فيجب أن يكون لدى الفرد قدر من الكفاءة يمكنه من أداء مهمة ما، وأن نجاحه في الأداء يرفع من الكفاءة الذاتية لديه وتعمم هذه الخبرة على مواقف مشابهة وتزداد المثابرة وبذل الجهد في مواجهة الصعوبات، بينما الإخفاق يؤدي إلى خفضها.

4- مصادر الكفاءة الذاتية:

يشير باندورا (Bandura 1997) إلى أن الكفاءة الذاتية مكتسبة حيث إنها تتعلم وتعزز وتضعف بعامل أو أكثر من العوامل التالية:

أ- الإنجازات الأدائية (Performance Accomplishments):

هي من أكثر المصادر تأثيراً في الكفاءة الذاتية، فالأداء الناجح يرفع توقعات الكفاءة، بينما يؤدي الإخفاق المتكرر إلى انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية. ويرتبط بذلك عدد من الاعتبارات:

أولاً: النجاح في الأداء يرفع الكفاءة الذاتية بما يتناسب مع صعوبة العمل.

ثانياً: الأعمال التي ينجزها الفرد بنفسه أكثر كفاءة من تلك التي يتمها بمساعدة

الآخرين.

ثالثاً: يؤدي الإخفاق إلى انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية، خصوصاً عندما يأتي الإخفاق بعد أن يبذل الفرد أقصى طاقاته في سبيل أداء مهامه أما الإخفاق الذي يأتي عندما لا يبذل الفرد كامل طاقاته في سبيل أداء مهامه، فإن ذلك لا يعمل على خفض مستوى الكفاءة الذاتية لديه. (حنا، 2007: 17)

إن أثر الإنجاز على اعتقادات أو إدراكات الكفاءة الذاتية يتوقف على طبيعة هذه الإنجازات وقيمتها المدركة، ومدى تقدير المجتمع والأفراد المهمين في حياة الفرد لهذه الإنجازات. ويتوقف المدى المحدد لاستقرار وعي الفرد بكفاءته الذاتية من خلال ممارسته للخبرات أو تحقيقه للإنجازات على المحددات التالية:

- فكرته السابقة عن إمكاناته وقدراته ومعلوماته.
- إدراك الفرد لصعوبة المهمة أو المشكلة أو الموقف.
- الجهد الذاتي النشط الموجه بالأهداف.
- حجم أو كم المساعدات الخارجية.
- الظروف التي خلالها يتم الأداء أو الإنجاز.
- الخبرات المباشرة السابقة للنجاح والفشل.
- أسلوب بناء الخبرة أو الوعي بها وإعادة تشكيلها في الذاكرة.
- الأبنية القائمة للمعرفة والمهارة الذاتيتين والخصائص التي تميزها. (الزيات، 1999: 394 - 295).

ب- الخبرات البديلة (Atteinatine Experience):

تتم من خلال ملاحظة أداء الآخرين وهم ينجحون في أعمالهم، أي خبرات الانتصار التي تقدمها النماذج الاجتماعية، فالنمذجة تعني إذا كانوا يستطيعون القيام بذلك يمكنني القيام به أيضاً. ويتضمن هذا الأمر مقارنة الفرد نفسه بالآخرين. رؤية الفرد للأشخاص الذين يشبهونه ينجحون عند بذلهم الجهد المتواصل، تساعد على إعطائه دفعة بحيث يعتقد أنه يمكنه بدوره أن يكون قادراً على التمكن من القيام بمهام مشابهة لتحقيق النجاح، وحين يراهم قد فشلوا في تحقيق العمل، فسيقول مستوى كفاءته الذاتية. (بيروتى، 2010: 45)

والتعلم بالملاحظة يؤتي أفضل ثماره عندما يكون النموذج - الشخص الذي يقوم بالسلوك - مشابهاً للملاحظ في الوضع الاقتصادي والجنس والثقافة والحالة الاجتماعية ولكن عندما يكون النموذج مختلفاً عن الملاحظ فإن المثيرات البديلة تؤثر أدنى تأثير على الكفاءة (Brown & bene,1999:232)

ج- الإقناع اللفظي (Verbal Persuasion):

تتمثل في الإقناع الخارجي للفرد بالقدرة على القيام بسلوك معين، والإقناع اللفظي من مصادر تعديل الكفاءة الذاتية، ولكي يتحقق ذلك يجب أن يكون الفرد مصدر الإقناع ذا مصداقية عالية، وأن يكون النشاط الذي ينصح الفرد بأدائه واقعياً. (البلوي، 2009: 26)

ويرتبط الإقناع اللفظي بالتشجيع والتثبيط، فالأفراد الذين يتم إقناعهم لفظياً أن لديهم القدرة على أداء نشاط ما بكفاءة، يكونون أكثر ميلاً للتحرك بشكل أكبر وبذل مزيد من الجهد والحفاظ عليه، بدلاً من إضمار الشك بالذات والقاء اللوم عليها. (بيروتى، 2010: 45)

د- الاستثارة الانفعالية (Emotional Arousal):

تؤثر البنية الفسيولوجية والانفعالية على الكفاءة الذاتية وعلى مختلف مجالات وأنماط الوظائف العقلية المعرفية والحسية العصبية لدى الفرد وهناك ثلاثة أساليب رئيسية لزيادة إدراكات الكفاءة الذاتية (الزيات، 1998: 400) وهي:

- تعزيز أو زيادة أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية.

- تخفيض مستويات الضغوط والنزعات أو الميول الانفعالية السالبة.

- تصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعترى الجسم.

وتعد العوامل الفسيولوجية أحد المصادر لتعديل المعتقدات الشخصية المتعلقة بالكفاءة الذاتية، ففي المواقف الضاغطة غير المألوفة، عادةً ما يواجه الأشخاص إشارات الضيق النفسي كالارتجاف، الألم، الخوف، الغثيان... الخ.

وتؤثر نظرة الفرد لهذه الاستجابات على كفاءته الذاتية، فإذا ما شعر بالألم في معدته قبل إلقاءه خطاباً عاماً، فقد ينظر الفرد الذي يتصف بقلة الكفاءة الذاتية إلى الألم على أنه دليل على عدم قدرته، مما يقلل من شعوره بالكفاءة أكثر، بالتالي فإن معتقدات الفرد حول معنى استجابته الجسمية (لا الاستجابية بحد ذاتها) تؤثر على شعوره بالكفاءة الذاتية، فتعديل تلك المعتقدات تتمثل في التقليل من ردود الفعل المسببة للضغط النفسي لدى الأفراد وتغيير نزعاتهم الانفعالية السلبية وتعزيز مدركاتهم حول حالتهم الجسمية كما يؤثر المزاج أيضاً على حكم الأفراد على كفاءتهم الذاتية، فالمزاج الإيجابي يعزز الكفاءة الذاتية، أما المزاج المحبط فيقلل منها. (بيروتي، 2010: 45 - 46)

يتضح من العرض السابق أن الإنجازات الأدائية التي تمثل أداء الفرد وخبراته السابقة الناجحة تزيد من الكفاءة الذاتية لديه، بينما الإخفاق المتكرر في ظل بذل الجهد المناسب يؤدي إلى خفض درجة الكفاءة الذاتية. وأن ميل الفرد إلى ملاحظة الآخرين الذين لهم تقدير وكفاءة واهتمام اجتماعي يساهم في مستوى الكفاءة الذاتية مما يؤدي إلى التأثير على النتائج، وإن ملاحظة الأشخاص المحيطين يصلون إلى تحقق أهدافهم يجعل من الممكن فعل ذلك أيضاً. وإن طبيعة معتقدات الفرد حول كفاءته الذاتية ترجع مباشرة إلى طبيعة نظرة الفرد لقدرته أولاً، ثم طبيعة أحاديته الداخلية مع الذات، فإذا كان الفرد مقتنع بقدراته وأدائه ولديه دافعية عالية نحو النجاح فإنه يمتلك كفاءة ذاتية مرتفعة. وإن الإقناع اللفظي من الآخرين له دور مهم في عملية التأثير على الكفاءة الذاتية حيث هناك علاقة تفاعلية بين الإقناع اللفظي والكفاءة الذاتية فقد يساعدنا الآخرون على اكتشاف قدراتنا غير المستثمرة، وتوظيفها وتطويرها.

5- نظرية الكفاءة الذاتية (النظرية المعرفية الاجتماعية):

يرى ألبرت باندورا (Bandura 1977) صاحب هذه النظرية أن البشر لديهم قدرة على ممارسة بعض الضبط على حياتهم، وتدور مفاهيم هذه النظرية لتغيير السلوك حول القدرة على التحكم في سلوك فرد ما أي التحكم الذاتي القابل للتحقيق بفضل تحديد الفرد أهداف معينة لتغيير

سلوكه ومراقبته خلال عملية التغيير، يضاف إلى ذلك أهمية المكافأة الذاتية عند النجاح بتحقيق الأهداف والتدريب على حل المشكلات واتخاذ القرارات وإيجاد طرق أخرى أكثر فاعلية عند الفشل في تحقيق الأهداف أو وضع أهداف جديدة يمكن تحقيقها. (Cullen .et al . 2001: 562)، فالكفاءة الذاتية من المكونات المهمة للنظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا التي تقترض أن سلوك الفرد والبيئة والعوامل الاجتماعية تتداخل بدرجة كبيرة. فوأن السلوك الإنساني يتحدد تبادلياً بتفاعل ثلاثة مؤشرات أطلق عليها نموذج الحتمية التبادلية (Determinism Reciprocal) وهي:

- **العوامل الشخصية:** تطلق على معتقدات الفرد واتجاهاته وقدراته.
- **العوامل السلوكية:** وهي مجموعة الاستجابات الصادرة عن الفرد في موقف ما.
- **العوامل البيئية:** تشمل الأدوار التي يقوم بها المحيطون بالفرد مثل الآباء والأصدقاء والمعلمين. (Zimmerman , 1989: p330)

حيث تشمل الكفاءة الذاتية حكم الفرد على قدرته لأداء مهمة ما، ويأتي هذا الإدراك من الفرد وطبيعة المهمة والأفراد المحيطين به. وتشمل توقعات الكفاءة الذاتية العامة على المواقف العامة التي يمكن لكل فرد المرور بها، بينما تشمل الكفاءة الذاتية الخاصة على مجالات خاصة من المشكلات التي يمكن أن تواجه أفراد معينين مثل ذوي الوزن الزائد والبدانة وغيرهم. (Gist Fmitchell، 1992: 183)، وعلى البدناء الاعتقاد بأن لديهم المهارات المطلوبة لتغيير السلوك (الكفاءة الذاتية) قبل الإقدام على أية خطوة. ولكن الجزء الأساسي والمهم في تطوير المهارات يأتي من التخطيط حيث يعمل المعالج على توفير التوجيهات المطلوبة في هذه المساحة والقيام بتخطيط أكثر فاعلية. (مصيقر، 2006 : 32)

وطبقاً لهذه النظرية فإن هناك ثلاث معارف ترجع قيام الفرد بسلوك صحي معين، وهي:

أ- إدراك التهديد على الصحة.

ب- توقع إن تغيراً سلوكياً سوف يقلل من هذا التهديد (توقعات العواقب).

ج- و توقع الفرد بأنه قادر على إحراز هذا التغيير في السلوك (الكفاءة الذاتية).

وتمدنا النظرية المعرفية الاجتماعية بإرشادات مميزة خاصة بكيفية تعزيز شعور الأفراد بكفاءتهم الذاتية بالطرق التي تدعم صحتهم وصالحهم النفسي. (الدق، 2011: 128-129)

ووفقاً لهذا النموذج يمكن أن نتوقع ممارسة أو تعلم السلوك الصحي عندما تتوفر قناعة لدى الفرد أنه سينجح في تنفيذ السلوك المناسب لتحقيق النتائج الصحية المرغوب فيها، ويقتنع أن نتائج ذلك السلوك سترجع عليه بفائدة كبيرة، وأن سلوك الفرد الاجتماعي يحدث وفقاً لتوقعاته الخاصة بكل من :

- توقعات النتائج.
- الكفاءة الذاتية.

وتطبيقاً لهذا النموذج فإن الكفاءة الذاتية هي الآلية المعرفية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية الاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية Health Functioning وقد تعمل الكفاءة الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية من خلال تأثيرها على:

1. ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.

2. مستوى الجهد الذي قد يبذله للوصول لهدف معين في حياته المهنية أو الشخصية.

3. مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط وتحدياته.

4. مدة المثابرة في وجه الصعوبات والاحباطات المتكررة.

5. طبيعة تفكيره وتصوراتهِ للواقع. (يخلف، 2001 : 35)

أن البحوث والدراسات التجريبية، التي تبنت نظرية الكفاءة الذاتية لباندورا (Bandura) كمنهج علمي في البحث، تعطي حلاً وقائية وعلاجية فعالة للتغلب على المشكلات الصحية، حيث أثبتت بأن هذا النموذج النظري مفيد في تنظيم المعرفة العلمية حول الجوانب النفسية الاجتماعية للصحة، إذ له فوائد علمية وإكلينيكية، فالكفاءة الذاتية تقدم العناصر الأساسية في التدخلات الوقائية والعلاجية في مجال علم نفس الصحة. (عبد العزيز، 2010 : 37-38)

نستخلص من خلال عرضنا للنظرية المعرفية الاجتماعية بأنها تناولت الكفاءة الذاتية في تفسيرها للسلوك الصحي لأهميته في تنفيذ السلوكيات الصحية لكي يحقق الفرد نتائج صحية مرغوبة، فالبدناء يمارسون السلوك الصحي أي إحداث تغيير في النظام الغذائي والنشاط البدني عندما تتوفر لديهم قناعة (كفاءة ذاتية مرتفعة) بأنهم سينجحون في تنفيذ هذه السلوكيات لتحقيق إنقاصا في الوزن.

العوامل التي تؤثر في الكفاءة الذاتية :

ينكون الشعور بالكفاءة الذاتية منذ مرحلة الطفولة وذلك من خلال تعاملنا مع المواقف التي تواجهنا والخبرات التي نكتسبها من تلك المواقف. وهناك العديد من العوامل التي تؤثر في الكفاءة الذاتية نذكرها فيمايلي:

- 1- رسائل الآخرين: يؤدي مديح الآخرين لمنجزات الفرد إلى زيادة اعتقاده بكفاءته الذاتية.
 - 2- نجاح وفشل المجموعة: قد يكون لدى الأفراد كفاءة ذاتية أكبر عندما يعملون ضمن جماعة، مما يعملون منفردين، وبخاصة عندما يحققون النجاح كجماعة.
 - 3- نجاح الآخرين وفشلهم: كثيراً ما يكتسب الأفراد معلومات عن كفاءتهم الذاتية من خلال ملاحظة نجاح وفشل الآخرين ومحاكاتهم، فمن الأفضل ملاحظة خطوات إنجاز العمل لدى أنموذج معين من الأقران، من الخطوة الأولى وحتى الخطوة الأخيرة. وبهذا فإن الأنموذج يُعد حافزاً للآخرين يعبر عن ضرورة المثابرة في بذل الجهود لتحقيق النجاح في الأداء، كما يساعدهم في تعلم الاستراتيجيات التي يستخدمها لاكتساب المهارة وإتقانها.
 - 4- خبرات النجاح والفشل: يشعر الأفراد بثقة كبيرة بقدرتهم على النجاح في عمل معين، أي أن لديهم كفاءة ذاتية عالية إذا كانوا قد نجحوا في أداء هذا العمل، أو عمل مشابه له في الماضي، وإن فشلاً عارضاً لا يقلل من تفاؤله، بل على العكس قد تؤدي خبرات الفشل إلى بذل الجهد والزيادة في النشاط، أي تتشكل الكفاءة الذاتية المرنة لديه. (الصرير، 2007: 35-36)
- وهكذا نجد أن هناك عوامل كثيرة تؤثر في الكفاءة الذاتية وتعمل على تعزيز الإحساس بالقوة والجدارة وتجعل الفرد أكثر رغبة في المخاطرة والسعي إلى مزيد من التحديات، وعندما يتغلب على هذه التحديات يزداد إحساسه بقوة كفاءته الذاتية، حيث أن هذه العوامل تعمل على زيادة الكفاءة الذاتية لدى البدينات وتساعدن في الإقلاع عن السلوكيات غير الصحية والمؤدية للبدانة.

ثانياً: تأثير الكفاءة الذاتية في السلوك :

للكفاءة الذاتية قيمة كبيرة في تفسير تصرفات الأفراد لأنها تساعد في تفسير الاختلاف بين بعض أنماط سلوك الذي ينتج عن أسباب مختلفة. حيث تشير الكفاءة الذاتية إلى توقع الفرد

بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين فالذين يتمتعون بكفاءة ذاتية عالية يعتقدون أنهم قادرون على عمل شيء لتغيير وقائع البيئة، أما الذين يتصفون بكفاءة ذاتية منخفضة فإنهم يرون أنفسهم عاجزين على إحداث سلوك له آثاره ونتائج. (عبد الرحمن، 1998: 339)

ويؤكد باندورا (Bandura) على أن الكفاءة الذاتية تؤثر في ثلاثة مستويات من السلوك

وهي:

• **اختيار الموقف:** إن المواقف التي يمر بها الفرد يمكن أن تكون مواقف اختيارية. فإذا كان الموقف واقعاً ضمن حرية الفرد في الاختيار فإن اختياره للموقف يتعلق بدرجة كفاءته الذاتية، أي أنه سيختار المواقف التي يستطيع السيطرة فيها على المشكلات ومتطلباتها، ويتجنب المواقف التي تحمل له الصعوبات في طياتها.

• **الجهد المبذول:** حيث تحدد درجة الكفاءة الذاتية الجهد الذي يبذله الفرد وشدة المساعي أثناء حل مشكلة ما.

• **المثابرة:** إن الجهد الذي يبذله الفرد وحده لا يكفي، فقد يبذل الفرد جهده لفترة ويتوقف مما يؤدي إلى عدم تحقيق الهدف وإنما المثابرة والاستمرارية في الأداء يعمل على رفع الكفاءة، وهذا ما يطلق عليه مصطلح الإرادة التي تحول النية إلى أداء، وتعمل على المحافظة على استمرار الأداء رغم الصعوبات التي قد تعترض الفرد. (Schwarzer: 1999, P 18)

وهناك أربع عمليات أساسية نفسية تؤثر من خلالها المعتقدات المتعلقة بالكفاءة الذاتية

على أداء الفرد وهي:

1- العمليات المعرفية (cognitive processes):

معظم السلوك الإنساني سلوك قصدي يتم تنظيمه بأفكار مسبقة تحتوي على أهداف معينة يضعها الفرد وتتأثر بقدراته الذاتية وتقييمه لنفسه، فالأفراد مرتفعو الكفاءة الذاتية يضعون لأنفسهم أهدافاً تتسم بالتحدي ويلزمون أنفسهم بتنفيذها. (أبو رمان، 2008: 52)

2- العمليات الدافعية (Motivational processes):

تلعب المعتقدات الشخصية المتعلقة بالكفاءة الذاتية دوراً رئيسياً في التنظيم الذاتي للدافعية، حيث يعمل الأفراد على تحفيز أنفسهم، ويوجهون نشاطاتهم من خلال أفكارهم المسبقة،

وهم يتوقعون نتائج نشاطاتهم، ويضعون الأهداف لأنفسهم، ويخططون لنشاطاتهم المستقبلية، وهناك دليل يؤكد أن الإنجازات الإنسانية والوجود الإيجابي الصحي، يتطلب نظرة تفاؤل حول الكفاءة الذاتية. (سيف، 2008: 13 - 14).

3- العمليات الانفعالية (Affective processes):

تؤثر معتقدات الأفراد حول قدراتهم في مستوى الضغط الذي يمرون به عندما يواجهون المواقف الصعبة والمهددة للذات، وإلى مستوى الدافعية لديهم. وإن معتقدات الناس حول السيطرة والتحكم بالضغط تلعب دوراً رئيسياً ومهماً في استثارة القلق. فتوقعاتهم للمهددات الخارجية وردود أفعالهم الانفعالية حيال هذه المهددات هي التي تحدد الأخطار التي تواجههم. فكلما كان لدى الأفراد قدرة على السيطرة والتحكم في الضغوط التي تواجههم كانت معاناتهم من القلق قليلة أو معدومة، على عكس الأفراد الذين يعتقدون أنهم غير قادرين على التحكم في الضغوط والمهددات، فهم لا يستطيعون تكييف أنفسهم وبالتالي يرون كل شيء خطيراً ومرعباً. (أبو رمان، 2008: 52، 53)

4- عمليات الاختيار (selection processes):

تؤكد النظرية المعرفية أن بإمكان الأفراد ممارسة التحكم في طرق حياتهم، باختيار المحيط وبخلقه في بعض الأحيان، وبممارسة التحكم فيه، باختيار النشاطات التي يمارسونها في هذا المحيط، حيث غالباً ما يميل الناس إلى تجنب النشاطات والمواقف التي يعتقدون أنها تتجاوز قدراتهم، بينما يقبلون على النشاطات التي يعتقدون أنهم قادرون على القيام بها. (سيف، 2008: 14) ويشير (نبهان، 2008: 258) أن الكفاءة الذاتية تؤثر في:

- 1- استعداد الأفراد للعمل، فذوو الكفاءة المرتفعة يفضلون أداء مهام أكثر صعوبة.
- 2- درجة التوافق الشخصي والاجتماعي لدى الفرد وقدرته على حل المشكلات.
- 3- الاختيار الأكاديمي والمهني للأفراد.
- 4- التطلعات المهنية للأفراد وتنظيمهم الذاتي والاجتماعي والأكاديمي الذي بدوره يحدد نشاطاتهم، وتطلعاتهم المهنية والأكاديمية.
- 5- شعور الأفراد بالأمان الوظيفي.

6- النوم حيث نجد أن الأفراد منخفضو الكفاءة الذاتية لديهم مستويات أعلى في مشكلات النوم والقلق والأفكار الانتحارية والعجز والاكتئاب.

7- اعتقادات الفرد عن قدراته حيث إن الفجوة بين الواقع والطموح تنخفض بارتفاع الكفاءة الذاتية.

فضلاً عن ذلك فإن باندورا وزملاءه قد وضعوا فروضاً واختبروها تتناول العلاقة بين الكفاءة وعدد من الأداءات في مجالات مختلفة. ونتائج بحوثهم تكشف عن وجود علاقة بين ارتفاع الكفاءة وكل من مستوى الطاقة، والمثابرة في الأنشطة الصعبة والمهددة. والتغيرات السلوكية أثناء العلاج وإعادة التأهيل، ونقصان الاستثارة الانفعالية والقلق والمخاوف المرضية المختلفة. (محمد، 2002: 27)

وتقوم الكفاءة الذاتية على مبدئين: الأول أن الفرد في مواجهته للمواقف تتطلب الحل، يعزو لنفسه القدرة على القيام بهذا السلوك قبل قيامه به، والمبدأ الثاني: القناعة المعتمدة على المعرفة، بقدرة الفرد على القيام بسلوك ما بشكل ناجح. وتتخذ القناعة الثقة بتأثير الفرد على نفسه والبيئة المحيطة به مما يجعل متطلبات الحياة أكثر سهولة، ويحتاج الفرد فيها إلى تنظيم فكري لطرائق حل المشكلات، لأن الأهداف والمخططات الشخصية تساعد على تحديد الأولويات للاختيار بين السلوكيات التي تبدو على درجات متقاربة من الأهمية، وتعتبر الإدراكات الذاتية وآليات التنظيم الذاتي ذات أهمية في فهم آليات العلاقة التي تجري بين المثيرات البيئية، والسلوك الناجح تجاهها. (حمود، 1998: 61 - 62).

السمات العامة لذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة والمنخفضة:

هناك مجموعة من السمات التي تميز الأفراد ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة والمنخفضة

كما يلي:

(أ) سمات الأفراد ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة:

- 1- لديهم مستوى عال من الثقة بالنفس.
- 2- يتسمون بقدرة على تحمل المسؤولية.
- 3- يواجهون المهام الصعبة بتحدي.

- 4- تنمية اهتماماتهم وتطويرها.
- 5- لديهم مستوى طموح عال.
- 6- لديهم طاقة عالية.
- 7- يفكرون تفكيراً طويلاً المدى.
- 8- ينهضون بسرعة من النكسات.
- 9- ينسبون الفشل للجهد غير الكافي.
- 10- يقاومون الإجهاد.
- 11- لديهم مهارات اجتماعية عالية وقدرة فائقة على التواصل مع الآخرين.
- 12- أقل تأثراً بالضغط.
- 13- أكثر ثقة في قدراتهم التعليمية والأكاديمية. (المحسن، 2006: 6)

ب) سمات الأفراد ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة:

- 1- يركزون على النتائج الفاشلة.
 - 2- لديهم طموحات منخفضة.
 - 3- ليس من السهل أن ينهضوا من النكسات.
 - 4- يخلجون من المهام الصعبة.
 - 5- يستسلمون بسرعة.
 - 6- يقعون بسهولة ضحايا للإجهاد والاكتئاب.
 - 7- ينشغلون بنقائصهم، ويهولون المهام المطلوبة.
 - 8- أقل ثقة بأنفسهم.
 - 9- أكثر حساسية للتقييم الاجتماعي ويقل تحفيزهم الذاتي. (Bandura, 1997: p 38)
- بناءً على ما سبق نجد أن الشعور بالكفاءة الذاتية يعد عاملاً حاسماً في النجاح أو الفشل في الحياة، وفي التحكم في الأحداث والمواقف المؤثرة، فعندما يمتلك الأفراد اعتقاداً قوياً بالكفاءة الذاتية فإنهم يميلون لأن يكونوا أكثر تقديراً لذواتهم وثقة بأنفسهم وأكثر نشاطاً وطموحاً، بل وأكثر قدرة على مواجهة تحديات البيئة واتخاذ القرارات ووضع أهداف مستقبلية ذات مستوى عال،

فكفاءتهم الذاتية تميزهم بعلو الدافعية للقيام بالأعمال، كما تساعدهم على مواجهة المحن والضعوط.

ثالثاً- الكفاءة الذاتية وعلاقتها ببعض المتغيرات:

إن وعي الأفراد بكفاءتهم الذاتية هو من أكثر الأمور أهمية وتأثيراً في حياتهم، وقد تتضح أهمية الكفاءة الذاتية من خلال علاقتها بعدد من المفاهيم المؤثرة في قدرة الفرد على الإنجاز، ويظهر ذلك من خلال ما يلي:

- 1- **اختيار السلوك:** تؤثر الكفاءة الذاتية على اختيار الأفراد للأنشطة والمجالات، حيث يقبلون على المهمات التي يدركون بأنها نشاطات مناسبة لقدراتهم وكفاءتهم الذاتية.
- 2- **مستوى الهدف:** يختار الأفراد ذوو الكفاءة الذاتية العالية الأهداف عالية المستوى وتستهويهم ويكونون أكثر مثابرة واجتهاداً في تحقيقها.
- 3- **أنماط التفكير:** إن الاعتقاد بالكفاءة الذاتية المرتفعة يؤدي إلى مستوى عال من التفكير وتحسين الأداء.

4- **توقعات الفرد:** إن الأفراد ذوي الكفاءة الذاتية المتدنية سلبيون في تقدير ذاتهم، ويبالغون في وصف العقابيل والعقبات التي تقف في طريقهم مما يضعف عزيمتهم ويسرع إصابتهم بالإحباط قبل إنجاز المهمة، وربما لا يسمح لهم بتوظيف بعض المهارات التي يملكونها، مما يشكل لديهم اتجاهات سلبية نحو الذات، بعكس الأفراد الذين يثقون في قدراتهم مما يولد لديهم توقعات عالية وإنجازاً عالياً في المهمات المطلوبة. (البلوي، 2009: 26-27)

وفيما يلي توضيح للعلاقة بين الكفاءة الذاتية وبعض المتغيرات:

1- الكفاءة الذاتية والتوافق الشخصي والاجتماعي:

تعد الكفاءة الذاتية نتاج عمليات التفاعل الاجتماعي، والفرد الناجح هو الذي يكون مفهوماً لذاته في ضوء علاقاته بالآخرين وفي إطار تقديره للفائدة الذاتية على نحو متوازن. ولكي يحدث هذا الإدراك السليم للذات وكفاءتها يجب ألا يكون هناك اتساق بين إمكانيات الفرد العقلية وفكرته عن نفسه، وبين إدراك الفرد لذاته وإدراك الآخرين له فكلما حدث هذا الاتساق كلما أدى ذلك إلى تكوين مفهوم سليم عن الكفاءة الذاتية لدى الفرد، وتخدم الكفاءة الذاتية بأبعادها المختلفة

أربعة مجالات أساسية من مجالات التوافق الشخصي والاجتماعي وهي المجال الأسري والمجال المهني ومجال سمات الشخصية ومجال المواقف المختلفة للحياة، ويتصرف الفرد بكفاءة في تلك المجالات حسب المواقف المعطاة. فالكفاءة تعد بمثابة الجسر الذي ينقل الفرد من الحالة التي هو عليها إلى الحالة التي يصبو إليها، وتتسم الكفاءة بأنها خلاقة تجمع بين الفردية والجماعية بين الذاتية والموضوعية بين الفرد في العالم الخاص وبين المجتمع العام. (سهمود، 1999: 21-22)

2- الكفاءة الذاتية ومفهوم الذات:

يوجد خلط عند الباحثين بين مصطلحي مفهوم الذات والكفاءة الذاتية، إلا أنه يمكن التمييز بينهما من حيث:

1- مفهوم الذات هو مفهوم متعدد الأبعاد وله مكوناته الانفعالية والمعرفية، أما الكفاءة

الذاتية فهي تشير إلى مفهوم أحادي البعد والذي يعبر عن سيادة الجانب المعرفي.

2- طبيعة التقييم المعرفي للموقف، فعندما يقيم الفرد نفسه مقارنة مع الآخرين فإن ذلك

يشير إلى مفهوم الذات، أما عندما يقارن الفرد نفسه بالخبرات السابقة التي يمر بها فإن

ذلك يشير إلى الكفاءة الذاتية المدركة، فالتقييم في مفهوم الذات معياري المرجع، أما

التقييم في الكفاءة الذاتية فهو مرجعي المحك. (حنا، 2007: 20)

3- أن الكفاءة الذاتية تعطي معنى الثقة بالذات، أما مفهوم الذات فيتضمن بعض الاتجاهات

المستحسنة وغير المستحسنة عن الذات، وتصف بعض الأبحاث مفهوم الكفاءة الذاتية

على أنه جزء من مفهوم الذات كما أن مفهوم الذات يعتمد بشكل خاص على الثقافة أو

قيم البناء الاجتماعي والتي تجعل الأفراد يشعرون باستحقاقهم أو جدارتهم الذاتية، أما

الكفاءة الذاتية فلا تتحدد بأحكام الاعتبارات الثقافية. (شاهين، 2009: 44)

4- تدخل التوقعات المرتبطة بالكفاءة الذاتية في تكوين مفهوم الذات، فإن كان مستوى

الكفاءة الذاتية لدى الأفراد مرتفعاً، فإن ذلك سوف يسهم في تكوين تقييم ذات مرتفع،

والعكس صحيح. (الشبول، 2004: 32)

3- الكفاءة الذاتية وتقدير الذات:

أن تقدير الذات يشير إلى وجود مشاعر إيجابية نحو الذات، وإلى الشعور بالنجاح

والقدرة، وإلى قبول الذات وإلى أن الذات مقبولة من الآخرين. ويمكن التعبير عن مفهوم الكفاءة

الذاتية من خلال تقييم الفرد المعرفي لكفاءته حيث أن الفرد الذي يظهر نجاحاً في إنجاز الموضوعات التي يعتبرها مهمة بالنسبة له، والتي يطمح لإنجازها يظهر مستوى مرتفعاً من تقدير الذات، وعدم نجاحه يؤثر سلباً على تقديره لذاته. وأن أحكام الآخرين الذين يعتبرون مهمين بالنسبة للفرد، وردود أفعالهم تجاه كفاءته في الموضوعات المختلفة، يعد الأساس في تقدير الذات، فإذا كانت ردود الأفعال سلبية فإن هذا سيقود إلي تقدير ذات منخفض، وإذا كانت ردود فعلهم إيجابية فإن هذا سيؤدي إلي تقدير ذات مرتفع. (مقدادي، 2003: 32-33)

4- الكفاءة الذاتية ومركز الضبط:

تشير الكفاءة الذاتية إلي القيام بالأعمال بصورة ناجحة والتوقع الإيجابي لدور الفرد وبذلك تعد مفهوم دافعي للسلوك، حيث يؤدي بالفرد إلي الاعتقاد بأنه لديه الحرية والمقدرة على تسيير الأمور وتحقيق الأهداف ويمكن تسميتهم أصحاب الضبط الداخلي. (باطه، 2001: 13-14)

حث ترتبط الكفاءة الذاتية بمفهوم مركز الضبط، فالأفراد مرتفعي الكفاءة يعززون فشلهم في مهمة ما إلى الجهد غير الكافي أو إلى التسرع وغيره، بعكس الأفراد ذوي الكفاءة المنخفضة فهم يعززون ذلك إلى ضعف في قدراتهم وأنهم لا يستطيعون النجاح معزوين ذلك للحظ أو الصدفة، فحينما يكون لدى الفرد رأي جيد في قدرته، ويدرك بيئته بشكل قابل للضبط فإنه سوف يميل لبذل جهده، لدرجة أن الجهد يغدو أساسياً لتنمية مهاراته، فيصبح أكثر كفاءة ذاتية ويلاحظ أن الأشخاص المتوجهين داخلياً (ذاتياً) يشعرون بالفخر والكفاءة، الذاتية عندما ينجحون، كما أنهم أكثر ميلاً للشعور بالخجل وعدم الكفاءة عند الفشل. (البلوي، 2009: 27)

5- الكفاءة الذاتية والدافعية للإنجاز:

تعد الكفاءة الذاتية من أهم القوى الشخصية، وتعمل كقوة هامة من محددات الدافعية وراء السلوك الإنساني، وهي تؤثر في الحدث من خلال عمليات دافعية معرفية وجدانية. وتحدد معتقدات الأفراد حول الكفاءة الذاتية مستوى دافعتهم، كما تنعكس من خلال المجهودات التي يبذلونها في أعمالهم والمدة التي يصمدون فيها في مواجهة العوائق. (عبد الرحمن، 1998:

(340)

حيث تؤثر الكفاءة الذاتية في بدء الرغبة أو محاولة التعامل مع المواقف أي تنشيط وتوجيه السلوك، وكذلك الاستمرار في مواجهة العقبات، والمثابرة التي تعد مكوناً أساسياً في الدافعية للإنجاز. (عبد العال، 1993: 321)

فالأفراد ذوو دافع الإنجاز المرتفع يميلون إلى بذل محاولات جادة للحصول على قدر كبير من النجاح في كثير من المواقف، وهم أكثر مثابرة وميلاً للوصول إلى حلول للمواقف التي تتطلب حل المشكلة والاستمرار في العمل والاجتهاد فيه حتى في حالة عدم وجود ضغط خارجي أو مراقبة، فهم يحققون مستويات نجاح مرتفعة. (موسى، 1991: 5-6)

6- الكفاءة الذاتية ومستوى الطموح:

يشير مستوى الطموح إلى توقعات الفرد حول استطاعته ورغبته في تحقيق مستوى معين. وهذا يتشابه بدرجة كبيرة مع ما وضعه (باندورا) بأن الكفاءة الذاتية تتعلق بتوقعات الفرد حول إمكانية قيامه بالأفعال المطلوبة للتعامل مع المواقف المتنوعة، وبذلك نجد أن كلاً من مستوى الطموح والكفاءة الذاتية يتعلق بتوقعات الفرد حول مدى إمكانية تحقيقه للهدف المنشود. (عبدالعال، 1993: 332) وفي حال ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية يصبح ذوو مستويات الطموح المرتفعة أكثر استبصاراً بذواتهم، أي أكثر إدراكاً لما لديهم من قدرات وإمكانيات فهم يدركون نواحي قوتهم. (حسن، 1998: 94-95)

7- الكفاءة الذاتية والضغط:

يرى باندورا (Bandura) أن إدراك الفرد من شأنه التأثير على سلوكه ونمط تفكيره وانفعالاته. وفيما يتعلق بالضغط فقد وجد أن ذوي الدرجة المرتفعة من الكفاءة الذاتية يواجهون المواقف الضاغطة بدرجة منخفضة من الاستثارة الفسيولوجية. ويتكون لديهم (مستوى أقل من الأدرينالين في الدم) مقارنة مع غيرهم حيث يكونوا في حالة هادئة عند مواجهة المواقف الضاغطة، كما أكدت الدراسات على أن الأفراد العاديين لديهم درجة أعلى من إدراك الكفاءة الذاتية مقارنة بالذين يعانون من مشكلات عصبية حيث إنهم يعزفون عن محاولة تحقيق هدف إذا اعتقدوا أنه ليس باستطاعتهم تحقيقه. فالشعور بالكفاءة الذاتية يزداد لدى الفرد من خلال إبراز الأهداف والمهمات التي أنجزها ومن خلال الخبرات الناجحة التي مر بها في حياته، فجميعها تسهم في تدعيم وتشجيع الفرد على النجاح والإصرار والمثابرة في مواجهة الضغوطات المختلفة.

ويمكن أن تؤثر الضغوط بشكل مباشر في الإصابة بالأمراض والتي من بينها البدانة، وذلك عن طريق تغيير أنماط سلوك الفرد، ولاسيما الصحية منها، وقد يتفاعل الضغط مع جوانب الضعف الموجودة أساساً، فيؤثر بشكل سلبي في العادات الصحية كعادات الأكل والنشاط البدني والرياضي وأساليب الوقاية الصحية. (تايلور، 2008: 414)

8- الكفاءة الذاتية ومهارة حل المشكلات:

" يشار إلي الكفاءة الذاتية على أنها بعد ثابت من أبعاد الشخصية، تتمثل في قناعات الفرد في القدرة على حل المشكلات والتغلب على المعضلات التي تواجهه من خلال تصرفاته الشخصية، فهي وظيفة موجهة للسلوك تقوم على الإعداد المسبق للسلوك وضبطه والتحكم به والتخطيط الواقعي له". (أبو رمان، 2008: 49)

وتؤثر الكفاءة الذاتية في كافة العمليات العقلية، إذ أن الأفراد الذين يمتلكون شعوراً قوياً بها يركزون انتباههم على تحليل المشكلة أو يحاولون التوصل إلي حلول مناسبة لها. بينما الأفراد الذين يساورهم الشك في كفاءتهم الذاتية، يركزون انتباههم إلى الداخل، ويغرقون أنفسهم بالهموم عند مواجهة التحديات في بيئتهم، إذ يهتمون بجوانب النقص لديهم وعدم كفاءتهم الشخصية ويتوقعون الفشل الذي يؤدي إلي نتائج سلبية تتمثل في ظهور التوتر والضغط والحد من الاستخدام الفعال للعمليات العقلية. (الصريرة، 2007: 32) فعندما يواجه الأفراد الذين لديهم شكوك في كفاءتهم الذاتية مشكلات فإنهم يقللون من مجهوداتهم بل ويحاولون حل هذه المشكلات بطريقة غير ناجحة، بينما يبدي ذوو الثقة المرتفعة في كفاءتهم الذاتية مجهوداً عظيماً في السيطرة على مواقف الصراع لتخفيف حدة التوتر وبلوغ الأهداف. (سهمود، 1999: 23)

9- الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي:

من المحددات الرئيسية للسلوك الصحي هو امتلاك الفرد شعوراً بالكفاءة الذاتية، وهو الاعتقاد بأن لديه القدرة على ضبط ما يقوم به من ممارسات إزاء سلوك محدد، فاعتقاد البدناء على سبيل المثال، بأنهم لا يستطيعون تغيير نمط حياتهم سوف يمنعهم من محاولة التغيير مع أنهم يعلمون تماماً بأن البدانة فيها أضرار صحية ونفسية واجتماعية، وإن انقاص الوزن أمر محبب. وقد بينت الأبحاث أن الكفاءة الذاتية تؤثر على السلوكيات الصحية بطرق متنوعة قد تصل إلي حد ضبط الوزن، ممارسة التمارين الرياضية، وتغيير النظام الغذائي وغيرها. وقد

توصلت الأبحاث أيضاً إلى وجود علاقة قوية بين إدراك الفرد بأنه يتمتع بالكفاءة الذاتية، وبين قيامه بإحداث تغيير في سلوكياته المتعلقة بالصحة، وبين الحفاظ على هذه التغييرات على المدى البعيد. ويعتمد قيام الفرد بممارسة سلوك صحي معين، على عدد من المعتقدات والاتجاهات، منها مقدار التهديد الصحي الذي يشعر به، ودرجة اعتقاده بأن لديه قابلية تزيد من تعرضه لذلك التهديد، وبأنه قادر على أداء الاستجابات الضرورية لتخفيف التهديد (الكفاءة الذاتية). وعلى مقدار الدرجة التي يكون فيها السلوك الصحي - المطلوب الوصول إليه - فعالاً ومرغوباً، ويمكن تطبيقه. (تايلور، 2008: 146-147)

إن الكفاءة الذاتية هي الآلية المعرفية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية والاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية، حيث تعمل الكفاءة الذاتية على تنظيم نشاط الفرد النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية من خلال تأثيرها على:

- 1- ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.
- 2- مستوى الجهد الذي يبذله الفرد لتحقيق هدف محدد في حياته.
- 3- مدى مواجهة الإحباطات المتكررة.
- 4- مستوى الضغط النفسي الذي يصيب الفرد عند مواجهة المطالب والتحديات.
- 5- تفكيره وتصوراته للواقع.

حيث بينت الدراسات التي قام بها باندورا (Bandura) أن الصحة لن تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية الشعور والممارسة الفعلية للسلوكيات الصحية الإيجابية، أي عندما تصبح الكفاءة الذاتية متغيراً أساسياً في النشاط الفسيولوجي الصحي للفرد. (يخلف، 2001: 35، 103)

10- الكفاءة الذاتية والبدانة:

يشير باندورا (Bandura) إلى أن الكفاءة الذاتية تحدد خيارات السلوك والجهد الذي يبذله الفرد عند تبني سلوك جديد، ومثابرتة في مواجهة عوائق هذا السلوك الذي يقوم به، كتقليل خيارات تناول المأكولات المسببة للبدانة، فإذا كان لدى الفرد ثقة عالية في قدرته على مقاومة الشوكولاتة مثلاً فإنه يقلل من استهلاكها، فالكفاءة الذاتية العالية المرتبطة بالحمية تنتبأ بقدرة متزايدة على تخفيف الوزن. فضلاً عن ذلك تنتبأ اعتقادات الكفاءة الذاتية حول الأكل الصحي

بسلوكيات الأكل لدى البدناء. وتشير الدراسات إلى أن المستويات المرتفعة من الكفاءة الذاتية ذات الصلة بخيارات محددة وصحية من الأكل، قد ارتبطت باستهلاك القليل من المأكولات التي تحتوي على السكريات المسببة للبدانة. كما أظهرت دراسة أخرى أن البدناء الذين لديهم اعتقادات إيجابية ومرتفعة من الكفاءة الذاتية حول الوجبات الخفيفة المسببة للبدانة غالباً ما عبروا عن خيارات لهذه الوجبات. عليه فإن الاعتقادات التي يمتلكها الفرد عن إيجابيات الغذاء المتوازن والمعتدل، وسلبيات التطرف في الإقدام على تناول الطعام، تتم ترجمتها إلى سلوكيات ذات صلة وثيقة بالبدانة. (العويضة، 2009: 262).

نستخلص من العرض السابق للكفاءة الذاتية وعلاقتها ببعض المتغيرات أن الاعتقاد بالكفاءة الذاتية يزيد من دافعية البدناء وقدرتهم على بذل الجهد للوصول إلى الأهداف المنشودة، وتجعلهم يدركون بيئتهم بشكل قابل للضبط فيميلون لبذل الجهد، لدرجة أن الجهد يغدو أساسياً لتنمية مهاراتهم، فيصبحون أكثر كفاءة ذاتية التي تلعب دور فعال في نجاح الأداء، والمرونة في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة، واستخدام المهارات المعرفية والاجتماعية والسلوكية التي لديهم من أجل التصدي للضغوط والأحداث التي تؤثر على حياتهم للتعامل معها والسيطرة عليها. مما يجعل البدئين يعمل على إيجاد حلول مناسبة وناجحة للمشكلات التي تواجهه، سواء كانت هذه المشكلات نفسية، اجتماعية، وصحية باجتهاده وإصراره للوصول للنتائج المرغوبة في حين يجعل الشعور بانخفاض الكفاءة الذاتية البدئين يعمل على حل مشكلاته بطرق غير ناجحة فيعتبره الشعور بالنقص وعدم المقدرة على الخروج من أزماته. وأن الشعور بالكفاءة الذاتية هو عامل رئيسي لممارسة السلوك الصحي فعندما يعتقد البدئين بأنه قادر على تغيير سلوكياته فإنه يقوم بمحاولة تغيير نظامه الغذائي وزيادة نشاطه البدني وهو على قناعة بأنه سينجح في ذلك، مما ينتج عنه فوائد صحية. حيث يمكن القول أن الكفاءة الذاتية هي الإيمان بالقدرة على الوصول إلى الأهداف. فإذا حددت هدفاً وكنت واثق من قدرتك على الإلتزام به كاتباع نظام غذائي أو الذهاب إلى مركز تخفيف الوزن، فعندئذ تكون كفاءتك الذاتية في فقدان الوزن مرتفعة. ولكن إذا كنت متأكدًا تمامًا من أنك لن تلتزم، فعندئذ تكون كفاءتك الذاتية للنظام الغذائي والتدريبات الرياضية منخفضة، فالمعتقدات السلبية أو الإيجابية حول النظام الغذائي قد تتوقع نجاحك في فقدان الوزن. وأن تنمية الكفاءة الذاتية يمكن أن يعزز الثقة في الوصول إلى هذه

الأهداف، ومن الممكن ممارسة السلوك الصحي عن طريق تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية، وذلك باستخدام استراتيجيات وبرامج تدريبية وهذا ما تسعى إليه الدراسة الحالية للمساهمة في تخفيف معاناة مرضى البدانة حيث ما يزال هذا المجال في حاجة ماسة إلى جهود الباحثين.

المبحث الثاني

البدانة

أولاً: تعريف البدانة

ثانياً: أنواع البدانة

ثالثاً: أسباب البدانة

رابعاً: طرق تشخيص البدانة

خامساً: أضرار البدانة

سادساً: نظريات البدانة

سابعاً: طرق الوقاية من البدانة وعلاجها

تمهيد:

تعد البدانة إحدى أمراض العصر، وهي من أكثر الأمراض انتشاراً في دول العالم ومن بينها الدول العربية، حيث يصاحبها العديد من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية، وعلى الرغم من ذلك فقد يرى البعض أنها مجرد منظر غير جذاب، وقد يدرك البعض الآخر خطورتها وتبعاتها التي من بينها الإصابة بالأمراض المزمنة كالسكري وأمراض القلب والشرابين وزيادة ضغط الدم، والاجتماعية كالنبذ الاجتماعي وقلة فرص الزواج والعمل، إضافة إلى المشكلات النفسية كتشوه صورة الجسم والقلق والاكتئاب وتدني تقدير الذات والكفاءة الذاتية.

وعلى الرغم من الأموال الطائلة التي تنفق على علاج البدانة والأمراض الناجمة عنها، والكتب والبحوث التي درستها، إلا أنها مازالت تنقشى ومازالت تجرى البحوث والدراسات لإيجاد الحلول لها.

حيث يتناول هذا المبحث عرضاً لمفهوم البدانة، حجم انتشارها، أنواعها، أهم العوامل المسببة لها، الأضرار الناجمة عنها، طرق تشخيصها، نظرياتها، وطرق الوقاية منها وعلاجها.

تعريف البدانة:

هناك العديد من التعريفات للبدانة نذكر منها:

يعرف لطيفة (1991: 6) البدانة بأنها: "حالة تتصف بتجمع مفرط من الشحوم الاحتياطية وتسبب هذه الشحوم زيادة في وزن الجسم أكثر من 10 - 20 % من الوزن المثالي المعطى وفق الجداول القياسية العالمية".

بينما يعرفها براونيل وأونيل بأنها: اضطراب معقد له أسباب متعددة ويترتب عليه آثار طبية ونفسية خطيرة ويحتاج إلى علاج مكثف. (بارلو، ديفيد، 2002: 851)

وأوضح دياب (2001: 351) بأن البدانة: "هي حالة غير مرغوب فيها تظهر نتيجة تراكم كميات متزايدة من الدهون في مناطق مختلفة من الجسم، وقد تؤدي إلى الكثير من المضاعفات الخطيرة والنتيجة النهائية هي خفض متوسط عمر الإنسان".

وتعرفها شقير (2003: 5) بأنها: "نسيج دهني متزايد ذو علاقة بكتلة الجسم وأنها تعكس مفهوماً كبيراً في اللاتوازن بين تسرب الطاقة وانفاق الطاقة وأنها تمثل التعارض الضخم بين الطول والوزن".

في حين عرفها أبو حامدة (2003: 5) بأنها: "زيادة نسبة المخزون الدهني في الجسم، أكثر من احتياجه بحيث قد تصل حداً يصبح عبئاً عليه، مسببة له الكثير من المتاعب".
ويوضح ميرز وروزين (Myers & Rosen, 2009: 223) مفهوم البدانة بأنه: "زيادة في دهون الجسم بدرجة تضر بالصحة، ناتجة عن عدم التوازن بين ما يتناوله الفرد من سعرات حرارية وما يبذله من طاقة تعمل على حرق هذه السعرات، مما يؤدي إلى تحويل هذه السعرات الزائدة إلى دهون تتراكم داخل الجسم".

كما أوضحت شقير (2004: 6) أن البدانة هي: "اضطراب جسيمي نفسي حاد ناتج عن تراكم كمية زائدة من الدهون في الجسم، مما يؤدي إلى زيادة غير طبيعية في الوزن بالنسبة للطول ناتجة عن العديد من العوامل السلوكية والانفعالية والمزاجية والاجتماعية".
يعرفها النابلسي (2005: 56) بأنها: "زيادة الوزن التي تساوي أو تتجاوز الـ 20% من الوزن المثالي للفرد (حسب طول قامته) على أن تتركز هذه الزيادة في الأنسجة الشحمية لجسم المريض".

بينما يعرفها تروول (2007: 63) بأنها: "زيادة وزن الجسم عن حده الطبيعي نتيجة تراكم الدهون فيه، ناتج عن عدم التوازن بين الطاقة المتناولة من الطعام، والمستهلكة في الجسم".
ويعرفها الشربيني (2007: 227) هي: تراكم الدهون وزيادة وزن الجسم عن الوزن المثالي بنسبة 20-40% وهو نوع من السمنة البسيطة، وتكون السمنة المتوسطة من 40% - 100%، أما السمنة المفرطة فإن الزيادة تكون أكثر من 100% عن الوزن المثالي.

يعرفها تايلور (2008: 232) بأنها: "تراكم متزايد في دهون الجسم، نتيجة لعوامل مختلفة حيث يجب أن تشكل الدهون ما بين 20% إلى 27% من أنسجة الجسم لدى المرأة، وحوالي 15% إلى 22% من أنسجة الجسم لدى الرجل".

تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها: "إفراط في دهون الجسم يزيد عن المعدل الطبيعي وهو 20% لطول معين من خلال كتلة الجسم (Body Mass Index BMI) وهي حاصل قسمة قيمة وزن الجسم مقاس بالكيلو جرام على مربع الطول مقاس بالأمتار، فوحدته هي الكيلو جرام على المتر المربع (كجم / م²)". (محمد، 2009: 13)

أما النموذج السيكوسوماتي للبدانة: (P.M.o The psychosomatic Model of obesity) فيعرفها بأنها زيادة في دهون الجسم ناتجة عن الانفعالات النفسية الحادة، لذلك يلجأ البدناء إلى العلاج النفسي بدلاً من العلاج الطبي. (Myles, et al, 2010: p 359)

يتضح من العرض السابق لمفهوم البدانة أن مجمل التعريفات تتفق على أن البدانة هي عبارة عن زيادة في دهون الجسم عن الحد الطبيعي. وتشير بعضها إلى أن البدانة هي زيادة في الوزن بالنسبة للطول وأنها تقدر من خلال مؤشر كتلة الجسم وركزت أخرى على أن البدانة ناتجة عن عدم التوازن بين ما يتناوله الفرد وما يبذله من طاقة. في حين أضافت بعض التعريفات أن البدانة ناتجة عن عوامل سلوكية ونفسية.

ويمكن أن تعرف الباحثة البدانة بأنها: زيادة نسبة الدهون بالجسم، ويمكن تحديدها بمؤشر كتلة الجسم، وهو ناتج قسمة الوزن على مربع الطول، ويُصنف الفرد بدينًا إذا كان مؤشر كتلة الجسم 30 كجم/م² فما فوق، وهي ناتجة عن عوامل سلوكية ونفسية وجسمية واجتماعية.

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا: كيف انتشرت البدانة عبر التاريخ؟

حجم انتشار البدانة:

كانت البدانة قبل القرن العشرين من الامراض النادرة إلا أن منظمة الصحة العالمية اعلنت عام (1997) البدانة كمرض عالمي، وإن البدانة التي اعتبرت يوماً مشكلة في البلدان ذات الدخل المرتفع تتزايد معدلاتها حالياً في جميع ارجاء العالم، مؤثرة على الدول النامية والمتقدمة على السواء، إلا أنه تم ملاحظة هذه الزيادة بصورة اكبر في البيئات الحضرية.

وتمثل البدانة تحديًا كبيرًا لعلماء علم النفس الصحي، حيث قدرت المفوضية الأوروبية عام (1999) The European Commission أن 31% من السكان البالغين في الاتحاد الأوروبي يعانون من زيادة الوزن، و10% يصلون بأوزانهم لما يعرف بالبدانة المفرطة إكلينيكيًا، وأن معدلات البدانة في المملكة المتحدة في زيادة، حيث إنه في عام 1980 تم تصنيف 6% من الذكور و8% من الاناث بأنهم يعانون من البدانة المفرطة، ثم ارتفعت هذه المعدلات إلى 13% و16% في عام 1994، وإلى 18% و24% في عام 2005 على التوالي، أما في الولايات المتحدة، فالأرقام أكثر سوءاً حيث إن ما يقارب نصف الأمريكيين يعتبرون من زائدي الوزن، كما يعاني الثلث من البدانة المفرطة. (شويخ، 2012: 202)

ومن المؤشرات التي تنذر بالخطر ارتفاع نسبة انتشار البدانة بين الأطفال، فانتشارها في هذه المرحلة يعد من عوامل الخطر للإصابة بالعديد من الأمراض ومنها أمراض القلب والشرايين، وإن حدوثها في هذه المرحلة يزيد من احتمالية استمرارها في مرحلة البلوغ. (Robinsono killen, 2001: p 341)

يتبين من العرض السابق مدى الانتشار المتزايد والسريع للبدانة في جميع دول العالم، حيث شملت هذه الزيادة كلا الجنسين وجميع المراحل العمرية فنجدها لدى الاطفال والمراهقين والكبار ولدى كل الطبقات الاجتماعية والاقتصادية. لذلك وضعتها منظمة الصحة العالمية من ضمن الأمراض المزمنة، فهي تمثل مشكلة صحية خطيرة وهي تحذر الأفراد لكي يكونوا أكثر شعوراً بالمسؤولية لمواجهة هذا الخطر، وتنبه كذلك خبراء الصحة العامة والأطباء والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون إلى بذل الجهود للحد من تفاقمها وتقليل خطورتها.

ثانياً: أنواع البدانة:

قبل الخوض في أنواع البدانة حريّ بنا الوقوف عند أنماط الجسم، والدهون التي تعتريةه. فأنماط الجسم تتراوح بين ثلاثة أنماط تتمثل في:

1. النمط البدين **EndoMorph**: يتميز بجسم مستدير، ومساحة البطن أكبر من مساحة الصدر. من المؤكد أن هذا الفرد سيصبح بديناً إلا إذا أخذ خطوات إيجابية لتحاشي البدانة.
2. النمط العضلي **MesoMorph**: يتميز بصدر عضلي محيطه أكبر من محيط الوسط أو البطن وعظام كبيرة ومغطاة بعضلات سميكة.
3. النمط النحيف **EctoMorph**: يمتلك جسماً نحيفاً يتسم بالطول والضعف، وعضلاته

نحيفة وليس معرضاً للبدانة. (فرج، 2005 : 301) (عبدالله، 2007: 164-165)

أما دهون الجسم **body fat** فهي تملأ الأماكن الفارغة في الخلايا وحولها وهي تتوزع في مناطق مختلفة من الجسم لكي تكسبه المرونة في الحركة، فضلاً عن أنها تضيف على الجسم صورة الامتلاء وعدم الترهل. وفي أثناء التدريبات الرياضية تتصرف هذه الدهون كمتغيرات كيميائية تسري في الدم وتصبح بمثابة وقود للحركة، حيث إن كل أوقية دهن ينتج عنها تقريباً (250) سعر حراري. ويمكن تصنيف الدهون إلى نوعين:

1. **الدهون الأساسية Essential fat**: تستخدم لتلبية حاجات العمليات الفسيولوجية من الطاقة، حيث تبلغ نسبة الدهون الأساسية (3%) من مجمل الدهون عند الرجال و(10-12%) عند النساء.

2. **الدهون المخزونة storge fat**: توجد في الأنسجة الدهنية والتي يكون معظمها تحت الجلد او حول الأعضاء الرئيسية للجسم حيث تستخدم هذه الدهون كعازل للحفاظ على درجة حرارة الجسم، كما أنها تعد حشوة لوقاية الجسم من الإصابة أثناء ممارسة النشاط البدني. (عزب، 1996: 31، 32)

وتأتي أنواع البدانة وفق تصنيفات عدة نذكر منها:

1. تصنيف بحسب العمر الزمني:

أ- **البدانة المبكرة**: وهي التي تحدث قبل سن العشرين، وتسمى بالنمو المبالغ Hypreplastique وهي كناية على زيادة عدد الخلايا الدهنية في جسم المريض، وهي زيادة تتحدد في سن العشرين لتبقي ثابتة بعد ذلك.

ب- **البدانة المتأخرة**: وهي التي تحدث بعد سن العشرين، وفيها يكون عدد الخلايا الدهنية طبيعياً إلا أنها تكون ضخمة بحيث يصل حجمها إلى (100) ميكرون في حين أن الحجم العادي للخلية الدهنية يمتد من (20-30) ميكرون. (نابلسي، 2003: 61)

2. تصنيف بحسب الفئة العمرية للإناث:

أ- **بدانة سن المراهقة**: تحدث البدانة في هذه السن بحكم التغيرات الهرمونية والانفعالات السلوكية والمشكلات العاطفية والعائلية، مما يدفع المراهقة إلى التهام قدر كبير من الطعام.

ب- **بدانة النساء**: تتجلى معظم حالاتها في بدانة مابعد الولادة، وأثناء فترة الرضاعة الطبيعية، وذلك لقلة الحركة، ولزيادة السعرات الحرارية في الوجبات التي تقدم للمرأة بعد الولادة، كما أن عدم إرضاع الطفل طبيعياً يزيد من سمنة المرأة.

ت- **بدانة سن اليأس**: عند انقطاع الدورة الشهرية تقبل كثير من السيدات على الطعام فيزيد وزنهن، وقد يلعب نقص الهرمونات التي كان يفرزها المبيض إلى زيادة الوزن لدى المرأة. (أمين، 2003: 8)

3. تصنيف بحسب توزيع الدهن:

أ- **بدانة الجزء العلوي للجسم upper body**: ويطلق عليها البدانة الذكورية، وهي التي تميز بدانة الرجال، حيث تتوزع نسبة الدهن في منطقة البطن بصفة عامة، وهذا النوع يعتبر خطراً على الصحة ويرتبط بمعظم حالات الوفاة الناتجة عن البدانة.

ب- **بدانة الجزء السفلي للجسم lower body**: ويطلق عليها البدانة الانثوية، وذلك لزيادة انتشارها بين النساء، وهي تعني زيادة نسبة توزيع الدهن في مناطق اسفل الجذع .

4. تصنيف بحسب الأعراض والعلامات المصاحبة للبدانة:

أ- **البدانة العادية**: وهي التي تنتج عن زيادة في الوزن بسبب كثرة تناول الطعام والتي قد لا تسبب بعض المصاحبات المرضية لدى صاحبها.

ب- **بدانة مرتبطة بالعلاج ببعض الادوية**: مثل الذين يستعملون أدوية فتح الشهية أو مضادات الحساسية أو مهدئات الأعصاب.

ج- **البدانة المرضية**: تنتج عن أمراض الغدد الصماء، وهي الغدد المختصة بإنتاج الهرمونات مما يسبب خللاً وظيفياً، وهذا النوع من البدانة اقل شيوعاً فلا تزيد نسبته عن (1 %) من الحالات. (شكير، 2002: 73-74)

5. تصنيف بحسب شدة الإصابة وزيادة الوزن:

أ- **بدانة خفيفة " بسيطة "**: وتكون زيادة الوزن عن الوزن المثالي حتى (10-29%).

ب- **بدانة متوسطة**: وهي الدرجة الثانية وتكون الزيادة في الوزن حوالي (30-49%) من الوزن المثالي.

ج- **بدانة شديدة**: وهي الدرجة الثالثة وتكون الزيادة في الوزن عن الوزن المثالي حوالي (50-99%).

د- **بدانة خطيرة**: وهي الدرجة الرابعة وتكون الزيادة (100%) عن الوزن المثالي. (لطيفة، 1991: 33)

ينضح من العرض السابق لأنواع البدانة أنها جاءت متعددة ومختلفة في طبيعتها تبعاً لاختلاف وجهات نظر العلماء والباحثين حول مفهوم البدانة، وإن كان هناك تداخلاً بين مضمون تلك التصنيفات. وفي حدود الدراسة الراهنة فإن الباحثة تصنف البدانة إلى بدانة خفيفة، بدانة

متوسطة، بدانة مفرطة، وذلك وفقاً لما تم أستنتاجه من خلال الدراسة الاستطلاعية لعينة البدينات.

ثالثاً: طرق تشخيص البدانة:

هناك طرق كثيرة للتعرف على إذا كان الفرد بدينا أو زائد وزن وفيما يلي توضيح لبعض

منها:

1- مؤشر كتلة الجسم:

الخطوة الأولى في تشخيص الوزن الزائد والبدانة هي معرفة مؤشر كتلة الجسم باستخدام قياسات الوزن والطول، ويرتبط هذا المؤشر بكمية الدهون في الجسم معتمداً على الطول والوزن وهو:

مقياس كوتيلت (Quetlet index): وهو مقياس طبي يعتمد على كتلة جسم الفرد

(BMI) (Body Mass index) وطوله، ويستخدم القانون التالي:

$$BMI = \frac{wt\text{in } kg}{height\text{in}(M)^2}$$

$$BMI = \frac{\text{الوزن}}{(\text{الطول بالمتر})^2}$$

وتصنف البدانة حسب المعادلة السابقة إلى ما يلي:

1. عادي : (normal) من (20-24.9).
2. بسيط : (Mild) من (25-29.9).
3. تحتاج إلى علاج : (Clinically relevant) من (30-39.9).
4. بدانة معطلة أو معيقة : (Crippled) (فوق 40). (الزراد، 2000: 230)

2- قياس سمك ثنايا الجلد:

تعتمد هذه الطريقة على قياس سمك الدهون تحت الجلد ولا تتأثر بزيادة وزن العضلات، ويستخدم جهاز لقياس سمك الجلد في أماكن مختلفة مثل الظهر الذراع وجدار البطن وخلف الإبط، بحيث لا يتعدى هذا السمك 2.1 سم في الإناث و1.3 سم في الذكور البالغين والزيادة عن ذلك تعد وزن زائد أو بدانة. (عبد العال، 1995: 37)

ومن الاجهزة الحديثة لقياس نسبة الدهون بالجسم جهاز البيودينامك (Biodynamic) حيث يتم امداده ببيانات عن العمر، الطول والوزن وعند توصيله بالجسم يتم حساب الوزن المثالي ونسبة البدانة والدهون، وكذلك وزن العضلات والعظام. (منصور، 2010: 10)

3- قياس محيط الخصر :

من المهم معرفة محيط خصر البدين، وإن قياس محيط الخصر يتم من مستوى منطقة النتوء الحرقفي وليس من مستوى السرة (الخصر الطبيعي) بواسطة شريط القياس، حيث إن المخاطر الصحية للوزن الزائد والبدانة متلازمة وبصورة مستقلة للدهون الزائدة حول البطن، حيث تعرف هذه الدهون على انها محيط الخصر <40 بوصة (<102 سم) في الرجال و<35 بوصة (<88سم) في النساء، وقد أظهرت الدراسات ان الأشخاص من ذوي الدهون البطنية أكثر عرضة للمخاطر الصحية وزيادة خطر أمراض القلب والأوعية وإصابتهم بضغط الدم المرتفع والسكري واختلال دهون الجسم ومتلازمة الاستقلاب مقارنة بالذين تنحصر قياسات محيط الخصر لديهم في المعدل العادي. (مصيقر، 2006: 17)

ويتم قياس محيط الخصر والفخذ وإيجاد العلاقة بين الطولين وتصل هذه النسبة (0.90) لدى الرجال و(0.80) لدى النساء، وإذا كانت أكبر من ذلك يعد الفرد بدينًا وينبأ باحتمالية خطر التعرض للعديد من المشكلات الصحية. (Solomon&Mason,1997:1044)

من خلال العرض السابق يتبين أن البدانة هي أحد الأمراض التي من السهل التعرف عليها وتشخيصها وقياسها ولكن من الصعب علاجها. وأن وزن الجسم هو مسألة نسبية يحكمها الطول والعمر والجنس. ويتم تشخيص البدانة في الدراسة الحالية عن طريق قياس مؤشر كتلة الجسم.

رابعاً: أسباب البدانة :

أطلقت منظمة الصحة العالمية في عام (1997) صيحة تحذير تلخصت فيما يلي:

أ- إياك والبدانة.

ب- إن البدانة مرض القرن الحادي والعشرين.

ج- إن البدناء في تزايد مستمر سواء في الدول المتقدمة أو النامية نظراً للعديد من العوامل

والأسباب. (غانم 2003: 62)

ومن العوامل المسببة في انتشار البدانة ما يلي:

1- العوامل الوراثية:

يعد العامل الوراثي مثار جدل ونقاش. ولا توجد براهين قوية تؤكد أن البدانة وراثية، يرثها الأبناء عن الآباء، غير أن الأبناء الذين يعاني أحد والديهم أو كلاهما من البدانة يكونون أكثر عرضة للبدانة وذلك راجع للعادات الغذائية السيئة والأكل الغير صحي الذي يتبعه الآباء، والوراثة مسؤولة عن شكل الجسم وتراكم الدهون فيه، فمثلاً نجد أن بعض الأفراد أكثر امتلاء في منطقة البطن أو الصدر أو الأرداف وهذا راجع للعوامل الوراثية (Devlin et.al,2000:p157) ويعد اكتشاف الجين (OB) ومنتج البروتين الخاص به وهو (Leptin) من أهم التطورات التي حدثت في مجال الجينات وعلاقتها بالبدانة. حيث يشير مفهوم الجينات السلوكية إلى احتمال مساهمة الجينات في سلوكيات معينة مثل تفضيل بعض أنواع الأطعمة مثل السكريات أو الدهون، واختيار أوقات تناول الوجبات والفترات الزمنية التي تفصل بينها، والاستعداد للنشاط البدني. (Faith, et al, 1977: 423)، وقد وجد أن بعض الأفراد لديهم استعداد وراثي لتراكم الدهون في مناطق معينة من الجسم، ويمكن اعتبار التداخل بين الوراثة والبيئة هو الأهم، فالوراثة وحدها لا تكفي لحصول البدانة. (مصيقر، 2003: 19)

2- العوامل الفسيولوجية والكيميائية:

قد تحدث البدانة نتيجة لعدد من العوامل الفسيولوجية والتي يمكن تحديدها فيما يلي:

- عند حدوث اضطراب في إفرازات الغدد الصماء خاصة الغدة الدرقية والجار درقية.
- عند زيادة كمية الجلوكوز في الدم (نتيجة للإسراف في تناول الأطعمة الكربوهيدراتية) يزداد إفراز الأنسولين في الدم.
- عند حدوث تغيير في نشاط أنزيمات هضم الدهون.
- أن بعض الأفراد تستجيب أجسامهم لعوامل خارجية مثل شم أو تذوق أو مجرد رؤية الطعام فيأكلون في حين لا يستجيب أجسامهم لحاسة الجوع الحقيقي.
- عند نقص أنزيم ATP ونقص مستوى الصوديوم والبوتاسيوم يحرق الجسم في هذه الحالة سعرات أقل ويزيد الوزن بينما هم لا يتناولون كميات طعام كبيرة. (عبدالله، 2007: 165)

3- الأدوية:

هناك بعض الأدوية التي تساهم في زيادة الوزن وقد يتناولها المريض لغرض علاج امراض معينة، وكثيرا ما يغفل الاطباء عن تحذير المريض او نصحه بتقليل الطعام لمنع الزيادة في الوزن الناتجة عن تناول هذه الادوية مثل أدوية داء السكري، ارتفاع ضغط الدم، حبوب منع الحمل، الحساسية، الصداع النصفي، والعديد من أنواع الأدوية النفسية مثل أدوية الاكتئاب والقلق والأدوية المساعدة على استقرار الحالة النفسية والذهنية.

4- العوامل البيئية والاجتماعية:

تتميز المجتمعات العربية بصفة خاصة بكثرة المناسبات الاجتماعية والدينية والتي غالبا ما يقدم فيها اطعمة غنية بالسعرات الحرارية فهناك ولائم في الزواج وفي شهر رمضان والأعياد وغيرها، حيث تقدم الاغذية الغنية بالدهون والسكريات. كما اشتهرت المجتمعات العربية بالكرم والضيافة، وهذا غالبا ما يترجم بتقديم كميات كبيرة من الاطعمة والالحاح على الضيف في تناول الطعام. (مصير، 2003 : 18، 19)

ويلاحظ انتشار البدانة بين ذوي الدخول المرتفعة في المنطقة العربية، وهو انعكاس طبيعي لمفهوم اجتماعي شائع وهو أن البدانة من علامات الغنى والصحة، وتوضح إحدى التقارير أن كلمة (صحة) للمرأة في المجتمع العربي تعني امتلاء جسمها بالإضافة إلى حالتها الصحية الجيدة. (المدني، 2003 : 88) وتزداد البدانة في المجتمعات التي تعتمد على السكريات كأساس لغذائها ومن ثم يليها المجتمعات المعتمدة على النشويات والدهون. (بطرس، 2008: 290)

ومن أهم العوامل البيئية والتي لها دور أساسي في حدوث البدانة انتشار المطاعم التي تقدم الوجبات السريعة المحتوية على كميات كبيرة من الدهون والسعرات الحرارية والمشروبات الغازية، وإقبال الناس على هذه الأنواع من الأطعمة. وكذلك توفر وسائل المواصلات والإعتماد عليها في التنقل يقلل من فرصة النشاط البدني. (Andreson, 1998:938)

والطفل يعتمد على أسرته والمحيطين به في تعلم العادات والسلوكيات الغذائية، والقيم الايجابية مثل ممارسة التمرينات الرياضية والنشاط البدني، وما تلعبه الاسرة والمجتمع من دور في مجال التثقيف الصحي. (عبد العال، 2009 : 88)

5- العوامل السلوكية:

أن البدانة اضطراب سلوكي ينتج عن كثرة الأكل وقلة النشاط البدني، مما يؤدي إلى التفاوت الكبير بين الطاقة المأخوذة والطاقة المفقودة، أي أن الفرد يتناول عدد من السعرات الحرارية أكثر من العدد الذي يفقده خلال النشاطات اليومية، بمعنى أن تناول (500) سعر حراري أكثر من المعدل الذي يتناوله الفرد يومياً يؤدي إلى زيادة الوزن بمقدار رطل في الأسبوع. وعندما تزيد الطاقة المأخوذة عن الطاقة المفقودة فإن الخلايا الدهنية في الجسم تستقبل الطاقة الزائدة وتقوم بتخزينها في شكل دهون، وهكذا يصبح الشخص بدين ويتبين أن الأفراد الذين يعانون من البدانة أقل نشاط من ذوي الوزن العادي. (Yanovski & Yanovski, 1999:504) (Levine, et.al, 2005:1504)

ويرى المعالجون السلوكيون أن البدانة هي نتيجة لعادات غير تكيفية (سيئة) في الأكل والنشاط البدني. (بارلو، 2002: 758)

6- العوامل النفسية:

للعوامل النفسية دور هام في إفراط الفرد لتناول الطعام، حيث يتأثر الأفراد وبخاصة النساء بالحالة النفسية كالشعور بالقلق، التوتر، الغضب، الضيق، والوحدة مما يؤدي إلى رؤيتهم للطعام كمصدر للراحة والإقبال على أكل كميات كبيرة منه وخاصة الأطعمة الدسمة والحلويات. (Fadricatore & Wadden, 2003: 245)

لقد أصبح الطعام في بعض الأحيان كثواب أو عقاب، ففي أثناء تعرض الفرد للمشاكل النفسية المختلفة يكون تناول الطعام أحد المنافذ لإفراغ الانفعالات والهموم. (عبدالله، 2007: 167). وأن السيطرة على الرغبة للطعام عند الشخص البدين تولد لديه رغبة في تناول كميات أكبر من الطعام بخاصة عندما يكون لوحده، ويساهم التوتر النفسي الشديد إلى زيادة في تناول الطعام بشكل غير طبيعي، وهناك الإدمان على تناول الحلويات بخاصة تناول الشوكولاتة وهذه الظاهرة منتشرة عند البنات، وفي إحدى الدراسات على طالبات الجامعة في الإمارات وجد أن (19%) من الطالبات يكثرن من تناول الشوكولاتة في أوقات الامتحانات و(15%) في أوقات الدورة الشهرية و(15%) عند الاحساس بالضيق. (مصيفر، 2003: 18)

7- العمر والجنس:

يلاحظ أن الأطفال وكبار السن أكثر عرضة من غيرهم للبدانة، وقد يرجع ذلك إلى نمط الحياة غير الصحي أو لأسباب بيولوجية ناتجة عن طبيعة المرحلة العمرية. فحدوث السمنة في مرحلة الطفولة والتي غالباً ما تكون نتيجة لتناول الحلويات والوجبات السريعة يؤدي إلى زيادة عدد الخلايا الدهنية فتصبح هناك قابلية للاحتفاظ بكميات أكبر من الدهون. أما في مرحلة الشيخوخة فتنتج لتحول بعض الأطعمة خاصة السكريات إلى دهون نتيجة لقلة ممارسة النشاط البدني وقلّة نسبة العمليات الحيوية مع تقدم العمر.

وتؤدي زيادة الوزن في فترات معينة من حياة الفرد إلى زيادة عدد الخلايا الدهنية وهذا يجعل من الصعب علاج البدانة مثل فترة الطفولة من (12-18) شهر، فترة المراهقة عندما يزيد وزن الفرد عن (60%) عن الوزن العادي، وفي فترة الحمل. (Kimm, et al, 1997: 17)

ويعد الجنس أحد العوامل التي تساهم في حدوث البدانة، حيث تزيد البدانة في النساء عنها في الرجال لأن نسبة العمليات الحيوية لدى الرجال أعلى من النساء نتيجة إلى زيادة النسيج الجاف المتمثل بشكل أساسي في العضلات، فالمعروف أن الإناث لديهن القدرة على تخزين الدهون أكثر من الذكور لذلك نجد أن نسبة الدهون عند البنات والنساء أعلى منها عند الأولاد والرجال. (Myers, 2004: 551)

8- تكرار الحمل والولادة:

وجد أن تكرار الحمل وزيادة عدد الولادات مع وجود مسافة قصيرة بينها يساعد على زيادة مؤشر كتلة الجسم في المجتمعات العربية ويرتبط هذا بزيادة تناول الطعام وعدم ممارسة الرياضة والنشاط البدني أثناء الحمل وبعده. ولقد تبين أن المرأة العربية تزيد بمعدل (4-6) كيلو غرام في كل ولادة إذا لم تقم بالاهتمام بغدائها، إضافة إلى انخفاض نسبة الامهات اللاتي يرضعن أطفالهن طبيعياً، الأمر الذي يؤدي إلى عدم التخلص من الدهون المتراكمة في الجسم، حيث إن الارضاع الطبيعي يساهم في صرف بعض الطاقة من الجسم، ويتكرر الحمل والولادة فإن الدهون تتراكم في جسم الأم محدثة بدانة قد تكون شديدة في بعض الأحيان. (المدني، 2003: 88)

9- التغير في تركيبة المجتمع:

إن التحول من المجتمع التقليدي إلى المجتمع الصناعي والتحسين في الوضع الاجتماعي والاقتصادي، وكثرة المطاعم وتوفر الخدمات والأجهزة المنزلية والاعتماد على الخادمة في تدبير شؤون المنزل وكذلك الاعتماد على السيارة في الوصول إلى العمل والتنقل، كل هذه الأمور ساهمت بشكل كبير في تقليل النشاط البدني وظهور نمط الحياة الخامل وركوب المصاعد بدلا من صعود السلالم، ومشاهدة التلفزيون واستخدام الانترنت والحاسوب لفترات طويلة. (مصيقر، 2003: 17-18) حيث تؤثر مشاهدة التلفزيون لفترات طويلة على توازن الطاقة في الجسم بسبب العديد من العوامل مثل: زيادة فرص إمتصاص الطعام، إنخفاض نسبة العمليات الحيوية، وزيادة الرغبة في تناول الأطعمة الدسمة التي يتم الإعلان عنها في القنوات. (Kohl & Hobbs, 1998: 549)

يتبين من خلال ما سبق أن البدانة مرض مزمن متشعب الأسباب. وعلى الرغم من أهمية العوامل الوراثية في تحديد الأسباب المؤدية للإصابة بالبدانة فالوراثة تهيء الفرصة للبدانة، غير أن سلوكيات الأكل والنشاط البدني إما أن تدعم أو تضبط هذه القابلية. وإن الإصابة الفعلية بالبدانة تتأثر بدرجة كبيرة بعدة عوامل والتي من أهمها زيادة السرعات الحرارية التي يتناولها الفرد، الإفراط في الأكل وتناول الأغذية السريعة والمشبعة بالدهون، قلة الحركة، الخمول والكسل وعدم ممارسة الرياضة، التنقل بوسائل المواصلات، ممارسة الأعمال التي لا تتطلب مجهودا، إضافة إلى دور العوامل النفسية في الإصابة بالبدانة، كالتعرض للمشكلات النفسية والضغط والشعور بالحرمان والقلق والاكتئاب والتوتر ويعد انخفاض الكفاءة الذاتية من أهم أسباب زيادة وزن الجسم. ويتميز مجتمعنا الليبي بدوره بكثرة المناسبات الاجتماعية التي تكثر فيها الأطعمة الغنية بالدهون والسكريات، وبتفضيل الأكل الجماعي الذي يشعرون فيه بالسعادة. مع الأخذ في الاعتبار اضطراب إفراز بعض الغدد التي تكمن خلف ظهور البدانة بدرجة مفرطة عند بعض الأفراد.



خامساً: أضرار البدانة:

للبدانة أضرار كثيرة ومتنوعة، جسدية ونفسية واجتماعية واقتصادية وفيما يلي توضيح

لذلك:

1- الأضرار الجسمية:

ترتبط البدانة بمدى واسع من الأخطار الجسمية، بما في ذلك أمراض عضلة القلب والسكري والسكتة الدماغية، والأورام السرطانية وارتفاع ضغط الدم والوفاة. (شويخ، 2012: 207) فقد أشارت التقارير الصادرة من معهد الصحة الامريكى إلى أن الإصابة بالبدانة ينتج عنها مخاطر صحية كثيرة منها أمراض القلب والشرايين وحدوث الجلطة الدموية، وزيادة نسبة الكوليسترول، والكليتين والكبد والمرارة وأمراض العظام والمفاصل وبعض أنواع السرطان بحيث تسبب هذه المشاكل في وفاة (15-20%) فرد سنويًا من السكان. (Williamson, 2010: 326) تختلف مخاطر البدانة تبعاً لاختلاف مواقع تراكم الشحوم فالبدانة المتمركزة في الوركين تؤدي إلى ظهور تعقيدات ذات طبيعة ترسيبيه *statique* مثل الدوالي والفتاق وآلام المفاصل وأمراضها. أما البدانة المتمركزة في البطن فتؤدي إلي تعقيدات من نوع آخر مثل التعقيدات الأيضية كالسكري، أو زيادة نسبة الدهون البروتينية أو زيادة الزلال في الدم (النايلسي، 2003: 61).

كما تؤثر البدانة على الجهاز العصبي وذلك في حالات البدانة المفرطة التي تؤثر على الجهاز التنفسي وتسبب نقص غاز الاكسجين وزيادة غاز ثاني اكسيد الكربون مما يؤدي إلى التقليل من نشاط الخلية المخية ويؤثر على مراكز التنبيه بالمخ، فيشعر البدين بالصداع ويقل الإدراك والتركيز (عبد العال، 1995: 59). كما يعاني مرضى البدانة من اضطرابات النوم فيميلون إلى كثرة النوم والكسل نتيجة لتراكم ثاني أكسيد الكربون بالدم. (غانم، 2003: 19) ومن المشكلات الخطيرة أيضا التوقف المؤقت للتنفس أثناء النوم، حيث يتوقف الشخص عن التنفس لفترة 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. (الأغا، 2007: 43)

كذلك للبدانة تأثير بالغ على الجلد حيث تؤدي إلى وجود الفطريات التي تنتشر بين ثنايا الجلد بسبب تجمع الدهون الزائدة تحت الجلد خاصة تحت الابط، والثديين، وبين الفخذين، مما يكثر من الالتهابات البكتيرية والدمامل وغيرها، كما قد تسبب في حدوث دوالي الساقين (شقيير، 2002: 84).

وتؤثر البدانة سلباً على القدرة الجنسية والقدرة على الإنجاب والاتصال الزوجي، وهي تؤدي إلى انخفاض مستوى الهرمونات الجنسية فيقل هرمون التسنوسيزون عند الرجال البدناء ويقل هرمون الاستروجين عند النساء البدينات وتعرضهن لاضطرابات الدورة الشهرية والنزيف المتكرر وظهور الشعر في الوجه والأطراف نتيجة لزيادة هرمون الذكورة عن المعدل الطبيعي، وتسهم احياناً في تأخر الحمل أو العقم وسرطان الثدي. (Chambliss, et.a, 2004: 469) أشارت العديد من الدراسات إلى ان الذكور البدناء أكثر عرضة لسرطان القولون والمستقيم والبروستاتا، بينما الإناث البدينات أكثر عرضة للإصابة بسرطان المرارة والثدي وعنق الرحم والمبايض (شحاته، 1999: 326).

وعندما يزيد معامل كتلة الجسم عن 25 كجم/م² يزيد خطر التعرض للوفاة بنسبة (1.1%) مرة، وتزداد النسبة عندما يزيد معامل كتلة الجسم عن 30 كجم/م² فتصبح النسبة (1.5%) مرة، وعندما يبلغ معامل كتلة الجسم 35 كجم / م² أو أكثر يزداد خطر حدوث الوفاة بمقدار (2.5%) مرة. (Manson, et al, 1995: 677)

2- الأضرار النفسية:

ينظر للبدناء على أنهم غير جذابين بدنياً، مما يؤدي إلى السخرية منهم، فيشعرون بعدم الرضا عن مظهرهم فتتكون لديهم صورة جسم سلبية وينظرون إلى أنفسهم على أنهم أضخم مما هم عليه بالفعل (ليندزاي، 2000: 604).

إن للبدانة آثار نفسية سلبية لاتقل خطورتها على الفرد عن الآثار الجسمية حيث يقدر نسبة حدوث الاضطرابات النفسية بنسبة (58%) لدى البدناء ومن اهمها القلق، الإكتئاب الحاد، التفكير في الانتحار، الإدمان على التدخين والكحول، واضطرابات المزاج وتقلب من إكتئاب شديد إلى الشعور بالبهجة والسرور، وأيضاً اضطراباً الأكل وتشمل الأكل الشره وبكميات كبيرة وفي وقت قصير والشعور بالندم ولوم الذات على ذلك تتراوح بنسبة 20% - 30% بين البدناء،

الاستيقاظ من النوم لأكل وجبات غنية بالدهون والسكريات (الجوع المرضي) (أبوزيد، 2017: 574)، ويجد البدناء سعادتهم في الأكل نتيجة لفقدانهم الشعور بالسعادة، حيث يلتهم كميات كبيرة من الطعام إلى أن يزيد وزنه، ويفقد السيطرة على نفسه ويصبح من الصعب عليه انقاص وزنه ويستمر في شراسته للأكل. (وهبه، 1998: 38)

إضافة إلى أن تقدير الذات يؤدي إلى الشعور بالنقص الذي يظهر في صورة الإكثار من الأكل وبالتالي يشعر الفرد بالراحة النفسية. وتحدد الشخصية طريقة تعامل الفرد مع الضغط النفسي بطريقة إيجابية أو سلبية بمحاولة تجنب الضغط النفسي مما يؤدي إلى زيادة إفرازات الكورتيزون وتجمع الدهون. وتبين أن البدناء يعانون مشكلات نفسية أكثر من معاناة العاديين. مما يدعو إلى الاعتقاد بأن الأكل الزائد يقدم لهم وسيلة غير مباشرة لمعالجة مشكلاتهم. (العويضة، 2009: 262)

3- الأضرار الاجتماعية:

ينظر أغلب المجتمعات إلى مرضى البدانة نظرة دونية، ويعتقدون أن القدرة على خفض الوزن ترتبط بقوة الإرادة وأن البدناء ليس لديهم إرادة قوية، وقد قبل الكثير من البدناء هذه الفكرة على أنفسهم (Stunkard, 1996: p 230).

ومن المشكلات الاجتماعية التي تعاني منها البدنيات أنهن عرضة للظلم الاجتماعي فينظر إليهن على أنهن غير جذابات ولا يتمتعن بالصحة الجسمية وبذلك تقل فرص زواجهن مقارنةً بالفتيات اللاتي لا تعانين من البدانة.

فعندما تتعرض البدنيات لإحباط اجتماعي يجدن اشباعهن ورضاءهن في الانغماس في تناول الكثير من الطعام، وهن بذلك يعبرن عن عدوانهن بطريقة رمزية، فيعبر لهن الأكل على أنه المحبوب الاوحد. (عكاشة، ب.ت: 648)

4- الأضرار الاقتصادية:

يوجد في العالم ثلاثة أنواع من أمراض سوء التغذية يتمثل النوع الاول في الجوع ويتميز بنقص عناصر الطاقة الغذائية ويصيب حوالي (20%) من سكان العالم وخاصة الأطفال، والنوع الثاني هو نقص الفيتامينات والأملاح المعدنية ويقدر عدد المصابين بهذا النوع أكثر من ثلث سكان العالم، والنوع الثالث كثرة تناول الطعام الذي يؤدي إلى زيادة الوزن أو البدانة وعدد

المصابين بهذا النوع حوالي (20%) من سكان العالم. ويمكن أن يمنع الغذاء الصحي إهدار (7) بليون دولار سنوياً على الأقل من تكلفة العلاج وفقد الإنتاجية وفقد الحياة، ويؤدي تحول الأفراد من اشخاص ليس لديهم نشاط بدني إلى افراد نشطين إلى توفير (77) بليون دولار سنويا من تكلفة العلاج. (محمود وآخرون، 2004: 98-99)

إن للوزن الزائد والبدانة ومضاعفاتها المصاحبة نتائج اقتصادية سيئة على نظام الرعاية الصحية. ففي الولايات المتحدة التكاليف المباشرة للوزن الزائد والبدانة تزيد عن (93) بليون دولار من فاتورة الصحة سنوياً. ويساوي الانفاق الطبي السنوي المتعلق بالوزن الزائد والبدانة (9.1%) مما تنفقه الولايات المتحدة على الرعاية الطبية، والبدانة مصحوبة بزيادة حوالي (36%) في الانفاق على مرضى العيادات الخارجية والمستشفيات وزيادة (77%) من استخدام الأدوية مقارنة بأن تصبح في مدى الوزن الصحي مؤشر كتلة الجسم (18.5 - 25). (مصيقر، 2006: 8) وقد أدى زيادة الأمراض المصاحبة للبدانة إلى زيادة تكاليف الرعاية الصحية، حيث تبلغ تكاليف الانفاق عليها في الولايات المتحدة حوالي (100) بليون دولار سنوياً، وتبلغ تكاليف علاج المشكلات الصحية الناتجة عن البدانة أكثر من (50) بليون دولار سنويا، ويتم انفاق حوالي (30) بليون دولار سنوياً في محاولات لنقص الوزن (Troiano, et al, 1995: 1085).

يتضح مما سبق عرضه أن البدانة تؤدي إلى تهديد أعز ما يملك الإنسان ألا وهي الصحة فقد تسبب العديد من الأضرار الصحية لأعضاء الجسم، بالإضافة إلي أضرارها السلبية على جميع النواحي الأخرى، فالوزن يعد عبئاً بدنياً واجتماعياً ونفسياً واقتصادياً، فمن الآثار النفسية التي تتركها البدانة شعور البدين بالحرج والانزعاج من شكل جسمه حيث يفقد الجاذبية والجمال فيصبح منشغلاً كثيراً بصورة الجسم، ويشعر بالفشل والإحباط والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات وعدم الشعور بالكفاءة الذاتية.... الخ.

سادساً: نظريات البدانة:

هناك العديد من النظريات التي تفسر البدانة نذكر منها:

1- النظريات الطبية للبدانة:

من النظريات الطبية التي تطرقت للبدانة كما يبينها (راتب وخليفة، 1998: 284-

285) كما يلي:

أ- نظرية معادلة توازن الطاقة:

يجب أن تساوي السرعات الحرارية التي تدخل الجسم أي (المكتسبة) عدد السرعات الخارجية التي يستهلكها الجسم (المستهلكة) وذلك من أجل محافظة الجسم على وزنه، وتحدث التغيرات في وزن الجسم في حالة عدم التوازن بين الطاقة المكتسبة والمستهلكة. وطبقاً لهذه النظرية يمكن فقد الدهون بطريقتين هما:

أ- تقليل كمية الدهون المكتسبة في المتطلبات اليومية.

ب- زيادة استهلاك السرعات الحرارية الزائدة عن طريق التمارين الرياضية والنشاط البدني.

إن العمل بهاتين النقطتين هو الوسيلة الفضلى لفقد الدهون.

ب- نظرية التمثيل الغذائي البطيء:

تشير هذه النظرية إلى أن الأفراد الذين يتميزون بانخفاض معدل التمثيل الغذائي القاعدي Basal Metabolic rate يستهلكون مقداراً أقل من الطاقة (السرعات الحرارية) لذا فإنهم يتعرضون لخطر البدانة.

ومعدل التمثيل الغذائي القاعدي هو كمية الطاقة المستهلكة عند الراحة للحفاظ على الوظائف الحيوية وهو عند النساء يساوي 1200 - 1450 سعرة حرارية يومياً، وعند الرجال يساوي 1600 - 1800 سعرة حرارية يومياً.

ويتأثر التمثيل الغذائي بعوامل عدة منها: النظام الغذائي حيث يتأثر مع تغير الجنس (عند النساء أقل)، مع العمر حيث يتناقص مع تقدم العمر، مع مستوى النشاط البدني (يرتفع مع زيادة النشاط)، مع الكتلة العضلية (زيادتها ترفع منه)، حجم الجسم (زيادة سطح الجسم تزيد منه) مع النوم (حيث يقل عند النوم)، مع الجينات الوراثية حيث يمكن أن يكون (طبيعياً أو مرتفعاً).

ج- نظرية الخلية الدهنية Fat cell theory:

تشير هذه النظرية إلى أن هناك فروقاً فردية بين الأفراد من حيث عدد الخلايا، وهذا الاختلاف يحدد مستوى البدانة. وبزيادة عدد وحجم الخلايا الدهنية تزداد القابلية للبدانة عند الأفراد، وتشهد الخلايا الدهنية نمواً أو زيادة في فترات محددة هي: خلال الثلاثة أشهر الأخيرة من الحمل، أثناء السنة الأولى من الولادة، وعند حدوث طفرة نمو في سن المراهقة. ووفق هذه

النظرية فإن النظام الغذائي طويل المدى لإنقاص الوزن يعمل على ازاحة الخلايا الدهنية من خلال حماية حجمها. ومن الخطأ حرمان هذه الخلايا من الغذاء فتقاومه مسببة زيادة إحساس الفرد بالقابلية للإثارة والقلق والعصبية، ومع مضي الوقت يستسلم لحالة النهم والرغبة في الأكل، هذا ما قد يسبب تمدداً في الخلايا الدهنية وزيادة الوزن وبالتالي زيادة الدهون في الجسم، أي نتيجة عكسية. لذا يجب التركيز على البرامج التي تهتم بنقص حجم الخلايا الدهنية بممارسة النشاط البدني المعتدل الشدة ولفترة طويلة.

د- نظرية التوازن البيولوجي **the spt point theory**:

وتشير هذه النظرية إلى أن كل فرد يمتلك كفاءة خاصة داخل أجهزة الجسم للسيطرة والتحكم في كل من الوزن والدهن، ويطلق عليها نقطة التوازن أو الاستقرار، وذلك يفسر أسباب تناول كميات كبيرة من الطعام دون أن تحدث زيادة ولو بسيطة في الوزن، بينما تظهر البدانة المفرطة عند بعض الافراد رغم أنهم لا يأكلون كميات كبيرة من الطعام، وهذا يعتمد على مدى استعداد الجسم لتخزين كميات الدهون.

يتبين مما سبق اختلاف النظريات الطبية في تفسيرها لأسباب البدانة حيث ترى نظرية توازن الطاقة أن سبب البدانة هي زيادة السعرات الحرارية المكتسبة عن السعرات الحرارية المفقودة. في حين ركزت نظرية التمثيل الغذائي البطني على أن البدناء يتميزون بانخفاض معدل التمثيل الغذائي، فالسعرات غير المستهلكة تختزن في صورة دهون مما يؤدي للبدانة. وأشارت نظرية الخلية الدهنية إلى أن الخلايا الدهنية يزداد عددها عند البدناء عن الأفراد العاديين. أما نظرية التوازن البيولوجي بينت أن هناك فروقاً بين الأفراد في مدى استعداد الجسم لتخزين كميات الدهون.

2- نموذج الاعتقادات (القناعات) الصحية:

يعد نموذج الاعتقادات الصحية أول نموذج ظهر لشرح السلوك الصحي، كما يعد أكثر نماذج السلوك الصحي استخداماً، وهو يركز على تأثير العمليات المعرفية (المعتقدات) على السلوك. بدأ هذا النموذج في الظهور عام 1950 على يد مجموعة من المتخصصين بعلم النفس في مجال الصحة العامة بالولايات المتحدة، وقد تبلور بشكل كامل على يد روز نستوك (Rosen stock 1966) بهدف شرح سلوكيات الوقاية الصحية مثل الفحوصات الدورية

والتطعيمات ثم طوره بيكر (Beker 1973) بعد ذلك. وقد تم تطبيقه في مجالات متعددة بعلم نفس الصحة تشمل الإذعان للأوامر الطبية وسلوكيات دعم الصحة. وينص هذا النموذج على أنه توجد أربعة أنماط من المعتقدات تزيد من احتمال قيام الفرد بفعل معين يناسب مرضاً أو ظرفاً محددة وهي: القابلية المدركة للإصابة بالمرض، الخطورة المدركة للمرض، الفوائد المدركة للفعل، والمعوقات المدركة للفعل. (الدق، 2011: 105-106)، وفيما يلي عرض لهذا النموذج كمخطط.



شكل (2) نموذج المعتقدات (القناعات) الصحية

(يخلف، 2001: 23)

ويفترض أن السلوك الصحي هو وظيفة ملاحظات الناس فيما يتعلق بقابليتهم للإصابة بالأمراض ووعيهم بتأثير العلاج. ويتحدد تغيير السلوك عند:

- ملاحظة انفسهم معرضين لمشاكل صحية محددة.
- اعتقادهم بأن المشكلة خطيرة.
- اعتقادهم بأن المعالجة / الوقاية فعالة وليست مكلفة فيما يتعلق بالمال والجهد أو الألم.

(مصيفر، 2006: 32)

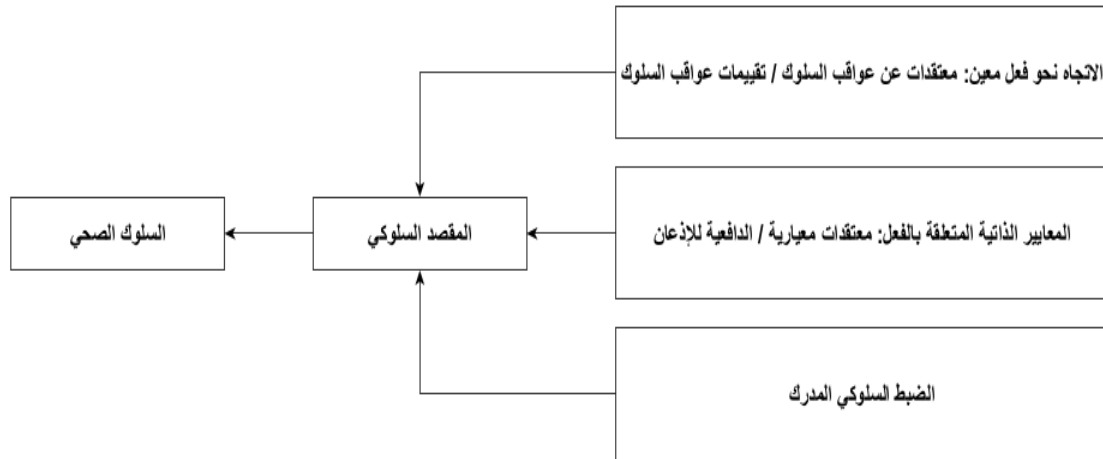
وإن احتمال تنفيذ الافراد لسلوكيات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها. كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط. وينفذ السلوك الوقائي عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعتين ويكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) لذلك المرض عاليًا، وتكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة. وطبق هذا النموذج في مجالات

صحية شتى كتلك التي تتعلق ببرنامج التطعيم ضد الشلل والوقاية من ظاهرة ارتفاع ضغط الدم وظاهرة تخفيف الوزن. وأثبتت الدراسات وجود أدلة قاطعة على وجود علاقة وثيقة بين ادراك الخطر من جهة والسلوك الصحي من جهة أخرى، أي انه كلما توفرت قناعة لدى الفرد حول استعداده لمرض معين وتعرضه لخطر الإصابة به أقبل على ممارسة سلوكيات وقائية. (عبد العزيز، 2010: 31-33)

مما سبق عرضه يتضح لنا اهتمام نموذج الاعتقادات الصحية بإدراك استعداد الفرد بالإصابة بالمرض وادراكه لشدة المرض والفوائد والعوائق المتوقعة. وعلى الافراد ادراك خطورة البدانة والاستعداد لها، فالذين يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة أقدر على تغيير سلوكياتهم المتعلقة بنمط الحياة لتقليل خطر البدانة إذا وجدوا أنفسهم معرضين لمشاكل صحية صعبة.

3- نموذج السلوك المخطط:

ترجع هذه النظرية إلى كل من أجزين وفيشبين (Ajzen & Fishbein 1985) وهي تعتمد على فكرة أن الأداء السلوكي يتحدد عن طريق كل من الدافعية والمقصد والتحكم السلوكي معاً، وأن الفرد سوف يبذل مجهوداً أكبر لأداء سلوك ما حين يكون ادراكه للتحكم السلوكي مرتفعاً، فادراك الفرد للتحكم السلوكي بالإضافة إلى المقصد له تأثير مباشر على السلوك، وخاصة عندما يكون التحكم المدرك هو تقييم دقيق للتحكم الحقيقي للسلوك، ومن الملاحظ أن بناء الضبط السلوكي المدرك يشبه بنظر أجزين بناء الكفاءة الذاتية عند باندورا. والشكل التالي يوضح نموذج السلوك المخطط.



شكل (3) نموذج السلوك المخطط

(الدق، 2011: 115-116)

يتبين من الشكل السابق إن نظرية السلوك المخطط تتكون من ثلاثة عناصر أساسية

هي:

أ- **الاتجاهات Attitudes**: وهي المشاعر الايجابية أو السلبية المتولدة عن الانخراط في سلوك محدد. وأن الاتجاهات هي وظيفة المعتقدات .

ب- **المعايير الذاتية Subjective norms**: وهي معتقدات الفرد حول دعم المحيطين به لانخراطه في السلوك الجديد.

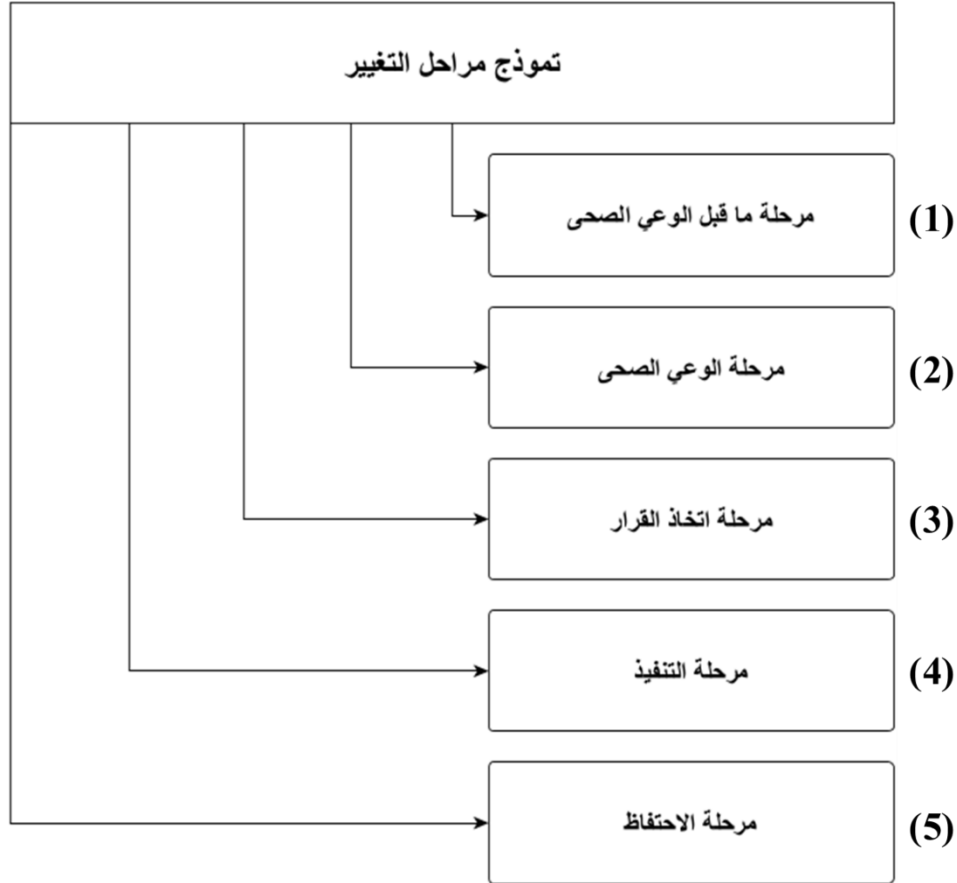
ج- **الضبط السلوكي المدرك Perceived Behavioral control**: يهتم بقياس مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين بنجاح. وهو نتاج المزج بين خبرة الفرد الماضية عن السلوك ومعتقداته عن قدرته على الانخراط في السلوك. ومن أمثلة ذلك إذا حاول فرد ما إنقاص وزنه وكان قد فشل سابقاً في مقاومة إغراء تناول الأيس كريم، ومازال لديه شك في أن إرادته قوية بما فيه الكفاءة لمقاومة تناوله الآن، فإن تحكمه السلوكي المدرك سيكون منخفضاً، نظراً للصلة المباشرة بين التحكم السلوكي المدرك والسلوك الفعلي، فضلاً عن ملاحظة وجود علاقة سببية بالمقصد. (شويخ، 2012: 66-67)

يتبين مما سبق أن هذه النظرية ساهمت في معرفة كيفية تغيير السلوك الصحي، فإذا اعتقد البدناء بأن تغيير أسلوب حياتهم من حيث الأكل المتوازن والتمارين الرياضية والنشاط البدني يعمل على تخفيف أوزانهم وأكثر إفادة لصحتهم (الاتجاه نحو السلوك). وشعر أن عائلته والمحيطين به والمعالج يدعمونه من أجل تغيير نمط حياته (المعيار الذاتي) الذي يتأثر بآراء المحيطين به. وإدراكه هو بأنه قادر على ضبط سلوكيات الاكل والنشاط (التحكم السلوكي) فإنه يصل إلى تحقيق السلوك الصحي المرغوب.

4- نموذج مراحل التغيير:

لقد استطاع كل من (بروشاسكا ديكليمانتي Prochaska Diclemente) و(نوركروس Norcross، 1992)، بناء نموذج نظري يعنى بتحديد المراحل التي يمر بها الفرد في أثناء محاولته إحداث تغيير عن قصد لسلوك مضر مثل الأكل غير الصحي. حسب هذا النموذج فإن رغبة الفرد للتخلي عن عادة صحية سيئة تخضع لعدة عوامل شخصية داخلية. (عبد العزيز، 2010: 40)، فتغيير عادة سيئة ضارة بالصحة لا يحدث دفعة واحدة، فالناس يمرون بمراحل

عندما يحاولون تغيير عاداتهم الصحية، كما أن الدعم الذي يحتاجون إليه من المعالج، أو من البرنامج المنظم لتعديل السلوك، قد يختلف بناءً على المرحلة المحددة التي يمرون بها بالنسبة لتلك العادة المراد تغييرها. (تايلور، 2007: 174) والشكل التالي يوضح نموذج مراحل التغيير.



(عبدالعزيز، 2010: 41)

ففي المرحلة الأولى لاتوجد إرادة أو رغبة قوية في تغيير السلوك اللاسوي، وقد يكونوا غير واعيين بوجود مشكلة صحية لديهم، وبذلك لايفكرون في التغيير. أما المرحلة الثانية فتشمل الأفراد الذين هم على وعي بوجود مشكلة لديهم، ويفكرون جدياً في كيفية التغلب عليها ولو أنهم غير مقبلين بعد على اتخاذ أي اجراء عملي من شأنه أن يقضي على المشكلة الصحية. والمرحلة الثالثة هي مرحلة اتخاذ القرار وتشمل رغبة الفرد القوية في التغيير ويصاحب ذلك اتخاذ إجراءات عملية. وفي المرحلة الرابعة يحدث تعديل فعلي للسلوك وتغلب الفرد على مشكلته الصحية، وهذا يتطلب إرادة قوية وجهداً مستمراً لإحداث تغيير ملموس في تعديل السلوكيات .

أما المرحلة الخامسة وهي التي يحاول فيها الفرد الحفاظ على الفوائد الصحية ومنع الإنتكاسة.
(عبدالعزيز، 2010: 41-42)

وعلى البدناء لكي يستطيعوا التحكم في أوزانهم أن يدركوا أن مشكلتهم تتعلق بالنشاط البدني وسلوكيات الأكل، ويفترض هذا النموذج في أي وقت أن يكون البدني في أحد مراحل التغيير الخمسة التالية: ما قبل التوقع، التوقع، التجهيز، العمل والمحافظة، وفي عملية التغيير ينتقل البدني من مرحلة إلى المرحلة التالية وقد يكرر المراحل مرات عديدة قبل أن يحقق التغيير الدائم. وخلال هذا النموذج يشمل عمل المعالج تقييم مراحل التغيير لدى البدناء واستخدام طرق النصح السلوكي لمساعدتهم في التقدم من مرحلة إلى أخرى. (مصيقر، 2006: 32)

يتضح لنا أن نموذج مراحل التغيير من النماذج المهمة في تغيير السلوك، فهو يوضح المراحل التي يمر بها الافراد اثناء قيامهم بتغيير سلوكهم، وفيما يتعلق بالبدانة فلكي يستطيع البدناء التحكم في أوزانهم عليهم أن يدركوا أن مشكلتهم تتعلق بسلوكيات الأكل والنشاط البدني. ففي المرحلة الاولى لا توجد إرادة قوية لدى البدناء في تغيير السلوك، والمرحلة الثانية فتشمل البدناء الذين هم على وعي بمشكلتهم ويفكرون بجدية في إيجاد الحلول، غير إنهم لم يتخذوا اجراءات عملية بشأن ذلك، والمرحلة الثالثة هي اتخاذ القرار كالقيام بنشاطات بدنية ورياضية والتقليل من الأكل، وفي المرحلة الرابعة يحدث التغيير الفعلي في السلوك وهو تخفيف الوزن، أما المرحلة الخامسة فهي المحافظة على ما حققه الفرد من نجاح في الوزن المفقود وعدم الانتكاس.

5- النظرية المعرفية الاجتماعية:

أن لهذه النظرية أهمية كبيرة في عملية البدء في التغيير السلوكي الإيجابي والمحافظة عليه، حيث تم التفصيل بالحديث عنها في المبحث السابق.

سابعاً: الوقاية من البدانة وعلاجها:

قبل استعراض طرق علاج البدانة حرياً بنا الوقوف عند الوقاية منها، ولعل أهم هذه الطرق تتمثل في:

1. زيادة وعي الافراد بمشكلة البدانة وأخطارها.
2. التثقيف والارشاد الصحي والبرامج الخاصة بتعليم الافراد الاحتياجات الغذائية اليومية من السرعات.

3. تشجيع النشاط البدني وممارسة الرياضة.

4. عدم إفراط وسائل الإعلام في الإعلان على الأطعمة التي تحتوي على الكثير من

السرعات الحرارية. (دياب، 2001 : 355)

إن الوقاية من البدانة خير من علاجها، وذلك بمنع البدانة منذ الطفولة عن طريق التثقيف الغذائي والصحي منذ الصغر، وتناول الأطعمة الصحية بكميات مناسبة دون إفراط أو تفريط والإقلال من كمية الأطعمة التي تحتوي على الدهون والسكريات، والقيام بالأنشطة والتمارين الرياضية. ويجب التعرف على الأفراد الذين لديهم استعداد وراثي للبدانة ومحاولة وقايتهم وذلك بالتقليل من السرعات الحرارية وزيادة النشاط.

ولكن إن لم ننجح في الوقاية نبدأ بالعلاج فنستعين بطرق شتى نوضحها فيما يلي:

1- النظام الغذائي:

يقع مأخوذ الطعام على الجانب المضاد من النشاط البدني في معادلة ميزان الطاقة فإذا زاد هذا المأخوذ واستمر في الزيادة فإن هذا يتسبب في تجمع الدهون في الجسم وبالتالي البدانة. ولا يقتصر الأمر على كمية الطاقة داخل الوجبات ولكن مصادر هذه الطاقة قد تلعب دورا هاما في زيادة الوزن، وما زال هناك جدل واسع حول النسب المثالية للمكونات الغذائية الرئيسية حيث إن كل مكون منها له المسار الأيضي الخاص، كما يختلف كل مكون عن الآخر في مدى سهولة تحويله إلى دهون مخزنة بالجسم. (فاضل والعمادي، 2005: 29 - 30)

وهناك العديد من عادات الأكل الصحيحة والتي تعد سبيل الوقاية من الإصابة بالبدانة

وسوء الهضم ويمكن أن تشمل هذه العادات ما يلي:

أ- مراعاة وجود فترة كافية بين الوجبات (4 ساعات على الأقل) وذلك لكي تؤدي المعدة دورها

على أكمل وجه. لذا يجب تحديد مواعيد ثابتة لتناول الطعام بالنسبة لأفراد الأسرة .

ب- يجب أن يتناول الإنسان الوجبة الغذائية عند شعوره بالجوع لأن ذلك يساعد على سهولة

الهضم .

ج- مضغ الطعام ببطء يساعد المعدة على استقبال الطعام على دفعات متتابعة صغيرة مما يزيد

من كفاءة الهضم.

د- مضغ الطعام جيدا وهو ما يسمى بالهضم الميكانيكي يساعد على تحليل الغذاء إلي جزئيات تسهل عملية الهضم.

ه- تجنب الاستحمام عقب تناول الطعام بفترة وجيزة سواء بارد او ساخن لأنه يعرقل تدفق الدم إلي القناة الهضمية وبالتالي يؤدي إلي سوء الهضم والغثيان والقيء في بعض الاحيان. (نخبة من الأطباء الاختصاصيين، ب.ت: 68-69)، وعلى الفرد أن يتعلم منذ طفولته العادات الغذائية السليمة وأن يكون الابوان نموذجًا له ويجب المحافظة على الوجبات في مواعيدها المحددة، وعدم الاكثار من كمية الطعام والتقليل من الأطعمة مرتفعة السعرات الحرارية مثل السكريات والنشويات وتناول الفواكه والخضراوات. (عبد العال، 1995: 89)

هناك عدد من القواعد الصحية العامة التي يجب الأخذ بها عند التخلص من الوزن:

أ- يجب أن يتم انقاص الوزن تدريجيا مع الابتعاد عن الطرق الضارة والعنيفة مثل الصوم المستمر أو الاعتماد على صنف واحد من النظام الغذائي.

ب- أداء التمارين الرياضية.

ج- تغيير الأنماط الخاصة بالعادات الغذائية.

د- إضافة الالياف الغذائية عن طريق تناول الخضروات الورقية بكثرة، والتي تعطي الشعور بالشبع والامتلاء لدى الفرد.

ه- الالتزام بعدد الوجبات المعتادة مع تقليل حجم الوجبة (نخبة من الأطباء الاختصاصيين، ب. ت : 66).

2- التمارين الرياضية:

للتمارين الرياضية فوائد جسمية ونفسية، إنها سلوك إيجابي جيد ومفيد، تحسن أداء الأفراد في وظائفهم وتعدل اتجاهاتهم وتقل عندهم الأخطاء في العمل، ويؤثر النشاط الرياضي في مفهوم الذات فيتمكنون من ضبط أوزانهم ويتمتعون بمظهر جذاب وينخرطون في مناشط رياضية مع ارتفاع الروح المعنوية والشعور باحترام الذات ويحققون نجاحاً في النشاط الاجتماعي مع الشعور بالنشاط والحيوية. أما الفوائد الفسيولوجية فمنها زيادة إفراز الجسم من الأندوفرين Indrophine وهو مادة تشبه المورفين ويقلل هذا من الشعور بالضغط والإحساس بالألم.

(العيسوي، 2004: 127-128)

أن الحركة المتقنة المناسبة الصحية الطبيعية قد تنعكس بشكل كبير على الوضع الصحي والنفسي للإنسان من جوانبها المتعددة فهي تعكس:

أ- سلامة التركيب التشريحي، أي أن الهيكل العظمي والجهاز العضلي والعصبي والقلب والأوعية الدموية وغيرها من الأعضاء بحالة جيدة.

ب- سلامة الناحية النفسية والعصبية.

ج- سلامة الوضع الاجتماعي.

ويوصى بالنشاط البدني أو ممارسة الرياضة بشدة باعتبارها عاملاً جوهرياً في خطة التدخل لعلاج البدانة وخفض الوزن، ولا يساهم النشاط البدني في خفض الوزن عن طريق تغيير توازن الطاقة فحسب، بل يؤثر أيضاً بصورة إيجابية على تركيب الجسم، واحتمالات الإصابة بالأمراض، والحالة المزاجية ونمط المعيشة، وإن ممارسة النشاط البدني بصورة منتظمة هو أحد المؤشرات الدالة على نجاح جهود المحافظة على الوزن (جمعية التغذية الأمريكية، 2007: 359)، وللحصول على أفضل النتائج المرجوة من النشاط البدني للمحافظة على الوزن أو للتخفيف منه وجب مراعاة الأمور التالية:

أ- يجب أن يستمر النشاط العضلي إلى فترة مناسبة تكفي لزيادة عدد ضربات القلب إلى 60-90% من الحد الأعلى المسموح به التي تعتمد على عمر الفرد.

ب- يجب أن يداوم الفرد على النشاط العضلي بشكل منتظم يومياً، أو بما لا يقل عن مرتين في الأسبوع.

ج- إن انقطاع الفرد عن ممارسة النشاط العضلي يفقده ما حصل عليه من فوائد، ويعود الجسم إلى ما كان عليه قبل ممارسة المجهود العضلي.

د- تزداد أهمية النشاط العضلي في المحافظة على الصحة والوزن المثالي مع تقدم الفرد بالعمر، لأن الوزن يزداد بسرعة أكبر ومحاولة إنقاظه تكون أصعب كلما تقدم في السن. (أبو حامدة، 2003: 131-132)

تعد التمارين الرياضية اليومية عاملاً مساعداً هاماً لعلاج البدانة لما لها من فوائد كثيرة منها:

أ- زيادة استهلاك الطاقة، وبالتالي نقص أكبر من الحيريات من ذلك الذي نحصل عليه في حالة الحمية الغذائية بمفردها.

ب-تبدل كبير في تركيب الجسم باتجاه زيادة كتلة الجسم النحيلة على حساب النسيج الشحمي.
ج-تحسين حالة المقاومة للأنسولين، فرط أنسولين الدم وعدم تحمل الغلوكوز في البدانة.
د-تحسن الهيئة الخارجية للجسم وما يترتب عليه من فوائد نفسية كثيرة، ولذلك تعد التمارين الرياضية اليومية عاملاً هاماً في المحافظة على الوزن طويل الأمد، وخاصة إذا ما تم الجمع بين الحمية الغذائية والتمارين الرياضية (أبو سليمان، 2003 : 34).

3- العلاج الدوائي (العقاقير):

توجد العديد من العقاقير الطبية التي تستخدم في محاولة علاج البدانة رغم عدم إثبات جدوتها من الناحية العملية، ورغم إحداثها لآثار جانبية غير مرغوب بها ويمكن تقسيم هذه الأدوية إلى النوعين الأساسيين التاليين:

أ- الأدوية المثبطة للشهية:

وهي من أخطر أنواع العقاقير المستخدمة في علاج البدانة التي تؤثر على مراكز الجوع والشبع في الدماغ والتي قد تسبب فقدان الشهية للطعام وبالتالي فقداناً في الوزن، على الرغم من إحداثها لبعض المضاعفات مثل ارتفاع ضغط الدم، زيادة نبضات القلب، سرعة الانفعال، الاكتئاب والأرق. مثل عقار السيوترامين (sibutramine) وهو يعمل على تقليل الشهية للطعام من خلال الجهاز العصبي وهو فعال في خفض الوزن وتتضمن أعراضه الجانبية زيادة في ضغط الدم وضربات القلب.

ب-الأدوية التي تمنع امتصاص الدهون:

هي مجموعة من المركبات التي تمتاز بمقدرتها على الاتحاد مع الدهون الموجودة في المواد الغذائية وتحول دون إمكانية هضمها، وبالتالي تخرج من الجسم كما هي مع الفضلات، بحيث يتم التخلص من كم كبير من السعرات الحرارية التي يكون الفرد قد تناولها في غذائه، إلا أنها تؤدي إلى حرمان الجسم من المواد الذائبة في هذه الدهون والتي لا يمكن أن تستقيم العمليات الحيوية في الجسم بدونها ومن هذه الفيتامينات (E,D,K,A) وكذلك حرمانه من بعض الأحماض الدهنية الضرورية، مثل عقار أورليستات (orlistat) وهو يمنع أنزيمات الأمعاء من هضم الدهون وعدم امتصاص الجسم وبالتالي إخراجها، وله أعراض جانبية تتضمن الشعور بالانتفاخ والإسهال وقد يؤدي إلى حدوث سرطان الثدي. (أبو حامدة، 2003: 88-89)

يتضح من العرض السابق تنوع الأدوية المستخدمة في علاج البدانة حيث تعد كعامل مساعد لإنقاص الوزن إلا أنه قد تبث ضررها وأثارها الجانبية على صحة البدن.

4- الإبر الصينية:

تعتمد فكرة الإبر الصينية على وجود صلة بين بعض النقاط في منطقة الأذن أو اليد أو البطن ومراكز الإحساس بالشبع والجوع والعصب الحائر المسؤول عن حركة المعدة وافرزاتها. وعندما يتم تثبيت هذه الإبر في هذه النقاط المحددة وتنشيطها بالتيار الكهربائي أو بالضغط عليها فقط يمكن التقليل من الإحساس بالجوع والحصول على الإحساس بالشبع مع أقل كميات ممكنة من الطعام، وتساعد في انخفاض الوزن بمساعدة إتباع نظام غذائي محدد وأيضاً ممارسة الرياضة بشكل منتظم ويوجد منها ثلاثة أنواع هي:

- الصغيرة: توضع في منطقة الأذن أو اليد ويتم توصيلها بتيار كهربائي خارجي بسيط جداً.
- الكبيرة: توضع في منطقة البطن أو مناطق كبيرة أخرى بالجسم وتثبت لمدة (15-20) دقيقة في جلسات متكررة.
- الإبر الميكروسكوبية: وهي دقيقة جداً تثبت بشكل ثابت لمدة تتراوح ما بين (10-14) يوم ولا تحتاج لتوصيل كهربائي خارجي. (عبدالله، 2007: 178: 179)

1- العلاج الجراحي:

يعتقد البعض أن الجراحة قد تكون الحل الأمثل والأسهل لحل مشكلة البدانة، إلا أن هذا الاعتقاد ينبع مع التصور غير الواقعي وغير الموضوعي لهذه المشكلة، مع أن لا أحد يستطيع إنكار دور بعض الإجراءات الجراحية التي ساعدت في علاج بعض الحالات، ولكن ليس كلها ولا حتى معظمها. (أبو حامدة، 2003: 89)

في أغلب طرق الجراحة شيوعاً، يتم إزالة جزء من المعدة لتقليل طاقتها الاستيعابية للأطعمة، وبذلك يصبح لزاماً على الفرد الذي يعاني من البدانة أن يحد من تناوله للطعام، وكجميع العمليات الجراحية فإن هذا الإجراء له مخاطره، وآثاره الجانبية، لذلك فإن هذه الطريقة تتبع فقط مع الأفراد الذين لديهم زيادة في الوزن لا تقل عن (100%) والذين تعرضوا باستمرار إلى الفشل في تحقيق فقدان الوزن باتباع الطرق الأخرى، والذين يعانون من مشاكل صحية تجعل فقدان الوزن أمراً ملحاً. (تايلور، 2008: 249)

وتتعدد أنواع التدخلات الجراحية المستخدمة في علاج البدانة وفيما يلي توضيح لها:

أ- بالون المعدة:

يتألف البالون من أسطوانة مصنوعة من البلاستيك الرقيق بحيث يمكن نفخها كالبالون وذلك بواسطة أنبوب طويل من البلاستيك متفرع من الأسطوانة، حيث يتم إدخال هذه الأسطوانة إلى المعدة عن طريق الفم، وعندما يصل البالون إلى المعدة يتم نفخه عن طريق الأنبوب، حيث يطفو هذا البالون على القسم الأعلى للمعدة مما يؤدي إلى الشعور بالشبع، وبذلك يقل إقبال البدن على الطعام. ويمكن للمريض الاحتفاظ بهذا البالون لمدة أربعة أشهر وبعدها يبدأ بالتراجع والضمور مما يقتضي من الطبيب إخراجه من المعدة وبالإمكان زراعة بالون جديد لمدة أربعة أشهر أخرى إذا رأى الطبيب ضرورة، وينصح بترافق استعمال هذا البالون مع برنامج شامل لتخفيف الوزن يحتوي على المراجعات الطبية، والتمارين ونظام حمية غذائية، ومن عيوب هذه الطريقة أن الشهية تعود كالعادة بعد إخراج البالون مما يعيد زيادة الوزن (نابلسي، 2003: 96-98).

ب- عملية وصل الأمعاء:

تهدف هذه العملية إلى اصطناع فتحة ما بين الأمعاء الدقيقة إلى الاثني عشر مباشرة والجزء الأخير من الأمعاء الدقيقة، وبذلك فإن جزءاً من الطعام لا يتمكن من هضمه وامتصاصه بالشكل الطبيعي، ويفقده بالبراز وبهذا لا يتم تخزينه كدهون في الجسم، إلا أن هذه العملية مصحوبة بمضاعفات كبيرة جداً من بينها: انخفاض أملاح البوتاسيوم في الجسم مما يؤثر سلباً على كافة العضلات، نقص الكالسيوم في الجسم، الآم المفاصل الشديد، التسبب في حصى الكلى، فقدان الشهوة الجنسية، سوء التغذية، تشمع الكبد، اضطراب نفسي وعصبي.

ج- حزام المعدة:

وضع حزام بواسطة المنظار الجراحي حول المعدة بهدف تقليل سعتها لكي تقل كمية الطعام التي تستوعبها، ومن المخاطر أن ينقطع الحزام في أي وقت.

د- قص وتحويل المعدة والأمعاء:

تشمل تحويل المعدة إلى جيب صغير وتوصيلها بالأمعاء الدقيقة وتوصيل الأمعاء الدقيقة ببعضها لإحداث خلل بالامتصاص. هي تعد من أخطر العمليات الخاصة بالبدانة

وأكثرها فعالية إذ يؤدي تحويل الأمعاء إلى خلل في امتصاص المعادن والفيتامينات مما يتطلب أن يستمر المريض تحت الرقابة والمتابعة الطبية طوال حياته ويتم تعويض الحديد والفيتامينات عن طريق الحقن حيث لا يمكن امتصاصها.

هـ - الاستئصال الأنبوبي للمعدة **sleere Gstrectomy**:

استئصال 80% من المعدة وجعلها في شكل أنبوبة، وهي فعالة لأنها تستأصل الجزء الذي يفرز هرمون الجوع الذي أثبتت الأبحاث نقصه بعد عملية الاستئصال مما يسبب الشبع بسهولة ولا تخل بالامتصاص أو وظيفة المعدة على الإطلاق ولا تحتاج لرعاية طبية مستمرة أو تناول فيتامينات أو حديد.

و - شفط الدهون **Liposuction**:

عبارة عن عملية جراحية تهدف إلى إزالة الطبقة الدهنية المتواجدة تحت الجلد بواسطة عدة أساليب جراحية منها ما يعتمد على إدخال أنبوب معدني أو ما شابه ذلك عبر جرح صغير في الجلد تحت تأثير التخدير الموضعي ومن ثم وصل هذا الأنبوب بآلة شفط كهربائية قوية، بحيث يتم شفط كمية من الدهون. أو يمكن الاستعانة باستخدام التخدير العام للمصاب وفتح مسافات مناسبة وإزالة الطبقة الدهنية بعد ذلك. أو باستخدام الأمواج فوق صوتية الخاصة التي تحطم الدهون، ثم يتم شفطها بسهولة أكبر... وغيرها من التكنولوجيات الجراحية التي مهما اختلفت ألياتها فهي تهدف إلى نفس الهدف وهو الإزالة الميكانيكية لأكبر عدد ممكن من الخلايا الدهنية المتجمعة تحت الجلد. وتقتصر هذه العمليات على إزالة الدهون فقط، وقد يلزم إجراء جراحي إضافي يتمثل في إزالة الجلد الزائد وترميم مكان إزالة الدهون.

تكاد تكون جدوى هذه العمليات محدودة، ومحصورة على فئة معينة من الأفراد وخاصة الذين يعانون من تراكم الدهون في مواضع معينة فقط من الجسم كالورك أو الفخذ أو الصدر أو أي مكان آخر، ويصعب التأثير على هذه التراكبات الدهنية بأساليب أخرى مثل الحمية الغذائية أو التمارين الرياضية. (أبو حامدة، 2003: 92-93)

يتضح مما سبق تعدد أنواع التدخلات الجراحية المستخدمة في علاج البدانة، فبعضها تقلل من حجم المعدة لتقليل كمية الطعام التي يتناولها البدني، وبعضها تؤدي إلى تقليل إمتصاص الدهون، وأخرى تعمل على إزالة الدهون. ولكل نوع منها عيوب ومخاطر، ويلجأ إليها

البدناء ذوي البدانة المفرطة عندما يفشلون في خفض أوزانهم عن طريق الوسائل الأخرى، ويكون التدخل الجراحي هو الحل الوحيد لعلاجهم.

5- العلاج النفسي:

تؤدي معظم طرق علاج البدانة إلى نقص الوزن لفترة قصيرة، حيث يستعاد الوزن مرة أخرى عندما يتوقف العلاج. ومن أفضل الطرق لعلاج البدانة هي الجمع بين النشاط البدني والنظام الغذائي والفنيات المعرفية السلوكية. (31 : Dickerson & carek,2000)، حيث يخضع علاج البدانة لعدة شروط:

أ- **قوة الإرادة:** تعد من أولى الخطوات في علاج البدانة وهي أن يكون لدى البدين إرادة قوية ودافع لعلاج بدانته وهذا يتطلب منه بذل الجهد.

ب- **الوعي بحالته:** يجب أن يدرك البدين أن جسمه ومظهره ونشاطه وحركته تختلف على الآخرين.

ج- **المناخ العائلي:** يجب ان يكون المناخ العائلي ملائماً بحيث يساعد البدين على التقليل من أنواع الطعام وكميته واختيار الطعام الصحي الأمر الذي يساعده على إنقاص وزنه والمحافظة عليه.

د- **تغيير العادات السلوكية:** يجب على البدين تغيير بعض العادات الغذائية السيئة والتقليل من الأكل وخاصة عند الحفلات والولائم. (ثشير، 2002: 93)

ومع وجود جدل علمي قديم - حديث حول محاولة تفسير الحقائق المتعلقة بمشكلة البدانة وأسبابها وانتشارها وأخطارها وطرق علاجها، إلا أن المتمعن في تلك الحقائق يستطيع إلى حد ما أن يتجاوز تلك الخلافات النظرية وأن يلتمس النواحي العلمية الأكثر إفادة وموضوعية وعقلانية، والتي يكاد يتفق عليها غالبية المهتمون بهذه المشكلة، وهي ضرورة النظر إلى مشكلة البدانة نظرة شمولية مع اعتبار كافة العوامل المؤدية لها ومحاولة وضع الحلول المناسبة لكل من هذه العوامل، دون تغلب عامل على آخر إلا بما يستحق من العناية والاهتمام.

أما ما يكاد يجمع عليه الغالبية العظمى من الباحثين في هذا المجال فهو:

أ- لا أحد ينكر وجود أسباب وراثية تؤدي إلى قابلية الفرد للبدانة.

ب- لا بد من توافر الشروط البيئية والاجتماعية المشجعة على بلورة الصفات الوراثية المؤدية للبدانة وهذه هي الحلقة الأهم في نشوء البدانة.

ج- مع صعوبة تعديل أو تغيير الأسباب الوراثية المؤدية للبدانة، إلا أن تعديل الظروف البيئية والاجتماعية ممكن وفعال إلي درجة كبيرة في التغلب على مشكلة البدانة.

د- إن أنجح وسيلة على الإطلاق لمعالجة البدانة، هي الوقاية منها أصلاً، لأن الوقاية منها أسهل بكثير من علاجها ويكون ذلك عن طريق التثقيف الصحي الأسري الاجتماعي السليم.

هـ- إن أفضل من يعالج البدانة بنجاح هو البدين نفسه، وذلك لأن أي وسيلة لعلاج البدانة سوف تبوء بالفشل إذا لم يساهم البدين نفسه بمجهود كبير، بعد أن تكتمل لديه القناعة لضرورة التخلص من البدانة، وبعد أن تكتمل في مخيلته كافة الأبعاد الصحية والنفسية والاجتماعية لمشكلة البدانة. وأن الاعتماد على أي وسيلة لعلاج البدانة بمعزل عن الفرد نفسه سوف يكون محكوماً عليها بالفشل الذريع مسبقاً، ولن تكون إلا مضيعة للوقت والجهد والمال. (أبو حامدة، 2003 : 11)

ويتخذ العلاج السلوكي للبدانة عدة أشكال، إلا أن أساس هذه الطريقة يكمن في التطبيق المتكامل للعناصر الأربعة: ضبط المثير - التحكم في الأكل - التحكم في الاحتمالات الطارئة - المراقبة الذاتية.

1- **ضبط المثير:** تلعب المؤثرات البيئية دوراً في ترويج الأكلات غير الملائمة، وأن إستبعاد هذه المؤثرات هو هدف طرق ضبط المثير، ومن أمثلة هذه الطريقة إبعاد الطعام عن متناول الرؤية، وعدم سهولة الوصول إليه، وتقييد كمية إستهلاك الطعام وقصرها على أوقات وأماكن معينة.

2- **المراقبة الذاتية:** وهي عنصر اساسي في البرنامج المعرفي السلوكي حيث يسجل البدين مايتناوله يومياً من وجبات والأفكار والمشاعر المرتبطة بتناول الطعام، وبهذه الطريقة يمكن تحديد الأنماط الخاطئة في الأكل والسلوكيات.

3- **التحكم في الأكل:** وهو إبطاء السرعة في تناول الطعام، وتبين الأدلة الفسيولوجية بأن عندما يأكل الفرد ببطء فإن الوقت الكافي يسمح بحدوث الوعي بالشبع، والإفتراسات

النموذجية لهذه الطريقة تشمل أخذ كمية صغيرة في كل ملعقة طعام، ووضع الملعقة بين لقمة وأخرى، ومضغ اللقمة بإتقان وبصورة كاملة.

4- **التحكم في الإحتمالات الطارئة:** أن السلوكيات التي تحظى بالمكافأة تميل إلى التعزيز، أما السلوكيات التي تخضع للعقاب تزول، وإدارة الإحتمالات الطارئة هو تطبيق هذا المبدأ لأجل تحقيق أهداف خفض الوزن. فمن الممكن تطبيق منح المكافآت أو إنزال العقاب من قبل المعالج أو الآخرين المؤثرين أو البدناء انفسهم. (Raymond & Anne,1994: p502)

ومن الفنيات المعرفية السلوكية هي تدريب البدن على أن يقتصر في تناوله للطعام على مكان واحد في البيت لا يغيره وأن يمتنع عن الأكل عندما يمارس أي عمل وأن يترث بين اللقمة واللقمة وأن يعرف القيمة الغذائية في الأطعمة ومقدار مافيهها من سعرات حرارية. (العيسوي، 2006: 98)

يتضح مما سبق أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد العلاجات النفسية ومن أهمها في علاج البدانة، إلا أن الأمر يتطلب من البدن التحلي بالصبر وقوة الإرادة والمثابرة، وإتباع نظام غذائي يتميز بالإقلال من الأكل على أن يكون الغذاء متوازناً يحتوي على كل العناصر الأساسية اللازمة لبناء الجسم وإمداده بالطاقة، وتعديل الأفكار التي تشجع الإنتكاس الغذائي، وقد يرجع فشل العديد من طرق علاج البدانة إلى أنها لاتضع في الاعتبار الارتباط بين البدانة والكفاءة الذاتية، فمن الضروري علاج انخفاض الكفاءة الذاتية لدى البدناء عن طريق البرامج العلاجية والارشادية كمرحلة أولى لخفض الوزن.

المبحث الثالث

الارشاد النفسي

أولاً: تعريف وأهداف الارشاد النفسي.

ثانياً: مناهج وأسس الارشاد النفسي.

ثالثاً: نظريات الارشاد النفسي.

رابعاً: الارشاد الجماعي.

خامساً: الارشاد المعرفي السلوكي لمرضى البدانة.

المبحث الثالث الإرشاد النفسي

تمهيد:

يعد الإرشاد النفسي أحد المجالات التطبيقية لعلم النفس فهو يقوم على أسس علمية ويحتاج إلى مهارات وخبرة وتدريب، ويهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أفضل، ونظراً للمعاناة التي يشعر بها مرضى البدانة الأمر الذي يدعوا إلى التفكير وبشكل جاد للتخطيط لبرامج إرشادية نفسية للتصدي لهذه المشكلة وحلها أو على الأقل التخفيف من أثارها، ولتنمية إمكانيات الفرد لزيادة الكفاءة الذاتية لديه والتي تجعله يتبنى أساليب سلوكية صحية.

أولاً: تعريف الإرشاد النفسي وأهدافه:

1- تعريفه:

تعرف الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي بأنه: " الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ واساليب دراسة السلوك الانساني خلال مراحل نموه المختلفة ويقدمون خدماتهم لتأكيد الجانب الايجابي لشخصية المسترشد واستقلاله في تحقيق التوافق لدى المسترشد وبهدف اكتساب مهارات جديدة تساعد على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة واكتساب قدرة اتخاذ القرار ويقدم لجميع الافراد وفي المراحل العمرية المختلفة، الاسرة، المدرسة، العمل". (الخطيب، 2000: 64)

ويعرفه فريدريك ثورن بأنه: "عملية قائمة على علاقة وجه لوجه، لمرشد متدرب بدرجة عالية في علم النفس يحاول مساعدة الاخرين لحل مشكلاتهم في الحياة التي ترجع الى عوامل شخصية، كما انه يهتم بالعوامل الشخصية للناس العاديين للاستفادة بأعلى درجة من امكانياتهم وقدراتهم". (أبوعيطة، 1998: 178)

ويقدم زهران (2003: 255) مفهوما للإرشاد النفسي باعتباره: " عملية بناء تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي امكانياته

ويتخذ قراراته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل الى تحديد وتحقيق اهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا وأسريا.

ويعرفه أبوعبادة ونيازي (2001: 41) بأنه: "عملية ذات توجه تعليمي، تجرى في بيئة اجتماعية بسيطة، يسعى المرشد المؤهل بالمعرفة والمهارة والخبرة الى مساعدة المسترشد باستخدام طرائق وأساليب ملائمة ومتقنة مع قدراته كي يتعلم أكثر بشأن ذاته ويعرفها على نحو أفضل، ويتعلم كيف يضع هذا الفهم موضع التنفيذ، فيما يتعلق بأهداف يحددها بشكل واقعي ويدركها بوضوح أكثر ووصولاً الى الغاية لكي يصبح أكثر سعادة وأكثر إنتاجية".

ويرى الدايري (2000: 21) أن الارشاد: "هو خدمة نفسية يقدمها المرشد النفسي المتخصص في جانب من المعرفة والخبرة في علم النفس بفروعه المختلفة إلى الفرد لكي يساعده على فهم نفسه وتحليل قدراته وإمكانياته والواقع الذي يعيش فيه واستثمار هذه القدرات والامكانيات في حل المشكلات التي يصادفها والتخطيط للمستقبل ليعيش الفرد متكيفا في النواحي الشخصية والاجتماعية".

ويوضح موسى (2001:126) الارشاد بأنه: "ايجاد حلول للمشاكل الناجمة عن المحاور الثلاثة البيت والمدرسة والمجتمع".

ويعرفه الشناوي (1996:13) بأنه: "عملية ذات طابع تعليمي تتم وجها لوجه بين مرشد مؤهل ومسترشد يبحث عن المساعدة ليحل مشكلاته ويتخذ قراراته، حيث يساعده المرشد باستخدام مهاراته والعلاقة الارشادية على فهم ذاته وظروفه والوصول الى انسب القرارات في الحاضر والمستقبل".

وتعرفه الدليمي (2012:7) بأنه بأنه: عملية نفسية مخطط لها علمياً، وتتم خلال جلسات دورية بين المرشد وشخص أو أكثر ممن يعانون من مشكلات لم تصل الى حد المرض أو الاضطراب، بهدف مساعدتهم على حل تلك المشكلات واعدادهم وتهيئتهم مستقبلا لاختيار اساليب مناسبة في التعامل مع المشكلات ومواجهتها

يتضح مما سبق ان مجمل التعريفات تشير الى أن الارشاد النفسي عملية مهنية تتم في شكل تفاعل ايجابي بين مرشد متخصص مؤهل ومسترشد أو أكثر في علاقة ارشادية الهدف

منها اكساب الفرد القدرة على تحقيق الصحة النفسية والتوافق مع الذات والآخرين والقدرة على اتخاذ القرارات وحل المشكلات والعوائق التي تعترض نموه.

ويمكن أن تعرف الباحثة الإرشاد النفسي بأنه: علاقة ارشادية مهنية بين مرشد متخصص ومؤهل ذي سمات شخصية ومهنية ومسترشد او مجموعة من المسترشدين يعانون من نفس المشكلة بهدف تعديل وتغيير سلوكيات واكساب مهارات وتحديد اهداف وتنمية القدرة على حل المشكلات واتخاذ القرارات وتنمية الدافعية والمسؤولية الفردية والاجتماعية والكفاءة الذاتية وتحقيق الصحة النفسية والتوافق مع النفس والواقع المعاش. ليصل المسترشد إلى هذه الدرجة من خلال تبصيره بقدراته وميوله واتجاهاته.

2-أهداف الإرشاد النفسي:

يسعى الإرشاد النفسي إلى تحقيق مجموعة من الاهداف نذكرها فيما يلي:

أ- تحقيق الذات:

الذات هي كينونة الفرد وحجر الزاوية في الشخصية حيث يؤكد روجرز (Rgers) على وجود دافع يوجه السلوك الإنساني وهو دافع تحقيق الذات. والفرد على استعداد دائم لفهم ذاته وإمكانياته واستعداداته والعمل على تحقيقها والوصول إلى أعلى درجة من فهم الذات (جاسم، 1990:155). فعندما يحقق الفرد ذاته ويصبح كما يدرك ذاته المثالية يكون قد حقق أقصى هدف يسعى لتحقيقه، حيث يسعى الإرشاد إلى الوصول بالفرد إلى هذه الدرجة من خلال تبصيره بقدراته وميوله واتجاهاته. (عبد الهادي والعزة، 1999: 21)

ب- تحقيق التوافق:

يسعى الإرشاد النفسي إلى تناول البيئة والسلوك بالتعديل كي يحدث التوافق الشخصي الذي يتم فيه الرضا عن النفس والتوافق الاجتماعي والذي يتضمن التوافق مع الآخرين، ولكي يصل التوجيه والإرشاد النفسي إلى هذا الهدف من الضروري تنمية قدرة المسترشد واكتسابه المهارة المطلوبة للتفاعل مع المواقف المختلفة. (بيروتى، 2010:17) فقد تكون المشكلات التي يواجهها بعض المسترشدين ناتجة عن علاقاتهم بالآخرين، فقد تكون صور الذات منخفضه لدى المسترشد مما يجعله يتصرف بأسلوب دفاعي، وقد تكون مهاراته الاجتماعية ضعيفة. وبالتالي

فواجب المرشد مساعدة المسترشد بجعله أكثر فاعلية في علاقاته الشخصية مع الآخرين.
(الزعيبي، 2005: 25)

ج- تحقيق الصحة النفسية:

يواجه الفرد مشكلات وصعوبات في حياته، ويؤدي عدم إيجاد حلول مناسبة لها إلى الشعور ببعض المشاعر السلبية التي تعيق النمو السوي للفرد كالحزن والهم والاحباط والصراع والقلق والمخاوف والشعور بالعزلة... الخ، مما يؤثر على صحته النفسية، ففي مثل هذه الظروف من واجب المرشد مساعدة المسترشد لكي يخلصه من هذه المشاعر. (إذ يسعى الارشاد النفسي إلى تبصير الفرد بالمشكلات التي تواجهه والامكانيات المتوفرة لحلها، مما يساعد الفرد على إيجاد الحلول المناسبة التي تخفف من المشاعر السلبية ويساعده على تحقيق الصحة النفسية. (عقل، 1999: 33)

د- اتخاذ القرارات:

يمر الانسان خلال حياته بالعديد من المواقف التي تتطلب منه اتخاذ قرارات مثل اتخاذ قرار مهني أو دراسي أو زواجي أو أسري... الخ، وقد يجد الفرد صعوبات في اتخاذ مثل هذه القرارات، حيث يسعى الارشاد النفسي إلى مساعدة الأفراد على فهم قدراتهم وميولهم وامكانياتهم واتجاهاتهم وتسهيل الخطوات التي تمكنهم من الوصول إلى القرارات المناسبة التي يتخذها بنفسه ويتحمل مسؤولية اتخاذها. (السفاسفة، 2003: 19)

هـ- مساعدة الفرد على توجيه نموه وتنمية طاقاته:

يهدف التوجيه والارشاد إلى مساعدة الفرد على توجيه نموه نحو المسارات الصحيحة، سواء عن طريق إزالة العقبات التي تقف في طريق النمو، أم عن طريق مساعدته على اكتشاف طرائق جديدة للنمو والإبداع. كما يسعى إلى توفير الفرص المناسبة لتنمية طاقات الأفراد وامكانياتهم إلى أقصى حد ممكن ليحسن من كفاءتهم الذاتية، فيتعلموا كيفية التغلب على مشكلاتهم مثل: البدانة، الخجل، الاكتئاب، القلق... وغيرها. (الزعيبي، 2005: 24)

نلاحظ مما سبق أن الارشاد يسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف والتي مهما تعددت فإنها تسعى جميعها إلى تحقيق هدف عام وهو إحداث تغيير في جميع جوانب شخصية المسترشد التي تنطوي تحت ثلاث جوانب رئيسة وهي: الجانب المعرفي: هو تغير في التفكير

والمعتقدات الخاطئة، والجانب الوجداني: هو تغيير في الانفعالات والمشاعر والحالة المزاجية، والجانب السلوكي: وهو تعديل السلوكيات الخاطئة واكتساب سلوكيات جديدة.

ثانياً: مناهج وأسس الارشاد النفسي:

1- مناهج الارشاد النفسي:

يتم تقديم خدمات الارشاد النفسي عبر برامج وقائية ونمائية وعلاجية وفقاً لما يلي:

أ- المنهج الوقائي (Preventive):

يطلق عليه منهج التحصين النفسي ضد المشكلات والاضطرابات والأمراض، حيث يهدف إلى منع حدوث المشكلات والاضطرابات التي من المتوقع حدوثها من خلال تبصيرهم بتلك المشكلات وتوجيههم إلى أفضل الطرق للتوافق مع الذات والآخرين لوقايتهم منها. (عبدالهادي وعزة، 1999:23) وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة هي:

الوقاية الأولية: وهي محاولة منع حدوث المشكلة أو الاضطراب أو المرض. وذلك بإزالة الأسباب حتى لا يقع المحذور.

الوقاية الثانوية: وتتضمن محاولة الكشف المبكر وتشخيص الاضطراب في مرحلته الأولى بقدر الإمكان للسيطرة عليه ومنع تطوره وتفاقمه.

الوقاية من الدرجة الثالثة: وتتضمن محاولة التقليل من اثر إعاقة الاضطراب أو منع إزمان المرضى. (البادي والخطيب، 2000: 25)

ب- المنهج الإنمائي (Developmental):

يهدف هذا المنهج إلى تنمية قدرات العاديين وزيادة توافقهم إلى أقصى حد ممكن وذلك عن طريق نمو مفهوم إيجابي للذات، وتحديد الأهداف الصحيحة، واستغلال القدرات والإمكانات للنمو السليم والتطور، من خلال رعاية مظاهر الشخصية جسماً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً. (مصطفى، 2020 : 33)

هـ- المنهج العلاجي (Remedial):

يسعى هذا المنهج إلى تقديم الخدمات إلى الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية أو تربوية أو اجتماعية من قبل المرشد النفسي حيث يقوم بدراستها وتشخيص أسبابها من أجل وضع خطة لعلاجها وتقديم المساعدة اللازمة. (الزعيبي، 2005: 310)

2- أسس الإرشاد النفسي:

أ- الثبات النسبي للسلوك الانساني:

إن السلوك الانساني مكتسب متعلم ويكون للتنشئة الاجتماعية والتربوية والتعليم دور في تشكيله وتطوره. هو يكتسب صفة الثبات النسبي والتشابه بين الماضي والحاضر والمستقبل. يمكن التنبؤ به اذا تساوت الظروف والعوامل المحيطة بالفرد ويكون السلوك الانساني ثابتاً نسبياً ويمكن التنبؤ به عند الأفراد العاديين، تحت ظروف ومواقف عادية. (زهران، 1998: 62)

ب- مرونة السلوك الانساني:

بالرغم من أن السلوك الانساني ثابت نسبياً، إلا أنه قابل للتعديل والتغيير عن طريق التعلم والتعليم، وهذا من شأنه تشجع العاملين في مجال الإرشاد النفسي ليكونوا أكثر تفاعلاً لتغيير أو تعديل سلوكيات الأفراد المضطربين نحو الأفضل. ولا يقتصر مبدأ مرونة السلوك على السلوك الظاهري، بل يشمل التنظيم الأساسي للشخصية ومفهوم الذات أيضاً. (الزعبي، 2005: 48)

و- السلوك الإنساني فردي - اجتماعي:

إن السلوك الإنساني هو وحده يبدأ فيه تأثير الجماعة، وسلوكه مع الجماعة تبدو فيه آثار شخصيته. فأي محاولة لتعديل أو تغيير السلوك لا بد أن تدخل في الحساب شخصية الفرد ومعايير الجماعة والأدوار الاجتماعية والاتجاهات والقيم ما يحقق صالح كل من الفرد والجماعة. (زهران، 1998: 64)

ز- استعداد الفرد للتوجيه والإرشاد:

إن الانسان العادي تكون لديه القدرة على الاستبصار بحالته، مما يشعره بالرغبة في التغيير فيقبل على الارشاد بنفسه وبدون تأفف ويثق في عملية الارشاد ويتوقع الاستفادة منها. وهذا ما يعود عليه بالفائدة الكبيرة ويحقق الهدف من عملية الارشاد. وهذا دليل على أن لدى الانسان استعداد قوي لتغيير السلوك غير الصحيح واستبداله بسلوك أفضل.

ح- حق الفرد في الاستفادة من التوجيه والإرشاد:

من حق الفرد على المجتمع الذي يعيش فيه في مراحل النمو جميعها، الاستفادة من خدمات التوجيه والإرشاد ليحقق سعادته في حياته الشخصية والمهنة. ومن واجب الدولة توفير هذه الخدمات وتيسيرها لكل فرد حسب حاجته إليها. (الزعبي، 2005: 49)

ه- حق الفرد في تقرير مصيره:

حق الفرد في اتخاذ القرارات المتعلقة به فهو حر في اختيارها ولا يجبر عليها، فالفرد الحر هو الذي يعرف ذاته ويحققها وينميها ويسعى لحل مشكلاته، وهو يسعى لتحقيق مزيد من الحرية في إطار من المسؤولية في ضوء خبرات الماضي وظروف الحاضر وتطلعات المستقبل، ويتعد المرشد عن تقديم حلول أو قرارات أو خططا جاهزة بل يساعده في ذلك. (زهران، 1998: 66-67)

و- تقبل المرشد:

تقوم عملية الإرشاد النفسي على أساس تقبل المرشد للمسترشد بدون شروط ومهما كان سلوكه. ولكن لا يتقبل سلوكه الشاذ أو المنحرف وإنما يساعده في تغيير هذا السلوك واستبداله بسلوك سوي. (الزعبي، 2005: 50)

ز- استمرار عملية الارشاد:

إن عملية الإرشاد مستمرة من الطفولة الى الكهولة، وعلى المرشد متابعتها، لأن الإرشاد ليس مجرد وصفة طبية ولكنه خدمة مستمرة منظمة مادام الفرد ينمو.

ح- الدين ركن اساسي في عملية الارشاد:

إن المعتقدات الدينية للمرشد والمسترشد هامة في عملية الإرشاد، لأنها تعد ضوابط للسلوك، ويجمع المرشدون والمعالجون النفسيون على اختلاف اديانهم، على ان الارشاد والعلاج النفسي يقوم على أسس ومفاهيم ومبادئ وأساليب دينية روحية (زهران، 1998: 68).

ي- مراعاة الفروق الفردية:

يختلف الأفراد في جميع جوانب الشخصية، كما توجد فروق بين الجنسين، فعلى المرشد أن يدرك أن لكل فرد استعداداته وقدراته وميوله واتجاهاته وبناء عليه يجب مراعاة هذه الفروق في مجالات الارشاد المختلفة. (أحمد: 1999. 45)

تبين مما تقدم تعدد أسس التوجيه والإرشاد النفسي التي تستمد مكانتها من طبيعة الإنسان وسماته وخصائص سلوكه، حيث يتأثر هذا السلوك بالعديد من العوامل الوراثية والبيئية والاجتماعية. فلكل فرد أسباب اضطرابه التي تختلف عن الآخرين، وسلوكه يتأثر بشخصيته

وكذلك بمعايير الجماعة وقيمها، وتعد هذه الأسس بمثابة هادي للمرشد أثناء ممارسته للعملية الإرشادية.

ثالثاً- نظريات الإرشاد:

لا ينكر أحد أهمية النظرية في علم النفس الإرشادي والعلاجي، وعلم النفس العيادي، حيث إنها تمثل خريطة واضحة المعالم أمام كل من المرشد أو المعالج النفسي. فهي تساعدهما على فهم ما يمكن أن يقدماه لمسترشديهم وبناء على النظرية يتعرفان على طريقتهم في عملية الإرشاد والعلاج (ماهر، 1985: 30) وفيما يلي عرض لبعض هذه النظريات:

1- نظرية التحليل النفسي:

لقد حظيت هذه النظرية بشهرة كبيرة عند ظهورها في مجالات الإرشاد والعلاج النفسي، حيث أشار فرويد إلى أن مستويات الوعي الإنساني هي: الشعور وما قبل الشعور واللاشعور حيث تؤثر على الشخصية، كما أن تصورهما لها يقوم على ثلاثة أبعاد هي: هو ID وهو مستقر الغرائز والدوافع الأولية التي تسعى للإشباع، والأنا الأعلى EgoSuper وهي مستقر الضمير والقيم والأخلاق والمثل العليا، فهي بمثابة سلطة داخلية تراقب وتحاسب، والأنا Ego وهي تحتل مكاناً وسطاً بين مستقر الغرائز ومستقر المثل العليا وتعمل على التوفيق بين هو والانا الأعلى، ويرى فرويد أن الجهاز النفسي لا بد أن يكون متوازياً حتى تسير الحياة سيراً سويماً ولذلك يحاول الأنا حل الصراع بين هو والانا الأعلى فإذا نجح كان سويماً وإذا أخفق ظهرت أعراض العصاب. (الداهري، 2000: 90)

تطبيق النظرية في مجال الإرشاد:

أ- العمل على طمأنة المسترشد وتأكيد ثقته بنفسه، وتكوين علاقة عمل اجتماعية سليمة معه تعتمد على التقبل.

ب- العمل على تطهير النفس من المواد المكبوتة، عن طريق التنفيس أو طريقة التداعي الحر بإعطاء المسترشد فرصة للتعبير عما يدور في ذهنه.

ج- قد يستخدم أحياناً التنويم المغناطيسي والتمارين الرياضية مثل اليوغا والألعاب السويدية.

د- تفسير ما يكشف عنه التداعي الحر.

ه- بناء العادات السليمة أو إعادة التعلم. (أبوعطية، 1988: 118)

2- نظرية السمات والعوامل:

تعد هذه النظرية الأساس النظري الذي تقوم عليه طريقة الإرشاد الموجه أو الإرشاد الممركز حول المرشد. (زهران، 1998: 121-122) تهتم بالتشخيص النفسي واستخدام طرق الإرشاد التي تناسب اختلاف الشخصية من فرد إلى آخر، وتهتم كذلك بتحليل المرشد وتطبيق المقاييس النفسية التي تعطي تقديرات كمية لسمات المرشد

والشخصية وفقاً لهذه النظرية عبارة عن نظام يتكون من مجموعة سمات أو عوامل مستقلة تمثل مجموعة أجزائها، والسمة هي الصفات العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية الفطرية أو المكتسبة التي يتميز بها الفرد. أما العوامل فهي مفهوم رياضي إحصائي يوضح المكونات المحتملة للظاهرة يسمى قدرة. والتحليل العاملي أسلوب إحصائي للتوصل إلى أقل عدد ممكن من العوامل المشتركة اللازمة لتفسير مجموعة من الارتباطات تؤثر في أي عدد من الظواهر المختلفة. (الزيادي والخطيب، 2000: 53-54)

3- نظرية الذات:

تعد نظرية الذات من أقدم النظريات النفسية. وصاحب هذه النظرية هو (كارل روجرز)، حيث تعتمد على الإرشاد غير المباشر، وأطلق عليها الإرشاد المتمركز حول المرشد، أي لا يعطي للمرشد أي دور مباشر في عملية الإرشاد. (الخطيب، 2000: 298) إن الاضطراب النفسي في ضوء هذه النظرية هو إخفاق الفرد في تقدير ذاته بصورة إيجابية، أو بأنه تفاوت مفرط بين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي، وبما أن مفهوم الذات ينمو أيضاً من خلال إدراك الفرد لتقييم الآخرين له، فإن الاضطراب النفسي ينشأ عند الفرد نتيجة إخفاقه في الحصول على تقدير إيجابي من الآخرين فالمفاهيم السلبية عن الذات ترتبط بالانحراف والاضطراب النفسي والعصاب، في حين ترتبط المفاهيم الإيجابية عن الذات بالسواء والصحة النفسية، وهذا يعني أن مشاكل الخطر والتهديد والقلق تزداد عند الأفراد الذين يعانون من مفاهيم سلبية عن ذاتهم. وتهدف عملية الإرشاد النفسي إلى تحقيق فهم واقعي للذات عند المرشد وإلى زيادة التطابق بين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي الذي يؤدي إلى إيجاد تقبل للذات وتقبل للآخرين، وتحقيق التوافق النفسي والصحة النفسية لديه.

يرى "روجرز" أن لدى الفرد إمكانات فطرية تمكنه من النمو على نحو سليم إيجابي ومبدع، وفي ضوء ذلك يقوم الإرشاد النفسي بمساعدة المرشد على إطلاق الامكانيات الإيجابية الفطرية لدى المسترشد المدفوع بنظرته نحو الأفضل، فإذا توفر المرشد المتمكن فإنه يساعد المسترشد في:

أ- عرض مشاعره وخبراته بحرية دون خوف أو خجل.

ب- اكتشاف ذاته على تحقيقها ومواجهة ذلك.

ج- زيادة تقديره لذاته وتنمية قدرته على المواجهة.

ولكي تتحقق فاعلية الإرشاد وأهدافه، لابد للمسترشد من إدراك أمور معينة تتعلق بطبيعة

العلاقة الإرشادية منها:

أ- إدراك المسترشد وجود درجة من القلق والضيق تستدعي مساعدة المرشد.

ب- شعور المسترشد بوجود علاقة حميمة دافئة بينه وبين المرشد.

ج- توفر جو من التقبل والتقدير الإيجابي لذات المسترشد.

د- توفر الأصالة والانسجام في العلاقة الإرشادية. (الزعيبي، 2005: 85-87)

4- النظرية السلوكية:

إن الاهتمام الرئيسي للنظرية السلوكية هو السلوك، حيث ترى أن معظم سلوكيات الإنسان متعلمة، وهي بمثابة استجابات لمثيرات محدودة موجودة في البيئة. فهي تركز على كيفية تعلم السلوك وكيفية تعديله وتغييره، كما يؤمن السلوكيون بالسلوك الظاهر القابل للقياس والملاحظة، فمفاهيم مثل اللا شعور، والأنا، والأنا الأعلى ليس لها معنى وفقا لوجهة النظر السلوكية، وينظرون إلى الشخصية بأنها مجموعة من الأنماط السلوكية الظاهرة، او مجموعة من العادات السلوكية المتعلمة والثابتة نسبيا والقابلة للملاحظة والقياس والتنبؤ والتي تميز الفرد عن الآخرين. وأن الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية ماهي إلا عادات متعلمة خاطئة، أو سلوكيات غير متكيفة. يحتفظ بها الفرد لفاعليتها كوسيلة دفاعية لتجنب مواقف غير مرغوبة، أو ليقفل من قلقه وتوتراته مما جعلها ترتبط شرطيا بالموقف الذي أدى اليها (الزعيبي، 2005: 62-

63). ويركز الإرشاد النفسي في هذه النظرية على:

أ- تعزيز السلوك السوي.

ب- مساعدة المسترشد في تعلم سلوك جديد مرغوب، والتخلص من سلوك غير مرغوب.
ج- تغيير السلوك غير السوي، وذلك عن طريق تحديد السلوك المراد تغييره والشروط والظروف التي يظهر فيها، وتخطيط مواقف يتم فيها تعلم ومحو تعلم لتحقيق التغيير المنشود.

د- الحيلولة بين المسترشد وبين أن يعمم قلقه على مثيرات جديدة.
هـ- ضرب المثل الطيب والقذوة الحسنة سلوكيا أمام المسترشد لكي يتعلم انماطا مفيدة من السلوك عن طريق محاكاة المرشد خلال الجلسات الارشادية. (زهرا، 1998: 106)

5- نظرية الارشاد العقلاني الانفعالي:

يعد الإرشاد العقلاني الانفعالي من وجهة نظر البرت اليس (ELLIS) ارشادا مباشرا موجها يستخدم فنيات تربوية ومعرفية وانفعالية لمساعدة المسترشد لتصبح أفكاره ومعتقداته عقلانية ينتج عنها ضبط انفعالي وسلوكي سوي. ودور المرشد مساعدة المسترشد على معارضة ما يدور في ذهنه من أفكار ومعتقدات غير معقولة ولا منطقية واستبدالها بأفكار معرفية عقلانية ومنطقية. (الزعيبي، 2005: 75) وذلك لأن الإنسان يولد ولديه الاستعداد التام للتفكير الملتوي والأعوج، ولكن ايضا لديه الاستعداد للتفكير العقلي المتزن. وأن الارشاد النفسي مخصص ليتمكن العميل من ملاحظة وفهم الافكار اللاعقلانية واللاواقعية في حياته ومن تم مهاجمتها. ونتيجة لمناقشة الافكار اللاعقلانية فإن المسترشد يسعى لاكتساب أفكار جديدة اكثر منطقية وواقعية وبالتالي فإن المقصد من الارشاد هو اكتساب نظرة حيوية واقعية للحياة وهذا يؤدي بالمسترشد إلى تطبيق التفكير العقلاني على الأمور التي ستتجدد في المستقبل، وليس فقط تلك التي تحدث في الحاضر. وتهدف عملية الإرشاد النفسي في هذه النظرية إلى:

- أ- تقليل قلق المسترشد (أي لوم نفسه) وعدوانيته (لومه للآخرين والعالم).
- ب- تعليم المسترشد طريقة لمراقبة نفسه وملاحظتها وتقديرها، والتأكيد لنفسه ان التحسن في حالته سوف يستمر.
- ج- مساعدة المسترشد على المدى البعيد كي يصبح منخرطا في نشاطات تستغرق وقته ومشاعره. (الزيود، 2008: 258، 272)

في ضوء ما تم عرضه من النظريات في هذا المجال، يتضح لنا تعدد هذه النظريات وفقاً لتعدد الاتجاهات والمدارس، حيث نجدتها تختلف من حيث الطرق والأساليب والفنيات والاستراتيجيات المستخدمة في كل منها، وتتفق في أنها تهتم بدراسة وفهم وتفسير السلوك والتنبؤ به وتعديله، حيث تساعد المرشد على فهم العملية الإرشادية وتوجيهه وتعرفه بالطرق والأساليب والفنيات التي يمكن أن يستخدمها. ولكي نضمن نجاح أي عملية إرشادية، على المرشد أن يكون ملماً بكافة النظريات فلكل منها دور فاعل في تفسير وتعديل سلوكيات المسترشد وأفكاره ومشاعره.

رابعاً: الإرشاد الجماعي:

يعد الإرشاد الجماعي طريقة من طرق الإرشاد النفسي، قد شاع استخدامه في السنوات الأخيرة، حيث ثبتت من خلال الدراسات الميدانية نجاح هذا المنهج في التعامل مع الكثير من المشكلات الاجتماعية والنفسية التي تواجه الأفراد. وتقوم فكرة الإرشاد الجماعي على أساس أن الإنسان كائن اجتماعي، وأن أهميته تنبع من أهمية الجماعة في حياته وذلك في إشباع حاجته واهتماماته ورغباته وميوله وفي تنمية خبراته ومهاراته وتحقيق أهدافه الشخصية ونموه النفسي والاجتماعي وفي تحسين أدائه الاجتماعي وتشكيل اتجاهاته وقيمة ومبادئه وضبط سلوكياته وتغييرها. (ابوعبادة ونيازي، 2001:171)

تعريف الإرشاد الجماعي:

وضعت تعريفات عدة لمفهوم الإرشاد الجماعي تكاد تتفق فيما بينها، ومن هذه

التعريفات مايلي:

تعرفه ابوعبيطة (1997:279) بأنه: عملية تفاعل تشمل المرشد ومجموعة من الأعضاء الذين يحاولون التعبير عن أنفسهم وموقفهم أثناء الجلسة الإرشادية، بهدف تغيير اتجاهاتهم وسلوكهم.

ويعرفه زهران (1998:321) بأنه: إرشاد عدد من المسترشدين الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة، كما يحدث في جماعات إرشادية أو فصل.

ويعرفه حسين (2004:288) بأنه: طريقة من طرق الإرشاد النفسي يقوم على إرشاد مجموعة من المسترشدين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم النفسية وتضمن تلك العلاقة عرض ومناقشة موضوعات ذات أهمية خاصة أو عامة للجماعة، مما يساعدهم على التنفيس عن مشاعرهم وانفعالاتهم وتعديل اتجاهاتهم وانماط سلوكهم.

ويعرفه مصطفى (2020: 53-54) بأنه: " أسلوب إرشادي تقدم فيه خدمات الإرشاد النفسي لعدد من المسترشدين لا يقل عن 3 اعضاء، اجتمعوا معا بحرية لتشكيل جماعة إرشادية لها تنظيم نفسي رسمي متفق عليه ولها اهداف متفق عليها أيضا، وتتضمن احداث التغيير في أفكارهم واتجاهاتهم وسلوكياتهم، بغرض تحسين توافقه الشخصي والاجتماعي وتمتعهم بالصحة النفسية الايجابية. ويقود الجماعة الإرشادية مرشد نفسي مؤهل علميا للعمل مع الجماعة وليس لديه مشكلات أو اضطرابات أو توجهات سلبية تعوق العمل الجماعي، بل هو مشارك وميسر ومتقبل ومعالج. وتحدث التغيرات نتيجة تنفيذ برنامج إرشادي مخطط له من قبل المرشد النفسي والأعضاء، ونتيجة العلاج التلقائي غير المخطط له الناتج من التفاعل الدينامي بين الأعضاء". يتضح مما تم عرضه من تعريفات الإرشاد الجماعي أنه يعد من الأساليب الناجحة في علاج الكثير من المشكلات النفسية والسلوكية، حيث يعمل على إرشاد مجموعة من المسترشدين تتشابه مشكلاتهم ويعلمهم كيفية حل هذه المشكلات ويساعدهم على التنفيس الانفعالي والتعبير عن افكارهم ومشاعرهم وتعديل سلوكياتهم والتمتع بالصحة النفسية.

الأسس النفسية والاجتماعية للإرشاد الجماعي:

- أ- الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية واجتماعية لا بد من إشباعها في إطار اجتماعي.
- ب- المعايير الاجتماعية التي تحدد الأدوار الاجتماعية تتحكم في سلوك الفرد وتخضعه للضغوط الاجتماعية.
- ج- العزلة الاجتماعية تعد سببا من أسباب المشكلات والاضطرابات النفسية.
- د- تحقيق التوافق الاجتماعي يعد هدفا مهماً من أهداف الإرشاد النفسي.(زهرا، 1998:

(322)

نستخلص مما سبق أن الفرد لا يستطيع العيش بمفرده، فهو بحاجة ماسة إلى أن يعيش مع جماعة يؤثر فيها ويتأثر بها، فالأفراد يتشابهون في بعض سماتهم الشخصية وفي حاجاتهم وما ينتج عن عدم اشباعها من مشكلات، فالعديد من الحاجات لا يستطيع الفرد اشباعها الا في مجموعة من الأفراد، لأن العزلة تعد من الأسباب الهامة لنشوء المشكلات، لذلك يسعى الإرشاد الجماعي إلى تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

فوائد الإرشاد الجماعي:

للإرشاد الجماعي فوائد تميزه عن باقي أنواع الإرشاد الأخرى نذكر منها:

- أ- تدريب المسترشد على مواجهة مواقف واقعية يخاف مواجهتها.
 - ب- تحرير المسترشد من التوتر والقلق.
 - ج- الكشف عن جوانب شخصية المسترشد ودوافعه وصراعاته ومشاعره حيث تساعد المرشد في فحصها وتحليلها. (صبي، 2003: 259)
- وتعتمد الدراسة الحالية على الإرشاد النفسي الجماعي لملائمته مع طبيعة الفئة المستهدفة في الدراسة وهن البدنيات، ويقوم على استخدام فنيات إرشادية متنوعة.

خامساً- الإرشاد المعرفي السلوكي لمرضى البدانة:

بدأ استخدام الارشاد السلوكي للبدانة منذ الستينات من القرن العشرين، حيث تم تطويره من نظرية التعلم، ويهدف إلى علاج السلوكيات غير الصحيحة وتعديلها، مثل سلوكيات الأكل والنشاط البدني وغيرها من السلوكيات التي تساهم في حدوث البدانة واستمرارها. (Drohan, 2002: 601)

وأن المحتوى الرئيسي للإرشاد السلوكي للبدانة يشمل المراقبة الذاتية للأكل، دروس في التغذية، التأكيد على أهمية زيادة النشاط البدني والرياضي، وضع أهداف سلوكية تتعلق بالأكل والرياضة، استخدام فنيات التحكم في المثير والتعزيز. (wing, 1998: 861-862)

وأن عدم نجاح الإرشاد السلوكي على المدى الطويل في علاج البدانة ربما يرجع إلى

سببين هما :

- 1- إهمال العوامل المعرفية التي تساهم في استعادة الوزن.

2- الغموض الذي يحيط بأهداف العلاج بمعنى عدم التمييز الواضح بين هدف تحقيق نقص الوزن وبين هدف المحافظة على هذا النقص.

(Cooper, et.al., 2003: 195)

ويهتم العلاج السلوكي بإيجابية مريض البدانة حيث يجعله يتبع نظام غذائي، يقوم بالتدريبات الرياضية، يتابع وزنه بانتظام، وعدم الجلوس أمام التلفزيون والانترنت لوقت طويل. (شقير، 2004: 96)

يختلف الإرشاد السلوكي للبدانة عن الإرشاد المعرفي السلوكي في الأساس النظري الذي لا يعطي اهتمام إلى أهمية العمليات المعرفية، وفي الهدف الذي يتلخص في تغيير عادات الأكل والنشاط البدني دون الاهتمام بحدوث تغيير معرفي، وكذلك في الإجراءات الإرشادية التي تكون سلوكية على وجه الحصر.

ويعد الإرشاد المعرفي السلوكي اتجاهاً حديثاً نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي بما يتضمن كلاً منهما من فنيات، وهذا العلاج له أهميته لأنه يقدم الاستراتيجيات العلاجية التي تستمر مع الإنسان مدى الحياة، حيث يقدم مجموعة من الفنيات والإجراءات المعرفية والسلوكية التي تساعد مرضى البدانة على التحكم في الوزن، وحل المشكلات النفسية المصاحبة للبدانة عن طريق تنمية الكفاءة الذاتية لديهم. (مصطفى، 2009: 17)

حيث يهتم الإرشاد المعرفي السلوكي بتعديل نمط الحياة (النظام الغذائي - النشاط البدني - ممارسة التمرينات الرياضية) باستخدام الفنيات السلوكية، وتعديل طرق التفكير والمعتقدات الخاطئة باستخدام الفنيات المعرفية، لكي يستطيع مريض البدانة أن يلتزم بالنظام الغذائي والنشاط البدني والرياضي. وأن يواجه الرغبات الملحة والعقبات، لأن الكفاءة الذاتية للمريض قد تتدهور نتيجة لتاريخ الفشل في ضبط الوزن، ومن بين التدخلات المناسبة التدريب على الحديث الذاتي الإيجابي لتنمية الكفاءة الذاتية ولمواجهة الأفكار السلبية حول الفشل. ولمواجهة الرغبات الملحة يجب تزويد المريض باستراتيجية إيقاف التفكير. (Cooper, et. al., 2003: 34)

ويكون لدى مرضى البدانة وزن مستهدف وهو الطموح للوصول للوزن المثالي مشتق من جداول الطول والوزن، ويشعر المريض بأن تحقيق هذا الهدف مستحيلاً حتى مع حدوث تقدم في نقص الوزن، فبذلك قد يكون الوزن المستهدف عائقاً أكثر من كونه مصدر للدافعية مما يؤدي

إلى الشعور بالإحباط والتوقف عن مواصلة العلاج. وهنا يتدخل الإرشاد المعرفي السلوكي في تصحيح أخطاء التفكير الخاصة بالوزن المستهدف، والوزن المثالي وذلك بالتخلي عن مفهوم الوزن المثالي لصالح الوزن المعقول، الذي يستطيع البدين الوصول إليه والمحافظة عليه بإحداث تغييرات معقولة في أسلوب حياته. (Brownell & wadden, 1992: 505)

ولكي يمكن تعديل سلوك مريض البدانة يجب اتباع الآتي :

1- وضع بعض الأهداف المقبولة التي يوافق عليها المريض.

2- اقتراح بعض الخيارات لتحقيق تلك الأهداف.

3- التخطيط لتغييرات صغيرة في البداية.

4- مكافأة المريض على ما يحققه من تغيير.

(Eissa & Guhher, 2004: 6)

النظام الغذائي في برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي :

يهدف الإرشاد المعرفي السلوكي إلى مساعدة المريض على تبني استراتيجيات سلوكيه ومعرفية ملائمة تسهل الالتزام بنظام غذائي على المدى الطويل. ويجب اتباع الآتي في البرنامج المعرفي السلوكي :

1- إجراء الفحوصات للتأكد من أن البدانة ليس سببها الاضطرابات الهرمونية.

2- معرفة السلوكيات غير الصحية التي يتبعها المريض مثل أكل كميات كبيرة من الطعام مرتفع السعرات وقليل الألياف مثل الوجبات السريعة، المشروبات الغازية، العصائر، الألبان كاملة الدسم.

3- معرفة الطريقة التي يتناول بها المريض وجباته، هل يأكل بمفرده أو مع أفراد أسرته، هل يتناولها أمام التلفزيون.

(Birch & Fisher, 1998: 539)

يقوم المرشد بتوضيح أسباب البدانة، وتزويد المرضى ببعض الورقات والنشرات التي تحتوي على المعلومات الغذائية مثل الهرم الغذائي، اختيار الطعام، انتظام الوجبات، عادات

الأكل، الأكل في المطاعم وأثناء الولائم، وأن أفضل نظام غذائي هو الذي يحتوي على 1200 سعر حراري في اليوم.

وأن النظام الغذائي السليم يجب أن يحتوي على المواد الكربوهيدراتية، الدهون، الألياف، المعادن والفيتامينات، والتركيز على الأطعمة قليلة الدسم ذات السعرات المنخفضة. (Nemet, et. al., 2004: 443)

زيادة مستوى النشاط البدني في برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي :

يجب زيادة مستوى النشاط البدني وذلك عن طريق أن يتذكر البدين وبدقة في نهاية كل يوم عدد الساعات التي قضاها جالساً، أو راقداً، وذلك على مدى الأربع وعشرين ساعة من منتصف الليل وحتى منتصف الليل لليوم التالي، وتسجيل ذلك في جدول النشاط في نهاية اليوم. وهنا يجب التركيز على نشاط أسلوب الحياة، أي النشاطات التي تحدث كجزء من الحياة اليومية، والتي تشمل المشي، الوقوف، صعود السلم، والأعمال المنزلية.

وإذا كان البدين كثير الجلوس، فعلى المرشد والمريض معاً أن يعملوا على مراجعة كافة الطرق للتعامل مع هذه المشكلة، وذلك بوضع خطة لزيادة نشاط أسلوب الحياة لديه، بحيث يتجه إلى المستوى المتوسط أو العالي، وهنا يجب على المريض أن يبحث عن الوسائل ويقننص الفرص المتاحة لكي يزيد هذا النشاط وتشمل الأشكال الممكنة للنشاط ما يلي :

- الوقوف بدلاً من الجلوس في بعض الأعمال (مثل الحديث في الهاتف).
 - الوقوف لتغيير قنوات التلفزيون بدلاً من استخدام جهاز التحكم عن بعد.
 - المشي الخفيف بعد الغذاء أو في فترة المساء.
 - التقليل من استخدام السيارة.
 - استخدام السلالم بدل المصاعد الكهربائية، وعمل مرات صعود ونزول إضافية.
- وعلى المرشد أن يطلب من المريض تقدير كيف سيستمر في متابعة زيادة النشاط على المدى البعيد، ومناقشة مدى خطورة عدم الاستمرار في أداء تلك النشاطات. (كوبر، 2009:

166-168)

ممارسة التمرينات الرياضية في برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي :

للرياضة أهمية كبيرة في البرنامج المعرفي السلوكي فالانتظام على الرياضة يؤدي إلى زيادة احتراق السعرات الحرارية، وزيادة استهلاك الجسم للشحوم المخزنة فيه، يقلل من الأمراض المصاحبة للبدانة، ويحسن من الحالة المزاجية والنفسية، يزيد من قدرة الفرد على الاحتفاظ بنقص الوزن والتقليل من خطر الإصابة بالأمراض التي تسبب في الوفاة، وعلى الرغم من كل هذه الفوائد إلا أنه يكون لدى مرضى البدانة توقعات غير واقعية عن النتائج قصيرة المدى للرياضة، حيث يتوقع أن ممارسة الرياضة تؤدي إلى نقص سريع في الوزن وفي فترة قصيرة، وحين لا تتحقق هذه التوقعات يشعر المريض بالإحباط واليأس ويتوقف عن ممارسة الرياضة بانتظام، مما يتطلب استراتيجيات إرشادية سلوكية ومعرفية لتغيير أسلوب الحياة الخامل، لما له من أثر كبير على نقص الوزن والمحافظة عليه على المدى الطويل. (Barlow, et. al., 1995: 41)

ويرى الكثير من الذين يعانون من البدانة التمرينات على أنها صعبة ومنفرة، وأسباب ذلك قد تكون معروفة فوزنهم وحجمهم يعيق أداءهم، وكذلك صورة الجسم لديهم حيث لا يجدون الملابس الملائمة لهم، فلذا يجب مناقشة كل العقبات باستخدام استراتيجية حل المشكلات، ومناقشة وسائل وطرق تسهيل التمرينات، وإزالة العقبات، عن طريق عدد من الاقتراحات، ويجب وضع أهداف متنامية، ويتم مراجعتها في كل جلسة، وذلك يعد مهماً لرفع الكفاءة الذاتية للمريض لبيذل مجهود أعلى في التمرين، ويجب دعم وامتداح أي مجهود مبذول فيها. (كوبر، 2009: 169-170)

إن للبدانة آثار سلبية على الحالة النفسية، حيث يصاحب البدانة العديد من المشكلات النفسية التي من أهمها انخفاض الكفاءة الذاتية، والتي تؤدي بدورها إلى خفض مستوى الطاقة والنشاط لديهم، حيث تستعين الباحثة ببعض الفنيات السلوكية والمعرفية لتعليم البدينات المهارات التي يجب ان تتغير بتغير المعارف والمدركات، لأن التفكير يؤثر على السلوك، مما يؤدي الى احداث تغيرات معرفية وسلوكية وانفعالية لديهم، وتتخذ الباحثة الإرشاد المعرفي السلوكي مجالاً للدراسة الحالية لما له من فنيات معرفية وسلوكية تساعد البدينات على تنمية شعورهن بالكفاءة الذاتية.

الفصل الثالث

البحوث والدراسات السابقة

- دراسات تناولت البدانة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية.
- دراسات تناولت فاعلية برنامج معرفي سلوكي في علاج البدانة.
- دراسات تناولت برامج لتنمية الكفاءة الذاتية لدى البدناء.

تمهيد:

تشكل الدراسات السابقة دعامة أساسية من دعائم المنهجية العلمية، وعنصرًا هاماً ورئيسياً من عناصر البحث العلمي التي تمكن الباحث من الاستفادة من التراكمية العلمية والمعرفية، وتكسبه مزيداً من الفهم لمشكلة دراسته وتحديدها بدقة بعيداً عن الغموض والتكرار. وقد حظي موضوع البدانة باهتمام الباحثين في مجال العلوم النفسية وتعددت الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، إلا أن معظمها ركز على الدراسات الوصفية لمعرفة أسبابها وعلاقتها ببعض المتغيرات، والقليل منها اهتم بتصميم برامج إرشادية للتصدي لهذه المشكلة في البيئة العربية، أما على المستوى المحلي فإنه لا توجد أي دراسات نفسية أهتمت بمرضى البدانة. وفيما يلي عرضٌ لمجموعة من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، والهدف من ذلك تعرف ما تُوصل إليه في هذا المجال، والإفادة من نتائج هذه الدراسات التي تصدت لمشكلة الدراسة الحالية، حيث تم تصنيف هذه الدراسات وفقاً لعدة محاور ومن الأقدم إلى الأحدث تاريخياً كما يلي:

1. دراسات تناولت البدانة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية.
2. دراسات تناولت فاعلية برنامج معرفي سلوكي في علاج البدانة.
3. دراسات تناولت برامج لتنمية الكفاءة البدانة لدى البدناء.

أولاً: دراسة تناولت البدانة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية:

لم تجد الباحثة في حدود اطلاعها إلا دراسة واحدة تناولت البدانة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية وهي:

دراسة كيم (Kim , 2001)، بعنوان: دراسة لعلاقة الارتباط بين الكفاءة الذاتية وسلوك التنظيم الذاتي لدى النساء الجامعيات البدينات.

هدفت إلى إيجاد العلاقة بين الخصائص العامة للطالبات الجامعيات والكفاءة الذاتية لديهن. والتعرف على تصور الطالبات الجامعيات البدينات لأنفسهن وعلاقته بالكفاءة الذاتية لديهن، وتحليل علاقة الارتباط بين الكفاءة الذاتية وسلوك التنظيم الذاتي لدى الطالبات الجامعيات البدينات. واشتملت العينة على (150) طالبة كان متوسط أوزانهن (72.4) كجم،

متوسط الطول (160.2)سم، وتتراوح اعمارهن بين (18 - 25) عاماً. وتم استخدام مقياس الكفاءة الذاتية، ومقياس التنظيم الذاتي.

توصلت النتائج إلى أن العلامات المرضية التي شعرن بها نتيجة البدانة تضمنت الشراهة في الأكل، التعب، قصر النظر، الضيق في الصدر، والتهابات المفاصل، وكانت درجات المشاركات في سلوك التنظيم الذاتي عالية بشأن تنظيم تعاطي الحبوب الضابطة للغذاء، والكشف البدني الدوري، وتعاطي الحبوب التعويضية المقوية، والتمارين الرياضية. كما بينت الدراسة أيضاً وجود علاقة ارتباطية قوية بين الكفاءة الذاتية وسلوك التنظيم الذاتي، فالكفاءة الذاتية مكون رئيسي في عملية تنفيذ سلوك التنظيم الذاتي.

ثانياً: دراسات تناولت فاعلية برنامج معرفي سلوكي في علاج البدانة:

دراسة أبوعليان (1994)، بعنوان: فاعلية برنامج سلوكي معرفي في إنقاص الوزن وأثر ذلك على مستوى الاكتئاب وتقدير الذات لدى النساء.

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية البرنامج السلوكي المعرفي في إنقاص الوزن، وتحسين مستوى الاكتئاب وتقدير الذات لدى النساء. وتكونت العينة من (13) سيدة، أعمارهن ما بين (24-54) سنة، ممن تراوحت نسبة الزيادة في الوزن لديهن ما بين (16%-45%) عن الأوزان الطبيعية المقررة في جداول الطول والوزن لتلك الفئة. وتم استخدام قائمة بيك المعربة للاكتئاب، ومقياس جبريل لتقدير الذات، وبرنامج فيرجسون (Furguson 1982).

أظهرت النتائج نقصاً في الوزن لدى جميع المشاركات وبمعدل (4.2) كجم للمشاركة. كما خلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن البرنامج المعرفي السلوكي أداة فعالة لضبط الوزن، وخفض مستوى الاكتئاب، وتحسين مستوى تقدير الذات لدى النساء اللواتي تعانين من الزيادة في الوزن.

دراسة لوزانو (Lozano, 1997)، بعنوان: أثر العلاج الطبي والعلاج المعرفي السلوكي على البدانة المفرطة.

هدفت إلى إجراء مقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والنصائح الطبية في إنقاص الوزن.

واشتملت العينة على (353) من الأطفال والمراهقين البدناء، (177) إناث و(176) ذكور، تتراوح اعمارهم بين (7 - 15) سنة، ثم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات، الأولى تلقت برنامج علاجي معرفي سلوكي والثانية تلقت نصائح طبية، في حين المجموعة الثالثة ضابطة. وتم استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي، ونصائح طبية.

وتوصلت النتائج إلى حدة إنقاص في الوزن لدى أفراد المجموعة الأولى والثانية إلا أن نقص الوزن كان أكبر لدى المجموعة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي في حين لم يحدث أي نقص في الوزن لدى أفراد المجموعة الضابطة. دراسة بيندليتون (Pendleton, 2002)، بعنوان: أثر برنامج العلاج المعرفي السلوكي والرياضة في خفض الوزن.

هدف الدراسة التعرف إلى أثر الجمع بين برنامج العلاج المعرفي السلوكي والرياضة لخفض الوزن. تكونت العينة من (114) فتاة ثم تقسيمهن عشوائياً إلى (4) مجموعات هي: مجموعة تلقت العلاج المعرفي السلوكي والرياضة لفترة طويلة. مجموعة تلقت العلاج المعرفي السلوكي والرياضة لفترة قصيرة، مجموعة تلقت العلاج المعرفي السلوكي فقط لفترة طويلة، ومجموعة تلقت العلاج المعرفي السلوكي فقط لفترة قصيرة. وتوصلت الدراسة إلى وجود انخفاض في معامل كتلة الجسم لدى أفراد المجموعات الأربع، ولكنه كان أكبر في المجموعة الأولى، فالجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والرياضة في برنامج لفترة طويلة يعطي نتائج أفضل.

دراسة ماركسيني وآخرون (Marchesini . et. al, 2002)، بعنوان: أثر العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الوزن لدى عينة من مرضى البدانة المفرطة.

هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف الوزن، والحالة الصحية، وجودة الحياة لدى مرضى البدانة المفرطة. وتكونت العينة من (168) بدين، تم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية وعددها (92) فرداً من الجنسين، تلقت جلسات البرنامج المعرفي السلوكي، ومجموعة ضابطة عددها (76) فرداً من الجنسين. واستخدم مقياس جودة الحياة، وبرنامج علاجي معرفي سلوكي.

توصلت الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة، والحالة الصحية لمرضى البدانة، إضافة إلى فاعليته في أنقاص الوزن بشكل ملحوظ لدى المجموعة التجريبية ولم توجد أي تغيرات بالنسبة للمجموعة الضابطة.

دراسة ويسوتسكي وسوينسيونيس (Wisotsky & Swencionis, 2003)، بعنوان: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في ضبط البدانة المفرطة.

هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في انقاص الوزن، وتكونت العينة من (25) مراهقة لديهن بدانة مفرطة. وطبق عليهن برنامج معرفي سلوكي يشمل على اسلوب حل المشكلات، ضبط المثير، المراقبة الذاتية، تنظيم غذائي، زيادة النشاط البدني، وضع الاهداف لمنع الانتكاسة، وتعديل السلوكيات الخاطئة في الأكل واختيار الأطعمة المناسبة. توصلت النتائج إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الوزن، زيادة الشعور بالسيطرة على سلوكيات الأكل، وزيادة النشاط البدني والرياضي.

دراسة برايت وآخرون (Braet. et. al, 2003)، بعنوان: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي وبرنامج غذائي في خفض البدانة.

حيث هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي وبرنامج نظام غذائي في خفض البدانة، وذلك من خلال تغيير أسلوب الحياة عن طريق زيادة النشاطات البدنية ونظام غذائي صحي في إطار معرفي سلوكي. وتكونت العينة من (96) بدين، كانت أعمارهم (10 - 17) سنة، قسموا عشوائياً إلى مجموعتين مجموعة ضابطه وعددها (48) بدين ومجموعة تجريبية وعددها (48) بدين، قدم لهم برنامج علاجي معرفي سلوكي ونظام غذائي. واستخدم قائمة اضطرابات الأكل، استبيان سلوك الأكل، ومقياس إدراك الذات.

وبينت النتائج حدوث نقص في الوزن لدى أفراد المجموعة التجريبية، وزادت مقدرتهم على مواجهة المثيرات الخارجية للأكل، وقلة رغبتهم الشديدة في الأكل.

دراسة جولاي وآخرون (Golay. et. al, 2004)، بعنوان: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي والنظام الغذائي والرياضة في انقاص الوزن لدى البدناء.

هدفت إلى تقييم فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي ونظام غذائي ورياضة في نقص الوزن على المدى الطويل لدى عينة من البدناء. تكونت العينة من (55) بدين من الجنسين،

متوسط اعمارهم (49.5) سنة. طبق على أفراد العينة برنامج علاجي يضم فنيات العلاج المعرفي السلوكي والنظام الغذائي والرياضة، واستمرت المتابعة لمدة (5) سنوات.

أوضحت النتائج حدوث نقص في الوزن وكان بمعدل (7.6 كجم)، وبعد فترة المتابعة لوحظ أن (20 %) من أفراد العينة احتفظوا بالوزن المفقود ولم يستطيعوا فقد المزيد، في حين (25 %) منهم بلغ متوسط نقص الوزن (9 - 11) كجم، أما باقي المجموعة (55 %) منهم استعادوا الوزن المفقود. كما بينت النتائج فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي والنظام الغذائي والرياضة على المدى الطويل في إنقاص الوزن.

دراسة مونتش وآخرين (Munsch.et.al, 2007)، بعنوان: مقارنة عشوائية لبرنامج علاجي سلوكي معرفي وبرنامج علاجي سلوكي لتخفيف الوزن لدى الأفراد ذوي الوزن الزائد الذين يعانون اضطراب الشره العصبي.

هدفت إلى التعرف إلى فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي وبرنامج علاجي سلوكي لتخفيف الوزن لدى المرضى ذوي الوزن الزائد الذين يعانون اضطراب الشره العصبي. وتكونت العينة من (80) فرداً من المرضى المصابين بالبدانة والذين تراوحت أعمارهم من (18-70) سنة، تم توزيعهم عشوائياً على البرنامجين. واستخدمت الدراسة مؤشر كتلة الجسم (BMI)، النسخة الألمانية لمقياس بيك (Beck) للاكتئاب (BDI)، ومقياس بيك (Beck) للقلق (BAI)، واستبانة تتعلق بالرضا عن الحياة.

وتوصلت الدراسة أن البرنامجين أثبتا فعاليتها بشكل ملحوظ في خفض الشره العصبي والأعراض المرتبطة به، إلا أن برنامج العلاج السلوكي المعرفي كان أكثر فاعلية من برنامج العلاج السلوكي، لأن المرضى في برنامج العلاج السلوكي المعرفي أظهروا تحسناً أسرع في اضطراب الشره العصبي.

دراسة ستاهر وآخرون (Stahre . et. al, 2010)، بعنوان: فاعلية برنامج معرفي سلوكي قصير المدى لخفض الوزن لدى عينة من ذوي البدانة المفرطة.

هدفت الدراسة إلى إثبات أهمية العلاج المعرفي السلوكي قصير المدى في خفض الوزن مع المتابعة لمدة سنة ونصف وأهمية الإدراك المعرفي لمخاطر البدانة. وتكونت عينة الدراسة من (20) فرداً يعاني من البدانة المفرطة، ثم تقسيمهم إلى مجموعتين (10) بدناء مجموعة تجريبية

و(10) بدءاً مجموعة ضابطة، طبق على المجموعة التجريبية فنيات العلاج المعرفي السلوكي مع النشاط البدني.

وتوصلت النتائج إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي على المدى القصير في خفض الوزن، حيث حدث نقص في الوزن بشكل واضح لدى أفراد المجموعة التجريبية. دراسة السهل والقيود (2016)، بعنوان: فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والمحافظة عليه عند الأفراد الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة.

هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج إرشاد معرفي سلوكي جمعي في إحداث تغييرات إيجابية في الأفكار والمشاعر والسلوكيات، واكتساب مهارات حياة تعينهم على ضبط سلوكهم الغذائي. وتكونت العينة من (48) امرأة تم تقسيمهن إلى أربع مجموعات مجموعتين ضابطين ومجموعتين تجريبتين، طُبق عليهن برنامج الحمية المعتاد الذي يقدمه مركز التغذية والإطعام بوزارة الصحة، والبرنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي.

توصلت النتائج إلى فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في تغيير المعتقدات الخاطئة عن البدانة، وفعاليتها أيضاً في خفض الوزن والمحافظة عليه. دراسة عبد ربه (2018)، بعنوان: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض درجة الاضطرابات النفسية الناتجة عن السمنة لدى عينة من البدنيات المراهقات.

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في خفض درجة الاضطرابات النفسية الناتجة عن السمنة لدى عينة من المراهقات البدنيات. حيث تكونت العينة من (100) فتاة من المراهقات البدنيات المفرطة ممن تتراوح أعمارهن بين (19-21) سنة، وتم اختيار (10) ممن سجلن أعلى درجات على مقياس الدراسة لتطبيق البرنامج عليهن، وتم استخدام مقياس تشخيص السمنة المفرطة، واختبار شكل الجسم المعدل.

أظهرت النتائج فاعلية البرنامج المستخدم في خفض انشغال البدنيات بشكل أجسامهن، وشعورهن بالخجل من زيادة أوزانهن، وزيادة قدرتهن على التفاعل مع الآخرين، وذلك نتيجة لاستخدام الفنيات التي أكسبتهم مهارات جديدة كمهارة حل المشكلات، والحوار الذاتي الذي ينص على عبارات تبعت على الأمل والتفاؤل.

دراسة مصطفى (2020)، بعنوان: برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات المواجهة لتخفيف الشعور بوصمة زيادة الوزن لدى عينة من السيدات.

هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات المواجهة لتخفيف الشعور بوصمة زيادة الوزن لدى عينة من السيدات. وتكونت عينة الدراسة من (20) سيدة بدينة من طلاب الدبلوم العام بكلية التربية جامعة عين شمس، ممن تتراوح أعمارهن بين (19-36) سنة قسموا إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، واستخدم مقياس الوصمة المدركة المطور إعداد (Mickelson, 2001) وتعريب الباحثة، والبرنامج الإرشادي. بينت النتائج وجود فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اتجاه القياس البعدي، وفروقاً دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في اتجاه المجموعة التجريبية، حيث أكدت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي.

دراسة خطاطبة (2021)، بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي، وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد، والمترددات على أحد مراكز اللياقة البدنية في إربد، الأردن. وتكونت عينة الدراسة القصدية من (24) سيدة، وزعن عشوائياً إلى مجموعتين التجريبية وشاركت في البرنامج الإرشادي القائم على القبول والالتزام، والضابطة المؤجلة التي استخدمت لغايات المقارنة. استخدمت هذه الدراسة اضطرابات الطعام التي طورها فيربيرن وجيلين (Fairburn, C., & Beglin, 2008) مقياس الرضا عن صورة الجسم (Dowson, J., & Henderson, 2021)، والبرنامج الإرشادي. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب الشره العصبي وأبعاده السبعة، ومقياس الرضا عن صورة الجسم لصالح أفراد المجموعة التجريبية، ما يشير إلى كفاءة برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية. وأشارت نتائج المقارنات بين نتائج القياس البعدي والتتبعي إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على كلا المقياسين، ما يؤكد استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي في مساعدة النساء ذوات الوزن الزائد.

ثالثاً: دراسات تناولت برامج لتنمية الكفاءة الذاتية لدى مرضى البدانة:

دراسة ريتشمان وآخرون (Richman.et.a, 2001)، بعنوان: الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالسلوك الغذائي لدى النساء البدينات وغير البدينات.

هدفت إلى تقييم تأثير برنامج تدخل لضبط الوزن وتعديل السلوك مدته ثلاثة أشهر على الكفاءة الذاتية لدى النساء البدينات اللواتي يبحثن عن المعالجة في عيادة لضبط البدانة. ومقارنة توقعات الكفاءة الذاتية لدى النساء البدينات مع النساء غير البدينات من ناحية سلوك تناول الطعام. تكونت عينة الدراسة من (161) امرأة غير بدينة و(138) امرأة بدينة. واستخدمت استبيان للنساء البدينات وآخر لغير البدينات للحصول على معلومات ديمغرافية، وتم جمع المعلومات الشخصية عن طريقة المقابلة والاستبيان بالنسبة للنساء البدينات، وعن طريق الاستبيان فقط بالنسبة لغير البدينات، مؤشر كتلة الجسم (BMI)، وتقدير الكفاءة الذاتية فيما يتعلق بتناول الطعام باستخدام استبيان الأسلوب الشخصي للكفاءة بخصوص الوزن (WEL).

أشارت النتائج إلى أنه عند البدء في البرنامج حصلت النساء البدينات على درجات أقل مما حصلت عليه النساء العاديات في الاستبيان الخاص بالأسلوب الشخصي للكفاءة بخصوص الوزن (WEL). وأن النساء البدينات اللواتي أكملن البرنامج وعددهن (65) امرأة أظهرن تناقصاً في محيط الخصر، وإنقاصاً في الوزن. كما حققت النساء البدينات تحسناً ذا دلالة معنوية في الدرجة الكلية على استبيان (WEL) الأسلوب الشخصي للكفاءة بخصوص الوزن. وأن برامج تعديل السلوك وضبط الوزن يمكن أن تكون فعالة في المدى القصير لدى مجموعة النساء البدينات.

دراسة وولف (Wolf.et.al, 2001)، بعنوان: التغيرات في الكفاءة الذاتية لتناول الطعام وصورة الجسم التي تتبع علاج سلوكي معرفي جماعي لاضطراب الشره العصبي: دراسة سريرية.

هدفت الدراسة إلى تعرف تأثير العلاج السلوكي المعرفي بالنسبة لاضطراب الشره العصبي لدى النساء البدينات على الكفاءة الذاتية لسلوك تناول الطعام ومسائل تتعلق بصورة الجسم. تكونت العينة من (12) امرأة بدينة. وتم استخدام مؤشر كتلة الجسم (BMI)، وبرنامج علاجي معرفي سلوكي.

أشارت النتائج إلى وجود انخفاض في تواتر فترات الشره العصبي، وجود تحسينات ذات دلالة في الكفاءة الذاتية وصورة الجسم بعد العلاج، تدعم هذه النتائج الحقيقة المسلمة القائلة بأن برنامج العلاج السلوكي المعرفي الجماعي للأفراد البدينين المصابين باضطراب الشره العصبي سوف يعزز التغيرات في الكفاءة الذاتية وصورة الجسم.

دراسة ويسوتسكي وآخرون (Wisotsky. et. al, 2003)، بعنوان: العلاج المعرفي السلوكي أفضل طريقة لعلاج البدانة.

هدفت إلى توضيح الأسباب التي جعلت العلاج المعرفي السلوكي هو الطريقة الأمثل لعلاج البدانة. وتكونت العينة من (35) بدينة، واستخدمت التدخلات المعرفية والسلوكية التي تستعمل مع البدناء وهي: المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلات، وضع الأهداف، التحكم في المثير، التعلم الغذائي، ومنع حدوث الانتكاسة.

وتوصلت الدراسة إلى تعديل السلوكيات التي أدت للبدانة مثل كيفية اختيار الأنواع المناسبة من الأطعمة، تعديل طريقة الأكل، زيادة النشاط البدني، ممارسة الرياضة، التقليل من الجلوس ونمط الحياة الخامل. كما يساعد العلاج المعرفي السلوكي على زيادة الكفاءة الذاتية للبدناء في مواجهة المواقف التي يتعرضوا لها.

دراسة وامستكر وآخرون (Wamsteker et.al , 2005) بعنوان: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التحكم في الوزن.

حيث هدفت إلى توضيح دور المعتقدات بأسباب البدانة وإمكانية التحكم في الوزن، وتكونت العينة من (48) امرأة و(18) رجل، تتراوح أعمارهم ما بين (23-73) سنة، ويتراوح معامل كتلة الجسم لديهم بين (30-50) كجم/م. واستخدمت الدراسة الاستبيان المعرفي للبدانة، مقياس الكفاءة الذاتية لسلوك الأكل، وبرنامج علاجي معرفي سلوكي.

توصلت الدراسة إلى أن انخفاض الوزن بدرجة بسيطة ارتبط بانخفاض الكفاءة الذاتية، وبالاعتقاد بأن البدانة ترجع إلى أسباب خارجية عن سيطرة الفرد وإنها تتعلق بطبيعة الجسم وليس للفرد دور في حدوثها، ولذلك لا يمكن خفضها عن طريق التحكم السلوكي. وتوصلت أيضاً إلى أن تعديل هذه الأفكار الخاطئة يؤدي إلى ارتفاع الكفاءة الذاتية، وانخفاض أكبر في البدانة وذلك عن طريق العلاج المعرفي السلوكي.

دراسة أنيسي (Annesi,2007)، بعنوان: علاقة التغيرات في ممارسة الكفاءة الذاتية ومفهوم الذات الجسدي والرضا عن صورة الجسم مع التغيرات في الوزن لدى النساء البدنيات البيض والإفريقيات الأمريكيات اللواتي يبدأن ببرنامج نشاط بدني .

هدفت الدراسة إلى تحديد فعالية التغيرات في العوامل المرتبطة بنظرية الكفاءة الذاتية للتعقب بالتغير في الوزن لدى النساء البدنيات من مجموعتين عرقيتين. كما سعت إلى تقييم نموذج اختبر ارتباط التغيرات في التنظيم الذاتي والكفاءة الذاتية للنشاط البدني والرضا عن الجسم بالتغيرات في الوزن لدى نساء بدنيات بيض وإفريقيات أمريكيات اللواتي بدأن بنشاط بدني وبرنامج تدخل غذائي. وتكونت عينة الدراسة من (34) امرأة بيضاء بدنية و(30) امرأة إفريقية أمريكية بدنية. وتم استخدام مؤشر كتلة الجسم (BMI)، مقياس التغيرات في الرضا بمناطق الجسم (BAS)، مقياس مفهوم الذات الجسدي (PSCS)، مقياس ممارسة الكفاءة الذاتية (ESES).

وأظهرت الدراسة تحسينات في مقاييس ممارسة الكفاءة الذاتية والرضا عن الجسم والوزن لكلا مجموعتي النساء البيض والإفريقيات الأمريكيات اللواتي تم تقييمهن، كما كانت مؤشرات الثقة المتزايدة مرتبطة بمقدار الوزن الذي تم فقدانه.

دراسة ليوباي وآخرون (leobal 2011 et.al)، بعنوان: الكفاءة الذاتية تساعد على تخفيف وزن نساء في سن اليأس ولهن وزن زائد أو بدنيات وحصلن على تدريب لفقدان الوزن مدته ستة أشهر.

هدفت إلى اختبار العلاقة بين الكفاءة الذاتية وفقدان الوزن بعد ستة أشهر من التعليم والتدريب على فقدان الوزن، وبنيت هذه الدراسة على أساس الافتراض بأن النساء الاتي لديهن درجات كفاءة ذاتية عالية في بداية الدراسة أو خلالها يفقدن أكثر وزنا من الاتي حصلن على درجات كفاءة ذاتية ضعيفة. وتكونت العينة من (90) أمراه بيضاء في سن اليأس يتمتعن بصحة جيدة. وتم استخدام استبيان الاسلوب الشخصي للكفاءة الذاتية الخاصة بالوزن، وصفه متوازنة لوجبات الطعام مبنية على اساس التخفيض في السعرات الحرارية، لقاءات بشأن التغذية والسلوكيات، ومؤشر كتلة الجسم، حيث تم الإجابة على استبيان الأسلوب الشخصي للكفاءة

الذاتية الخاصة بالوزن في بداية الدراسة ومرة كل أسبوعين خلال الشهور الثلاثة الأولى، وفي نهاية الشهر السادس.

بينت النتائج أن المشاركات فقدن ما متوسطه (3.6) كيلو جرام، حيث نقصت أوزانهن من متوسط وزن (82.2) كيلو جرام إلى متوسط وزن (77.6) كيلو جرام. وأن اللواتي كانت لديهن درجة عالية عموماً في الكفاءة الذاتية وخاصة في الكفاءة الذاتية لمقاومة الطعام عندما يكون متوفراً كن قادرات على فقد وزن أكثر حيث ارتبطت باحتمالية فقد (5%) أو أكثر من الوزن الأصلي.

دراسة ماريام وآخرون (Marryam. et. al, 2013)، بعنوان: تأثير أسلوب حل المشكلات على الكفاءة الذاتية في السلوك الغذائي لدى النساء ذوات الوزن الزائد أو البدنيات.

هدفت إلى التعرف على تأثير استخدام أسلوب حل المشكلات على الكفاءة الذاتية في السلوك الغذائي لدى النساء ذوات الوزن الزائد والبدنيات. وتم اختيار العينة بالطريقة المتاحة، حيث تم اختيار مركزين صحيين بطريقة عشوائية من بين المراكز الصحية، واختيرت العينة من النساء اللاتي كن يترددن على هذين المركزين حسبما توفر وكان معيار اختيار المشاركات كما يلي: أن يكون عمر المشاركة بين (18-60) سنة، متزوجة، مؤشر كتلة الجسم (25) أو أكثر، ليست حاملاً، تعرف القراءة والكتابة، ولديها الرغبة في المشاركة في الدراسة، حيث بلغ عددهن (90) امرأة ثم تقسيمهن إلى مجموعتين تجريبية وضابطة اشتملت كل مجموعة على (45) امرأة. وتم استبعاد (12) مشاركة بسبب رفضهن على الإجابة على الاختبار البعدي، وخضعت (78) مشاركة (42) من المجموعة التجريبية و(36) من المجموعة الضابطة إلى التحليل الإحصائي. أظهرت النتائج تحسناً في درجة متوسط الكفاءة الذاتية في المجموعة التجريبية، كما حدثت زيادة في الكفاءة الذاتية في السلوكيات الغذائية الجيدة. وجاءت التغييرات في المجموعة التجريبية ذات دلالة إحصائية بينما لم تشهد المجموعة الضابطة أي تغييرات معنوية.

تعقيب على الدراسات السابقة :

من العرض السابق للدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة فإنه يمكن استخلاص بعض النقاط والجوانب المهمة من خلال تحليل هذه الدراسات من حيث الموضوع والهدف والعينة والادوات المستخدمة وأهم النتائج التي توصلت إليها على النحو التالي:-

أولاً: من حيث الموضوع والأهداف:

على الرغم من تنوع عناوين هذه الدراسات إلا أنها لم تخرج عن المحور الرئيس للدراسة وتتفق معها من حيث طبيعة الموضوع وهو البدانة.

ركز المحور الاول من الدراسات على العلاقة بين الكفاءة الذاتية والبدانة مثل دراسة (Kim, 2001) .

ركز المحور الثاني على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج البدانة، وأثبتت فاعلية هذا النوع من العلاج في إنقاص الوزن وتحسين بعض المتغيرات النفسية ومن بين هذه الدراسات دراسة (أبوعليان، 1994) التي كان هدفها التعرف على فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في إنقاص الوزن وتحسين مستوى الاكتئاب وتقدير الذات. ودراسة (Lozano,1997) هدفت إلى التحقق من فاعلية العلاج الطبي والعلاج المعرفي السلوكي على البدانة المفرطة. ودراسة (penddleton, 2002) كان هدفها التعرف على أثر الجمع بين برنامج العلاج المعرفي السلوكي والرياضة في خفض الوزن. ودراسة (Braet. et.al, 2003) هدفت إلى دراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وبرنامج نظام غذائي في خفض البدانة. ودراسة (Golay. et. al, 2004) والتي هدفها تقييم فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي ونظام غذائي والرياضة في إنقاص الوزن. ودراسة (عبد ربه 2018) والتي هدفت فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض درجة الاضطرابات النفسية الناتجة عن السمنة لدى عينة من البدينات المراهقات. ودراسة (خطاطبة، 2021) هدفت إلى خفض أعراض اضطراب الشره العصبي، وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد، وهدفت دراسات أخرى ضمن هذا المحور إلى معرفة أثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض البدانة المفرطة وجاء ذلك في دراسة (Wisotsky & Swencionis, 2003) (Marchesini. et. al, 2002) (Stahre.et.al,2010) (السهل والقعود، 2016).

بينما ركز المحور الثالث من الدراسات على استخدام أساليب متعددة ضمن العلاج المعرفي السلوكي للبدناء، للتأكد من فاعليتها لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لديهم، وهذا ما هدفت إليه دراسة (Annesi, 2011) (Wolff.et. al, 2001) (Richmahrm.et.al, 2001)

(leobal) (Wamstek.er. et 2005) (2007) (Marryam et. al, 2013). حيث تتفق الدراسة الحالية من حيث طبيعة الموضوع والأهداف مع دراسات هذا المحور.

ثانياً: من حيث العينة:

اختلفت الدراسات السابقة في أحجام العينات التي استعانت بها في جمع المعلومات، وفقاً لطبيعة كل دراسة وأهدافها ومنهجها وحدودها المكانية، فأكبر العينات يتراوح عدد أفرادها من (353-64) بديناً، كما جاء في بعض الدراسات نذكر منها: (Lozano,1997) ((Richmahrm.et.al, 2001) (Kim, 2001) Marchesini. et. al, 2002) (Penddleton, 2002) بينما اعتمد البعض على عينات صغيرة تراوحت ما بين (10 - 55) ومن هذه الدراسات دراسة (Golay. et. al, 2004) (Wolff. et. al, 2001) (Stahre,) (2010) (أبوعليان 1994) (السهل والقعود 2016) (عبد ربه 2018) (مصطفى 2020) (الخطاطبة 2021).

أما فيما يتعلق بجنس العينات فقد كانت الغالبية العظمى من الدراسات السابقة بالمحاور الثلاثة مقتصرة على الإناث فقط ومن هذه الدراسات نذكر دراسة (Richman. et. al, 2001) (Annesi, 2007) (Wisotokya & Swencionis. 2002) (Penddleton, 2002) (Wisotsky& أبوعليان 1994) (السهل والقعود 2016) (عبد ربه 2018) (مصطفى 2020) (الخطاطبة 2021).

في حين أن دراسات قليلة تناولت عينات مختلطة من الجنسين الذكور والإناث مثل دراسة: (Wamstek.er. et 2005) (Golay. et. al, 2004) (Lozano,1997) (Kim, 2001) (Stahre, 2010) (Munsch. et. al, 2007) (2005)

وبالنسبة لعينة الذكور فلا توجد إلا دراسة واحدة فقط اقتصرت عينتها على الرجال وهي دراسة (Braet. et.al, 2003).

نلاحظ أن أغلب الدراسات اقتصرت عينتها على الإناث فقط، وقد يرجع ذلك إلى انتشار البدانة أكثر لدى الإناث ولأنهن أكثر اهتماماً بجاذبية الجسم وتخفيف الوزن، وهذا ما يتفق مع الدراسة الحالية حيث أنها طبقت على البدينات.

كما تبين أيضاً أن بعض الدراسات اقتصرت في اختيار عيناتها على مرحلة الطفولة، وبعضها على مرحلة المراهقة، والبعض الآخر على مرحلة الرشد وكبار السن؛ فمن بين الدراسات التي اهتمت بمرحلة الطفولة والمراهقة، دراسة كل من: (Richman. et. (Lozano, 1997) (2002) al, (2001) (Wamstek.er et, 2005) (Penddleton . , واشتملت بعض الدراسات على الفئات العمرية من المراهقة إلى كبار السن كما جاء في دراسة (ابوعليان 1994) (Munsch. et al, 2007) (Golay.et. al, 2004) (Marryam. (et. al, 2013) ودراسات اخرى تناولت الفئة العمرية المراهقة والرشد مثل دراسة (مصطفى، 2020) في حين اقتصرت دراسة (Wisotskya & Swencionis, 2003) (Kim, 2001) (عبد ربه 2018) على فتيات في سن المراهقة، ودراسة (leobal, 2011) على نساء في سن اليأس.

ثالثاً: من حيث أدوات الدراسة:

يتضح من خلال مراجعة الدراسات السابقة أنها استخدمت أدوات ومقاييس مختلفة لتحقيق أهدافها، فنجد أن بعض الباحثين قاموا بتصميم أدوات أبحاثهم، في حين أن بعضهم الآخر استخدم أدوات معدة من قبل، ومنهم من استخدم مقاييس أجنبية مترجمة للعربية. أما في هذه الدراسة فقد قامت الباحثة بتصميم مقياساً للكفاءة الذاتية يختلف عن المقاييس المستخدمة في تلك الدراسات بما يتناسب مع مجتمعنا الليبي، ومع خصائص العينة المدروسة وأهداف الدراسة. وبخصوص قياس البدانة فقد اعتمدت جميع الدراسات على مؤشر كتلة الجسم (B. M. I)، وهذا ما اعتمدت عليه الدراسة الحالية في قياس البدانة لاختيار العينة. ومن حيث البرامج العلاجية فقد أشارت الدراسات التي استخدمت العلاج المعرفي السلوكي في علاج البدانة إلى أنه من انجح طرق العلاج المستخدمة في علاج البدانة وإنقاص الوزن، وكذلك في خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة لها، كما جاء في بعض الدراسات نذكر منها دراسة (Penddleton, 2002) (Wisotskya & Swencionis, 2003) (Golay. et. al, 2004) (Stahre, 2010) (أبوعليان، 1994) (السهل والقيود، 2016). (عبد ربه 2018) (خطاطبة 2021).

أما عن الدراسات التي تناولت برامج لتنمية الكفاءة الذاتية لدى مرضى البدانة، نلاحظ تنوع البرامج المستخدمة فيها فبعضها تناول برامج في تعديل السلوك مثل دراسة (2001) (Richman, (Annesi, 2007) واستخدمت (Maryam. et. al, 2013) أسلوب حل المشكلات، أما دراسة (Wamsteker et.al , 2005) (2001) Wolff . et .al فقد استخدمت برنامجاً تدخلياً وفقاً لأسس سلوكيه ومعرفيه.

ويستخلص مما تقدم أن الدراسة الحالية تتفق بصفة عامة مع دراسات المحور الثالث، مع الاختلاف عنها في أن هذه الدراسة تسعى لتنمية الكفاءة الذاتية من عدة أبعاد وهي: (الاجتماعي - الوجداني - ممارسة التمرينات الرياضية - الغذاء الصحي - سلوكيات النوم - سلوكيات الوقاية الصحة)، وكذلك من حيث استخدامها لفنيات ارشادية تختلف عن تلك المستخدمة في الدراسات السابقة، كما يتبين أيضاً أن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع كانت قليلة - في حدود علم الباحثة - وبخاصة أنها اجريت على صعيد المجتمع الغربي، فلم تجد الباحثة أي دراسة عربية تتطرق لدراسة مثل هذا الموضوع الأمر الذي يعزز أهميتها.

رابعاً: من حيث النتائج:

اتضح من خلال استعراض الدراسات السابقة وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والبدانة، كما اثبتت نتائج كل الدراسات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى البدانة، بل يعد من أنجح الطرق في علاج البدانة، ويجب أن يشتمل على تعديل سلوكيات الأكل وزيادة النشاط البدني وهذه العادات حسب الفهم السلوكي هي سلوكيات متعلمة وقابلة للتغيير. في حين توصلت نتائج الدراسات التي تناولت تنمية الكفاءة الذاتية لدى البدناء جميعها إلى فاعلية برامج التدخل على اختلافها وتنوع أساليبها وفناتها والإجراءات التي قامت عليها تلك البرامج، وعلى أهمية الكفاءة الذاتية كمفهوم علاجي لدى مرضى البدانة.

الفائدة من الدراسات السابقة :-

لقد تم الاستفادة من الدراسات السابقة في عدة نواح منها:

1- الاطلاع على الجوانب التي ركزت عليها هذه الدراسات وعلى المتغيرات التي اهتمت بدراستها.

- 2- الاستفادة من المنهجية التي استخدمتها تلك الدراسات في صياغة مشكلة الدراسة وفرضياتها وفي المعالجة الإحصائية للبيانات.
- 3- الاستفادة من هذه الدراسات كذلك في إثراء ودعم الجانب النظري للدراسة الحالية.
- 4- الاطلاع على المقاييس المستخدمة لغرض إعداد وتصميم أداة الدراسة.
- 5- الاستفادة منها في إعداد البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي من خلال التعرف على الأسس التي بنيت عليها البرامج التي استخدمتها.
- 6- الاستفادة منها في اسلوب اختيار مجتمع الدراسة وعينتها وكيفية اختيار أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية.
- 7- مقارنة النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة والمرتبطة بجوانب الدراسة بنتائج الدراسة الحالية.

مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة :

- 1- اتفقت هذه الدراسة مع الدراسات السابقة في النقاط التالية: -
 - 1- الاهتمام بدراسة مرضى البدانة.
 - 2- اختيار الإناث كعينة للدراسة كما جاء في أغلب الدراسات السابقة.
 - 3- أهمية دراسة متغير الكفاءة الذاتية وتميبتها لدى البدناء لأنها تعمل على تنظيم الشخصية التي بموجبها يتصدى الفرد للعوائق التي تعترض تحقيق أهدافه.
 - 4- استخدامها لبعض الأساليب والتقنيات المعرفية السلوكية التي اهتمت بها الدراسات السابقة والتي أكدت على فاعليتها في تنمية الكفاءة الذاتية وفي أساليب التعامل مع مرضى البدانة.
- 2- تميزت الدراسة الحالية عن تلك الدراسات السابقة من خلال عدة إضافات أهمها: -
 - 1- إعداد مقياس يختلف عن المقاييس المستخدمة في تلك الدراسات لكي يتمشى مع النمط الثقافي والاجتماعي السائد في المجتمع الليبي، والذي تمت صياغته في ضوء متغيرات الدراسة وأهدافها وعينتها.
 - 2- إعداد برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى مرضى البدانة يختلف عن ما استخدمته تلك الدراسات من برامج.

3- يمكن اعتبار هذه الدراسة خطوة تجريبية أولى في البيئة المحلية والعربية - على حد علم الباحثة - لمتغيرات الدراسة الراهنة، وأن الدراسات التي أهتمت بمرضى البدانة أغلبها أجريت في البيئة الأجنبية باستثناء دراسات قليلة جداً أجريت في البيئة العربية إلا أنها تناولت متغيرات أخرى تختلف عن متغيرات الدراسة الحالية.

فرضيات الدراسة:

بعد إستعراض الدراسات السابقة العربية منها والاجنبية، وفي ضوء مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها يمكن صياغة فرضياتها على النحو التالي:

الفرضية الأولى:

لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار القبلي ومتوسط درجاتهم على الاختبار البعدي.

الفرضية الثانية:

لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في كلا من الاختبارات التالية (القبلي - اثناء البرنامج - البعدي - التتبعي).

الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي.

الفرضية الرابعة:

لا توجد علاقة معنوية وذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم).

الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وفقاً لخصائص عينة الدراسة (المستوى التعليمي - المهنة - الحالة الاجتماعية).

الفرضية السادسة:

لا توجد علاقة معنوية وذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم).

الفرضية السابعة:

لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وفقا لخصائص عينة الدراسة (المستوى التعليمي - المهنة - الحالة الاجتماعية).

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

تمهيد.

منهج الدراسة.

مجتمع الدراسة.

عينة الدراسة.

أدوات الدراسة.

البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي.

صعوبات الدراسة.

الخطوات الإجرائية للدراسة.

الأساليب الإحصائية.

تمهيد:

يتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية التي تم اتباعها لتحقيق أهداف الدراسة، حيث يتضمن وصفا لمنهج الدراسة، مجتمعا، عينتها، الأدوات المستخدمة والإجراءات المتبعة للتحقق من الخصائص السيكومترية للأداة (الصدق والثبات) مع توضيح الخطوات التي مرت بها عملية تصميم وإعداد تلك الأداة، بالإضافة إلى توضيح البرنامج الإرشادي والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في معالجة البيانات، وفيما يلي عرض لذلك .

أولاً- منهج الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة لتحقيق إهدافها على المنهج ذو التصميم شبه التجريبي نظرا لملاءمته لطبيعة المشكلة المدروسة. فهو من اقرب المناهج البحثية لحل المشكلات بالطريقة العلمية، والتجريب يعبر عن محاولة للتحكم في جميع المتغيرات والعوامل الأساسية باستثناء متغير واحد يقوم الباحث بتطويعه وتغييره بهدف تحديد وقياس تأثيره في العملية التجريبية حيث يهدف التجريب إلى إدخال تعديلات على الواقع من أجل قياس اثر هذه التعديلات. (سليمان، 2009: 135)

ويعد التجريب من أكثر طرق البحث دقة لمعرفة أثر المتغير المستقل وهو البرنامج الإرشادي، على المتغير التابع وهو الكفاءة الذاتية لدى البدينات. حيث تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين متكافئتين (ضابطة وتجريبية) تلقت المجموعة التجريبية جلسات البرنامج الإرشادي ولم تتلق المجموعة الضابطة هذا البرنامج.

يهدف هذا التصميم إلى إجراء قياس قبلي لمتغير الكفاءة الذاتية للمجموعتين، ثم إجراء قياس بعدي للمتغير ذاته بعد إدخال المتغير المستقل وهو البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية وحساب الفرق بين متوسط الدرجات في القياس القبلي ومتوسط الدرجات في القياس البعدي لمتغير الكفاءة الذاتية للمجموعتين لمعرفة مدى فاعلية البرنامج الإرشادي، وكذلك التعرف على الفروق بين متوسط درجات البدينات (المجموعة التجريبية) على مقياس الكفاءة الذاتية بين القياس القبلي والتبعي، والتعرف على العلاقة بين درجات المجموعتين على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وفق خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة

الجسم)، وأيضاً التعرف على الفروق بين متوسط درجات المجموعتين على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وفق كلاً من (المستوى التعليمي - المهنة - الحالة الاجتماعية).

ثانياً- مجتمع الدراسة :

إن أولى الخطوات في اختيار العينة هو تحديد المجتمع موضوع الدراسة، أي المجموعة التي نريد تعميم النتائج عليها، ويتكون مجتمع الدراسة الأصلي من جميع السيدات البدينات المترددات على مراكز تخفيف الوزن في مدينة الزاوية ليبيا. حسب عام 2014 وبلغ عددهن (65) بدينة.

جدول (1) يوضح عدد الحالات المسجلة بمراكز تخفيف الوزن داخل مدينة الزاوية

اسم المركز	عدد المترددات
الاستشارات	31
العالم	34
المجموع	65

ثالثاً- عينة الدراسة :

نظراً لصغر حجم مجتمع الدراسة والمتمثل في البدينات المترددات على مراكز تخفيف الوزن بمدينة الزاوية وذلك نتيجة لظروف الحرب التي مرت بها البلاد بشكل عام ومدينة الزاوية بشكل خاص، فلقد أغلقت بعض المراكز ولم تجد الباحثة إلا مركزين فقط. حيث تم اختيار العينة "المتاحة" عند جمع البيانات، بمعنى اعتماد على مبدأ ما هو متاح وقت إجراء الدراسة.

محكات إختيار العينة:

تم تحديد عدد من المحكات لاختيار وقبول الحالات المشاركة في التجربة الحالية، وذلك بهدف إحداث الضبط التجريبي لعدد من المتغيرات الدخيلة التي يتوقع أن تؤثر على نتائج التجربة، وتضمنت هذه المحكات المتغيرات التالية:

1- الجنس: تم تثبيت متغير الجنس، وذلك باختيار عينة الدراسة من البدينات وفقاً لطبيعة الدراسة وأهدافها.

2- العمر: تم تحديد المدى العمري لأفراد العينة ما بين (18-51) سنة.

- 3- مؤشر كتلة الجسم: (30 فما فوق).
- 4- الحالة الاجتماعية: (أنسه- متزوجة).
- 5- المستوى التعليمي: (إعدادي - ثانوي - جامعي).

خطوات اختيار العينة:

- 1- تم قياس وزن البدينات وقياس أطوالهن.
- 2- تم حساب معامل كتلة الجسم عن طريق قسمة الوزن بالكيلو جرام على مربع الطول بالمتر ، وتبين أن مؤشر كتلة الجسم لديهن جميعاً (30 فما فوق) باستثناء ثلاث حالات كان مؤشر كتلة الجسم أقل من هذا المعدل حيث تم استبعادهن.
- 3- تم استبعاد حالتين لم تتوفر فيهن شروط اختيار العينة من حيث العمر، كن أقل من المدى المحدد.
- 4- تم تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية على عينه الدراسة والبالغ عددهن (60) بدينة، وتبين أن مستوى الكفاءة الذاتية لديهن جميعاً أقل من المتوسط.
- 5- رفضت (4) حالات منهن الإشتراك في البرنامج.
- 6- تكونت عينة الدراسة التجريبية من (56) بدينة، تم تقسيمهن إلى مجموعتين (28) مجموعة تجريبية و(28) مجموعة ضابطة.

أولاً: البيانات الأولية لعينة الدراسة:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان (مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات) لذلك فقد تم إجراء الدراسة على مجموعتين من السيدات البدينات (المجموعة الضابطة - المجموعة التجريبية) واللاتي يمارسن تمارين رياضية بمراكز متخصصة.

وبيانات الجدول (2) توضح توزيع عينة الدراسة من المجموعتين بحسب العمر

كما يلي:

1-العمر:

جدول (2) توزيع عينة الدراسة بحسب العمر

المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموعة العمر
%	العدد	%	العدد	
14.3	4	14.3	4	اقل من 20 سنة
32.1	9	32.1	9	29 – 20
17.9	5	17.9	5	39 – 30
28.6	8	28.6	8	49 – 40
7.1	2	7.1	2	من 50 سنة فاكتر
100	28	100	28	المجموع

1. المجموعة الضابطة:

تبين أن الفئة العمرية (20-29) سنة تمثل غالبية أفراد العينة بنسبة 32.1%، وأقلهم الفئة العمرية (من 50 سنة فأكثر) بنسبة 7.1% .

2. المجموعة التجريبية:

تبين أن الفئة العمرية (20-29) سنة تمثل غالبية أفراد العينة بنسبة 32.1%، وأقلهم الفئة العمرية (من 50 سنة فأكثر) بنسبة 7.1% .

2- الوزن:

جدول (3) توزيع عينة الدراسة بحسب الوزن

المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموعة الوزن
%	العدد	%	العدد	
67.9	19	64.3	18	أقل من 100 كجم
28.5	8	32.1	9	124 – 100
3.6	1	3.6	1	149 – 125
0.0	0	0.0	0	من 150 كجم فاكتر
100	28	100	28	المجموع

وبيانات الجدول (3) توضح توزيع عينة الدراسة من المجموعتين بحسب الوزن كما يلي:

1. المجموعة الضابطة:

تبين أن فئة الوزن (أقل من 100 كجم) تمثل غالبية أفراد العينة بنسبة 64.3%، وأقلهم فئة الوزن (125-149 كجم) بنسبة 3.6% .

2. المجموعة التجريبية:

تبين أن فئة الوزن (أقل من 100 كجم) تمثل غالبية أفراد العينة بنسبة 67.9%، وأقلهم فئة الوزن (125-149 كجم) بنسبة 3.6% .

3-الطول:

جدول (4) توزيع عينة الدراسة بحسب الطول

المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموعة الطول
%	العدد	%	العدد	
3.6	1	0.0	0	أقل من 150 سم
39.3	11	25	7	159 – 150
46.4	13	57.1	16	169 – 160
10.7	3	17.9	5	من 170 سم فاكثر
100	28	100	28	المجموع

وبيانات الجدول (4) توضح توزيع عينة الدراسة من المجموعتين بحسب الطول كما

يلي:

1. المجموعة الضابطة:

تبين أن فئة الطول (160-169) سم تمثل غالبية أفراد العينة بنسبة 57.1%، وأقلهم فئة الطول (من 170 سم فاكثر) بنسبة 17.9% .

2. المجموعة التجريبية:

تبين أن فئة الطول (160-169) سم تمثل غالبية أفراد العينة بنسبة 46.4%، وأقلهم فئة الطول (اقل من 150 سم) بنسبة 3.6% .

4- مؤشر كتلة الجسم:

جدول (5) توزيع عينة الدراسة بحسب مؤشر كتلة الجسم

المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		مؤشر كتلة الجسم
%	العدد	%	العدد	
0.0	0	0.0	0	أقل من 30
71.4	20	78.6	22	39 - 30
21.4	6	17.8	5	49 - 40
3.6	1	3.6	1	59 - 50
3.6	1	0.0	0	من 60 فاكتر
100	28	100	28	المجموع

وبيانات الجدول (5) توضح توزيع عينة الدراسة من المجموعتين بحسب مؤشر كتلة

الجسم كما يلي:

1. المجموعة الضابطة:

تبين أن فئة مؤشر كتلة الجسم (30 - 39) تمثل غالبية أفراد العينة بنسبة 78.6%، وأقلهم فئة مؤشر كتلة الجسم (50-59) بنسبة 3.6% .

2. المجموعة التجريبية:

تبين أن فئة مؤشر كتلة الجسم (30 - 39) تمثل غالبية أفراد العينة بنسبة 71.4%، وأقلهم فئتي مؤشر كتلة الجسم (50-59) و(من 60 فاكتر) بنسبة 3.6% لكل منهما.

5- المستوى التعليمي:

جدول (6) توزيع عينة الدراسة بحسب المستوى التعليمي

المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المستوى التعليمي
%	العدد	%	العدد	
25.0	7	21.4	6	اعدادي
17.8	5	17.9	5	ثانوي
57.2	16	60.7	17	جامعي
100	28	100	28	المجموع

وبيانات الجدول (6) توضح توزيع عينة الدراسة من المجموعتين بحسب المستوى التعليمي كما يلي:

1. المجموعة الضابطة:

تبين أن غالبية أفراد العينة مستواهم التعليمي الجامعي وبنسبة 60.7%، وأقلهم ذو المستوى التعليمي الثانوي وبنسبة 17.9% .

2. المجموعة التجريبية:

تبين أن غالبية أفراد العينة مستواهم التعليمي الجامعي وبنسبة 57.2%، وأقلهم ذو المستوى التعليمي الثانوي وبنسبة 17.8% .

6- المهنة:

جدول (7) توزيع عينة الدراسة بحسب المهنة

المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المهنة
%	العدد	%	العدد	
57.1	16	53.6	15	معلمة
14.3	4	14.3	4	طالبة
14.3	4	17.8	5	موظفة
14.3	4	14.3	4	ربة بيت
100	28	100	28	المجموع

وبيانات الجدول (7) توضح توزيع عينة الدراسة من المجموعتين بحسب المهنة كما يلي:

1. المجموعة الضابطة:

تبين أن غالبية أفراد العينة مهنتهن معلمة وبنسبة 53.6%، وأقلهن من تعمل طالبة أو ربة بيت وبنسبة 14.3% .

2. المجموعة التجريبية:

تبين أن غالبية أفراد العينة مهنتهم معلمة وبنسبة 57.1%، في حين تساوت نسبة من تعمل طالبة، موظفة، وربة بيت وبنسبة 14.3% لكل منهم.

7- الحالة الاجتماعية:

جدول (8) توزيع عينة الدراسة بحسب الحالة الاجتماعية

المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموعة الحالة الاجتماعية
%	العدد	%	العدد	
35.7	10	46.4	13	أنسة
64.3	18	53.6	15	متزوجة
100	28	100	28	المجموع

وبيانات الجدول (8) توضح توزيع عينة الدراسة من المجموعتين بحسب الحالة

الاجتماعية كما يلي:

1. المجموعة الضابطة:

تبين أن أكثر افراد العينة متزوجات وبنسبة 53.6%، وتليها الانسات وبنسبة 46.4% .

2. المجموعة التجريبية:

تبين أن غالبية أفراد العينة متزوجات وبنسبة 64.3%، وتليها الانسات وبنسبة

35.7%.

التكافؤ بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية:

للتحقق من مدى تكافؤ أفراد العينة في ضوء متغيرات العمر، الوزن، الطول، ومؤشر

كتلة الجسم، تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة

والتجريبية في هذه المتغيرات باستخدام اختبار (t) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (9) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة t لدلالة الفروق في المتوسطات بين المجموعة الضابطة

والمجموعة التجريبية في العمر، الوزن، الطول، ومؤشر كتلة الجسم

المتغير	المجموعة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
العمر	الضابطة	28	31.96	10.782	0.285	0.777
	التجريبية	28	32.79	10.778		
الوزن	الضابطة	28	102.89	21.125	-1.220	0.228
	التجريبية	28	95.34	25.052		
الطول	الضابطة	28	1.62	0.043	-1.715	0.092
	التجريبية	28	1.60	0.055		
مؤشر كتلة الجسم	الضابطة	28	39.10	7.779	-0.175	0.863
	التجريبية	28	38.73	7.769		

من الجدول أعلاه نجد أن قيمة مستوى الدلالة لكل الأبعاد أكبر من 0.05 مما يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسط العمر، الوزن، الطول، ومؤشر كتلة الجسم بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية. وهذا يدل على وجود تكافؤ بين أفراد المجموعتين.

التكافؤ بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في الكفاءة الذاتية:

للتحقق من مدى التكافؤ بين أفراد العينة في الكفاءة الذاتية، تم حساب متوسط درجات الكفاءة الذاتية (وفقاً لمقياس الكفاءة الذاتية) لدى أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية، قبل تطبيق البرنامج، وحساب دلالة الفروق بين المتوسطين باستخدام اختبار t للمجموعتين المستقلتين T-test ونتج عن هذا الإجراء مايلي:

جدول (10) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المجموعة

التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في القياس القبلي

المقياس وابعاده	المجموعة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	الضابطة	28	36.82	4.181	0.033	0.974
	التجريبية	28	36.78	3.823		
البعد الوجداني	الضابطة	28	29.46	4.158	-1.528	0.132
	التجريبية	28	31.10	3.881		
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	الضابطة	28	31.89	4.740	-1.316	0.087
	التجريبية	28	33.82	4.823		
بعد العادات الغذائية	الضابطة	28	26.14	5.790	1.033	0.092
	التجريبية	28	25.42	4.740		
بعد عادات النوم	الضابطة	28	20.96	5.188	1.521	0.134
	التجريبية	28	19.10	3.852		
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	الضابطة	28	33.46	6.994	1.771	0.082
	التجريبية	28	30.42	5.776		
المقياس ككل	الضابطة	28	178.75	19.736	1.449	0.073
	التجريبية	28	176.67	14.777		

يتضح من نتائج الجدول السابق أنه لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في القياس القبلي، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد P -value أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$.

التصميم التجريبي للدراسة:

يهدف التصميم التجريبي إلى اختبار مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات، والتصميم المستخدم هو النموذج ذي المجموعتين التجريبية والضابطة. وقد تم استخدام التصميمين التجريبيين التاليين:

1- المقارنة بين المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج والمجموعة الضابطة التي لم تخضع للبرنامج في القياس البعدي بعد أن تم التأكد من التكافؤ بين المجموعتين في القياس القبلي أي قبل إدخال المتغير المستقل للتعرف على تأثيره في الكفاءة الذاتية .

2- المقارنة بين المجموعة التجريبية (قبل وأثناء وبعد) البرنامج وفي فترة المتابعة وذلك من أجل التأكد من استمرار تأثير البرنامج المستخدم مع مجموعة الدراسة .

وطبقاً لهذا التصميم تم إجراء القياسات التالية:

. قياس قبلي وبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة.

- قياس في منتصف تطبيق البرنامج وقياس تتبعي بعد شهرين من انتهاء البرنامج

للمجموعة التجريبية. والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (11) يوضح تصميم الدراسة شبه التجريبية

المجموعات	القياس القبلي	المعالجة	القياس إثناء البرنامج	القياس البعدي	القياس التتبعي
التجريبية	مقياس الكفاءة الذاتية	برنامج إرشادي معرفي سلوكي	مقياس الكفاءة الذاتية	مقياس الكفاءة الذاتية	مقياس الكفاءة الذاتية
الضابطة	مقياس الكفاءة الذاتية	بدون برنامج	بدون قياس	مقياس الكفاءة الذاتية	بدون قياس

أدوات الدراسة:

تم استخدام عدداً من الأدوات التي يمكن ان تساهم في توفير إطار من البيانات التي تقتضيها اختبار الفرضيات وتحقيق الأهداف وهي:

أولاً: المقابلة:

من خلال إجراء مقابلات فردية مع المترددات على مركز تخفيف الوزن لغرض جمع بعض المعلومات الطبية والصحية وعاداتهن الغذائية.

ثانياً: المقاييس الأنثروبيومترية:

1- الميزان الطبي لمعرفة الوزن.

2- المتر لمعرفة الطول .

ثالثاً: المقياس الطبي:

مقياس كوتيليت (Quetlet index):

وهو مقياس طبي يعتمد على كتلة جسم الفرد (Body Mass index) (BMI) وطوله،

ويستخدم القانون التالي:

$$BMI = \frac{wt \text{ in } kg}{height \text{ in } (M)^2}$$

$$\frac{\text{الوزن}}{\text{(الطول بالمتر)}^2} = \text{BMI}$$

وتصنف السمنة حسب المعادلة السابقة إلى ما يلي:

1. عادي: (normal) من (20-24.9).
2. بسيط: (Mild) من (25-29.9).
3. تحتاج إلى علاج: (Clinically relevant) من (30-39.9).
4. سمنة معطلة أو معيقة: (Crippled) (فوق 40).

(الزباد، 2000: 230)

رابعاً: المقاييس السيكومترية:

1. قائمة التقدير:

اشتملت على معلومات مهمة عن البدنيات منها:

1- البيانات الأولية: مثل الاسم والعمر.

2- بيانات عن الحالة الصحية: مثل الوزن، الطول، مؤشر كتلة الجسم، أي أمراض أخرى مصاحبة للبدانة، نوع المرض، نوع العلاج، والاضطرابات النفسية التي قد تعاني منها البدنية.

3- السلوكيات الصحية: تشمل النظام الغذائي، النشاط البدني، التمرينات الرياضية.

4- الأنشطة والاهتمامات والهوايات.

2. مقياس الكفاءة الذاتية:

نظراً لعدم وجود أداة محلية يمكن من خلالها التحقق من أهداف الدراسة وفرضياتها، وتتناول متغيرات الدراسة الراهنة، فإنه من الضروري إعداد مقياس للكفاءة الذاتية يتناسب مع طبيعة الدراسة وماتقيسه من متغيرات.

مبررات إعداد هذا المقياس:

هناك اعتبارات يعزى إليها إعداد مقياس جديد لقياس الكفاءة الذاتية. فالهدف من بناء مقياس للكفاءة الذاتية هو توفير مقياس خاص يحدد مستوى الكفاءة الذاتية لدى البدنيات فالبرغم من الاهتمام البالغ من قبل الباحثين بدراسة الكفاءة الذاتية وتوفر المقاييس الأجنبية والعربية الا أن هذه الدراسات والمقاييس تتصدى لعينات مختلفة عن عينة الدراسة الحالية، فالحاجة كانت ماسة لإعداد مقياس يناسب عينة الدراسة وهن البدنيات وهذا ما أكد عليه باندورا (Bandura) حيث يقول: لا يوجد مقياس عام واحد للكفاءة الذاتية ينفع استخدامه لقياس تلك الكفاءة في مختلف الوظائف . وقد يعطي المقياس العام معلومات عامة عن الكفاءة الذاتية في أداء وظائف عديدة غير أن هذا المقياس العام لا يعطي وصفا او تنبؤا دقيقا لمستوى الأداء في وظيفة معينة والتي يعتقد الفرد أنه قادر عليها. وذلك لأن عبارات المقياس العام قد لا تكون ذات علاقة بما تستدعيه المطالب الظرفية والموقفية لوظيفة معينة. وهو ما يخلق غموضا حول

حقيقة ما يتم قياسه، وحول مستوى الأداء، والمطالب الموقفية التي يتعين إدارتها. عليه يجب تخصيص مقاييس الكفاءة الذاتية إلى مجال محدد من الأداء حسب موضوع الاهتمام. (Bandura,2006: p: 307-308)

خطوات إعداد مقياس الكفاءة الذاتية:

مر بناء مقياس الكفاءة الذاتية بعدة خطوات يمكن إيضاحها على النحو التالي:

- **الخطوة الأولى:** استقراء التراث النظري لمفهوم الكفاءة الذاتية والدراسات السابقة التي تناولت الموضوع بالبحث والدراسة لتعريف ماهية الكفاءة الذاتية ونظريتها وأنواعها ومصادرها وسمات مرتفعي الكفاءة الذاتية وكيف يمكن قياسها للاستفادة منها في تحديد مكونات هذا المقياس وهذه الخطوة تعد احد مصادر المعرفة الهامة في إعداد وبناء أي مقياس، ويمكن قياس الكفاءة الذاتية عن طريق التقرير الذاتي ويرى باندورا (Bandura) أن الكفاءة الذاتية تتكون من ثلاث قدرات هي: المبادرة والمثابرة وبذل الجهد.

- **الخطوة الثانية:** الاطلاع على المقاييس السابقة التي اهتمت بقياس الكفاءة الذاتية بهدف التعرف إلى أهم الأبعاد المدروسة والوقوف على مكوناتها وكيفية صوغ مفرداتها وأسلوب الاستجابة فيها وطريقة تصحيحها ومن هذه المقاييس نذكر ما يلي:

1. مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة (1997) Ralf schwarzer ترجمة سامر رضوان .
2. قائمة فعالية الذات الصحية (2009) إعداد محمد نجيب الصبوة .
3. مقياس فاعلية الذات الوجدانية (2008) ترجمة نبيل محمد زايد.
4. مقياس فاعلية الذات (1979) serusalem ترجمة أماني عبدالمقصود وسميرة شند .
5. مقياس الفعالية العامة للذات ترجمة محمد السيد عبدالرحمن .

- **الخطوة الثالثة:** إعداد مقياس الكفاءة الذاتية في صورته الأولية، حيث تم تحديد أبعاد المقياس وصياغة عدد من الفقرات لكل بعد وذلك من خلال الاستفادة من الإطار النظري والدراسات السابقة والمقاييس آفة الذكر، حيث تم استخلاص وصياغة (55) فقرة على نحو أولي روعي في صياغتها وضوح المعنى وسلامة اللغة وبساطة التعبير، ومناسبتها للإطار الثقافي والاجتماعي

للبيئة اللببية، وأن تكون بعض الفقرات ايجابية والأخرى سلبية وأن تقيس الفقرة فكرة واحدة فقط، حيث غطت هذه الفقرات ستة أبعاد أساسية مرتبطة بالكفاءة الذاتية لدى البدينات وهي:

1. الكفاءة الذاتية الاجتماعية.

2. الكفاءة الذاتية الوجدانية .

3. ممارسة التمرينات الرياضية .

4. العادات الغذائية .

5. عادات النوم .

6. سلوكيات الوقاية الصحية .

الخصائص السيكومترية لمقياس الكفاءة الذاتية:

إن صدق المقياس أكثر أهمية من ثباته لأن المقياس الصادق هو ثابت بالنتيجة في النهاية وهذه العملية هي التي من خلالها يمكن معرفة فيما إذا كانت الاختلافات في الدرجات على هذه الأداة القياسية اختلافات حقيقية في الخصائص بين الأفراد والجماعات أو المواقف أم أنها مجرد أخطاء ثابتة وعشوائية. ومع ذلك فإن احتساب الثبات يعد أمراً ضرورياً لزيادة الدقة حيث إنه يعنى مدى استقرار وثبات وحدة القياس ومدى إمكانية الاعتماد عليها للحصول على بيانات تمثل الواقع تمثيلاً مناسباً.

ولقد تم إجراء دراسة استطلاعية (pilot sample) على عينة مكونة من (15) مفردة وذلك للوصول إلى مقياس واضح ودقيق يبين فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات، حيث تم حساب درجتي الصدق والثبات لمقياس الدراسة.

أولاً: الصدق:

بعد أن تم إعداد المقياس كمرحلة أولى أصبح المقياس جاهزاً للتحري عن صدقه.

1-الصدق الظاهري:

بعد إعداد المقياس في صورته الأولية تم الاعتماد على الصدق الظاهري لقياس فقراته والذي يتم عن طريق التأكد من أن المقياس يقيس بالفعل المقصود منه حيث يشير الصدق الظاهري إلى أن الأداة تكون صادقة إذا كان مظهرها يشير إلى ارتباطها بصدق المقياس وذلك

للتأكد من أن هذه الأداة ملائمة لجمع البيانات، ولقد تم عرض المقياس على نخبة من المتخصصين في مجال الدراسات النفسية والواردة اسماؤهم في الملحق رقم (1) ، للاستفادة من خبراتهم حول مدى تمثيل الأبعاد للهدف المرجو منها، ومدى مناسبة كل فقرة لبعدها، ومدى وضوح الفقرة ودقة صياغتها، ومدى مناسبتها لفهم أفراد العينة، حيث أجمعوا على صدقه وصلاحيته للاستخدام وبناء على ملاحظاتهم تم التقييد بالتعديلات التي أبدوها.

الصياغة النهائية لمقياس الكفاءة الذاتية:

بناء على ما قدمه المحكمون من تعديلات ومقترحات، تم تحليل هذه الآراء والتعليقات، حيث ترتب على هذا الإجراء تعديل صياغة بعض الفقرات وحذف أخرى التي لم تحظ بنسبة إتفاق (85%)، وتتلخص آراء السادة المحكمين في الآتي:

- اتفق المحكمون على الأبعاد المكونة للمقياس التي تم تحديدها كأساس منطقي يبني عليه المقياس بنسبة (100%).
- فيما يتعلق بفقرات المقياس ومدى مناسبتها وتمثيلها لما وضعت لقياسه، اتفق المحكمون على حذف (6) فقرات من (55) فقرة، كما اتفقوا على ان كل الفقرات المتبقية وعددها (49) فقرة تنتمي إلى ابعاد المقياس بنسبة اتفاق (100%).
- أما من حيث صياغة فقرات المقياس، فقد تم تعديل صياغة (5) فقرات. والجدول التالي يبين الفقرات التي تم تعديلها أو حذفها من قبل الساده المحكمين:

جدول (12) يوضح الفقرات التي تم تعديلها أو حذفها من قبل الساده المحكمين

م	الفقرة قبل التحكيم	الفقرة بعد التحكيم	سبب التعديل أو الحذف
1.	من الصعب عليّ أن أرفض دعوة لحضور حفل.	احب المشاركة في المناسبات الاجتماعية	صياغة أكثر تحديداً
2.	أحرص على إقامة علاقات طيبة وأخذ دور قيادي في المجموعة.	حذفت	جمع أكثر من عبارة
3.	افقد السيطرة على كمية الطعام التي أتناولها عندما اغضب.	افقد السيطرة على تصرفاتي عندما اغضب.	صياغة اكثر تحديداً

م	الفقرة قبل التحكيم	الفقرة بعد التحكيم	سبب التعديل أو الحذف
4.	أستخدم الانفعالات الإيجابية كي أتوصل إلى حلول لمشكلاتي.	أكون متزنه انفعالياً عند التفكير في حل لمشكلاتي	صيغة أكثر وضوحاً
5.	أساعد الآخرين على ضبط انفعالاتهم عند مرورهم بظروف قاسية.	حذفت	تكرار المعنى
6.	أولد في نفسي الانفعال الذي يشعر به الآخرين.	حذفت	تكرار المعنى
7.	أحب الطعام كثيراً بدرجة تمنعني من مراقبة ما أتناوله.	حذفت	تكرار المعنى
8.	أمارس نشاطاً رياضياً بانتظام طوال العام.	أمارس نشاطاً رياضياً بانتظام رغم مشاغلي .	صيغة أكثر تحديداً
9.	إذا قمت بممارسة التمارين الرياضية، فإنني أشعر بالجوع وأتناول المزيد من الطعام.	أمارس التمارين الرياضية بالرغم من وجود مغريات لمنعي من ذلك	صيغة أكثر تحديداً
10.	رغم إغراءات الخروج والفسح فإنني أفضل النوم الكافي المبكر.	حذفت	تكرار المعنى
11.	أعرف الأشياء التي تؤثر سلباً في صحتي.	حذفت	تكرار المعنى

وأصبح المقياس جاهز في صورته النهائية بحيث احتوى على خمس صفحات، تشمل الصفحة الأولى بيانات عامة عن المفحوصة: الاسم - العمر - الطول - الوزن - مؤشر كتلة الجسم - الحالة الاجتماعية - المهنة. وبعض التعليمات عن كيفية الإجابة عن المقياس حيث يُطلب من المفحوصات قراءة كل فقرة بتركيز وتحديد درجة انطباقها عليهن باختيار بديل واحد من خمسة بدائل مع الحرص على الصدق والصراحة في الإجابة والتأكيد على سرية البيانات، أما في الصفحات التالية تم وضع فقرات المقياس وترقيم إجاباتها حسب تدرج ليكرت الخماسي واشتمل على (49) فقرة موزعة على ابعاده كالتالي:

جدول (13) توزيع أرقام الفقرات على ابعاد المقياس

م	البعاد	عدد الفقرات	أرقام الفقرات
1	الاجتماعي	9	9,8,7,6,5,4,3,2,1
2	الوجداني	8	17,16,15,14,13,12,11,10
3	ممارسة التمارين الرياضية	8	25,24,23,22,21,20,19,18
4	العادات الغذائية	8	33,32,31,30,29,28,27,26
5	عادات النوم	7	40,39,38,37,36,35,34
6	سلوكيات الوقاية الصحية	9	49,48,47,46,45,44,43,42,41

تصحيح المقياس:

تعد هذه المرحلة هامة في صياغة أدوات الدراسة لما لها من أثر كبير في نتائج القياس حيث إنه بعد أن صيغت فقرات المقياس تم اعتماد طريقة ليكرت (Likert) في تصميم المقياس، فهي تتيح للمفحوص أن يعبر عن رأيه بعمق لوجود بدائل عديدة أمام الفقرة الواحدة تتراوح ما بين أوافق بشدة إلى أرفض بشدة، وأنها تحقق الدقة لقياس السمة المراد قياسها بحيث تضم الإجابة خمسة بدائل تقرر وتختار المفحوصة ما يناسبها منها للإجابة بوضع علامة (x) أمام البدائل المختارة في المكان المناسب لكل عبارة، وتم إعطاء قيم رقمية لسلم التدرج للفقرات الموجبة (أوافق بشدة (5) - أوافق (4) - متردد (3) - أرفض (2) - أرفض بشدة (1)). مع عكس هذه القيم في الفقرات السالبة ارفض بشدة (5) - أرفض (4) - متردد (3) - أوافق (2) - أوافق بشدة (1)، وبذلك فإن الدرجة الكلية للمفحوصة تساوي مجموع درجاتها على جميع فقرات المقياس وتتراوح قيمتها في المدى (84 - 252) والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى ارتفاع الكفاءة الذاتية. وجميع فقرات المقياس إيجابية ماعدا (7) فقرات سالبة وهي: (11-29-31-37-38-39-40).

الصدق العاملي:

يستخدم الصدق العاملي لقياس الارتباط الداخلي بين جوانب الاختبار واستخراج مصفوفة معاملات الارتباط بين أبعاد (محاور) البحث لبيان مدى اتساقها وانسجامها بعضها مع بعض

ولحساب الصدق العاملي لمقياس الدراسة تم استخدام طريقة الجمع البسيط لمعرفة تشبع الأبعاد والمحاور (العوامل) مع المقياس الكلي (العامل العام) وذلك عن طريق الخطوات التالية:

1. استخراج مصفوفة الارتباط بين الأبعاد.
2. حساب كل عمود تم جمع مجموع الأعمدة.
3. إيجاد الجذر التربيعي لمجموع الأعمدة.
4. قسمة مجموع كل عمود على الجذر التربيعي.
5. ناتج القسمة هو تشبع كل بعد بالعامل العام ويشترط أن يكون مجموع تشبعات العوامل أو الأبعاد بالعامل العام يساوي نفس قيمة الجذر التربيعي.

جدول (14) يوضح درجات الارتباط بين أبعاد المقياس محل الدراسة

الأبعاد	البعد الاجتماعي	البعد الوجداني	بعد ممارسة التمرينات الرياضية	بعد العادات الغذائية	بعد عادات النوم	بعد سلوكيات الوقاية الصحية
البعد الاجتماعي	1	0.552	0.225	0.287	0.400	0.429
البعد الوجداني	0.552	1	0.083	-0.038	0.063	0.217
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	0.225	0.083	1	0.660	0.521	0.686
بعد العادات الغذائية	0.287	-0.038	0.660	1	0.468	0.785
بعد عادات النوم	0.400	0.063	0.521	0.468	1	0.318
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	0.429	0.217	0.686	0.785	0.318	1
المجموع	2.893	1.877	3.175	3.162	2.770	3.435

$$17.312 = 3.435 + 2.770 + 3.162 + 3.175 + 1.877 + 2.893 = \text{مجموع الأعمدة}$$

$$4.161 = \text{الجذر التربيعي لمجموع الأعمدة المستخرجة}$$

قسمة مجموع كل عمود على الجذر التربيعي، فيصبح تشبع كل بعد بالعامل العام

(المقياس الكلي) على النحو الموضح بالجدول (15):

جدول (15) تشبع كل بعد بالعامل العام (المقياس الكلي)

التشبع	المجموع	البعد (المحور)
0.695	2.893	البعد الاجتماعي
0.451	1.877	البعد الوجداني
0.763	3.175	بعد ممارسة التمرينات الرياضية
0.760	3.162	بعد العادات الغذائية
0.666	2.770	بعد عادات النوم
0.826	3.435	بعد سلوكيات الوقاية الصحية
4.161	17.312	المقياس الكلي

ويتبين من نتائج الجدول (15) أن درجات تشبع العوامل (الأبعاد) بالعامل العام (4.161) وهو نفسه الجذر التربيعي لمجموع الأعمدة المستخرجة.

ثانياً: الثبات:

لاختبار ثبات المقياس استخدام معامل ألفا كورنباخ **Alpha Cornbach** وذلك من خلال منظومة التحليل الإحصائي "SPSS". حيث تكون قيمة معامل ألفا كورنباخ بين (0، 1) وهو يبين درجة الارتباط الداخلي بين إجابات عناصر العينة، فعندما تكون قيمته صفراً فإن ذلك يدل على عدم وجود ارتباط بين الإجابات أما إذا كانت قيمته واحداً فإن ذلك يدل على أن الإجابات مرتبطة مع بعضها البعض ارتباطاً تاماً، وتعتبر القيمة المقبولة لمعامل ألفا كورنباخ هي 0.60 (60%) فأكثر.

علماً بأن معامل الثبات ألفا يمكن حسابه من خلال المعادلة التالية:

$$\alpha = \frac{N * P}{1 + P(N - 1)}$$

حيث إن:

N: تمثل عدد الجمل أو الأسئلة (Items).

P: تمثل متوسط الارتباطات الداخلية بين الجمل أو الأسئلة.

تم حساب درجة معامل (ألفا كورنباخ) للتأكد من ثبات مقاييس الدراسة كما يلي:

أولاً- البعد الاجتماعي:

جدول (16) اختبار الثبات لمقياس البعد الاجتماعي باستخدام معامل ألفا كورنباخ

الفقرات	قيمة معامل الثبات في حالة حذف الفقرة المقابلة
1	0.857
2	0.855
3	0.859
4	0.860
5	0.866
6	0.864
7	0.877
8	0.868
9	0.865
قيمة معامل الثبات ألفا كورنباخ (87.8%) لمقياس البعد الاجتماعي وعدد فقراته 9 فقرات	

جدول (16) يبين نتائج اختبار ألفا كورنباخ للثبات في هذه الدراسة للأسئلة المتضمنة في صحيفة الاستبيان والموزعة على أفراد العينة والتي تمثل 9 فقرات تقيس آراء المبحوثين حول البعد الاجتماعي، فكانت قيمة ألفا كورنباخ "0.878" وهذه القيمة عالية، وتدل على وجود ارتباط قوي بين إجابات أفراد العينة لهذه الفقرات (الأسئلة)، كما نلاحظ أن جميع معاملات ألفا كورنباخ المحتسبة لكل الفقرات أكبر من 0.60

ثانياً- البعد الوجداني:

جدول (17) اختبار الثبات لمقياس البعد الوجداني باستخدام معامل ألفا كورنباخ

الفقرات	قيمة معامل الثبات في حالة حذف الفقرة المقابلة
1	0.620
2	0.636
3	0.659
4	0.619
5	0.675
6	0.616
7	0.681
8	0.690
قيمة معامل الثبات ألفا كورنباخ (69.4%) لمقياس البعد الوجداني وعدد فقراته 8 فقرات	

جدول (17) يبين نتائج اختبار ألفا كورنباخ للثبات في هذه الدراسة للأسئلة المتضمنة في صحيفة الاستبيان والموزعة على أفراد العينة والتي تمثل 8 فقرات تقيس آراء المبحوثين حول البعد الوجداني، فكانت قيمة ألفا كورنباخ "0.694". وهذه القيمة مقبولة، وتدل على وجود ارتباط متوسط بين إجابات أفراد العينة لهذه الفقرات (الأسئلة)، كما نلاحظ أن جميع معاملات ألفا كورنباخ المحتسبة لكل الفقرات أكبر من 0.60.

ثالثاً: بعد ممارسة التمرينات الرياضية

جدول (18) اختبار الثبات لمقياس بعد ممارسة التمرينات الرياضية باستخدام معامل ألفا كورنباخ

قيمة معامل الثبات في حالة حذف الفقرة المقابلة	الفقرات
0.689	1
0.659	2
0.692	3
0.662	4
0.663	5
0.730	6
0.694	7
0.728	8
قيمة معامل الثبات ألفا كورنباخ (73.5%) لمقياس بعد ممارسة التمرينات الرياضية وعدد فقراته 8 فقرات	

جدول (18) يبين نتائج اختبار ألفا كورنباخ للثبات في هذه الدراسة للأسئلة المتضمنة في صحيفة الاستبيان والموزعة على أفراد العينة والتي تمثل 8 فقرات تقيس آراء المبحوثين حول بعد ممارسة التمرينات الرياضية، فكانت قيمة ألفا كورنباخ "0.735" وهذه القيمة جيدة وتدل على وجود ارتباط قوي بين إجابات أفراد العينة لهذه الفقرات (الأسئلة). كما نلاحظ أن جميع معاملات ألفا كورنباخ المحتسبة لكل الفقرات أكبر من 0.60.

رابعاً- بعد العادات الغذائية:

جدول (19) اختبار الثبات لمقياس بعد العادات الغذائية باستخدام معامل ألفا كورنباخ

الفقرات	قيمة معامل الثبات في حالة حذف الفقرة المقابلة
1	0.784
2	0.809
3	0.810
4	0.823
5	0.793
6	0.822
7	0.818
8	0.815
قيمة معامل الثبات ألفا كورنباخ (83.0%) لمقياس بعد العادات الغذائية وعدد فقراته 8 فقرات	

جدول (19) يبين نتائج اختبار ألفا كورنباخ للثبات في هذه الدراسة للأسئلة المتضمنة في صحيفة الاستبيان والموزعة على أفراد العينة والتي تمثل 8 فقرات تقيس آراء المبحوثين حول بعد العادات الغذائية، فكانت قيمة ألفا كورنباخ "0.830" وهذه القيمة عالية تدل على وجود ارتباط قوي بين إجابات أفراد العينة لهذه الفقرات (الأسئلة). كما نلاحظ أن جميع معاملات ألفا كورنباخ المحتسبة لكل الفقرات أكبر من 0.60.

خامساً- بعد عادات النوم:

جدول (20) اختبار الثبات لمقياس بعد عادات النوم باستخدام معامل ألفا كورنباخ

الفقرات	قيمة معامل الثبات في حالة حذف الفقرة المقابلة
1	0.603
2	0.663
3	0.669
4	0.658
5	0.601
6	0.656
7	0.661
قيمة معامل الثبات ألفا كورنباخ (67.0%) لمقياس بعد عادات النوم وعدد فقراته 7 فقرات	

جدول (20) يبين نتائج اختبار ألفا كورنباخ للثبات في هذه الدراسة للأسئلة المتضمنة في صحيفة الاستبيان والموزعة على أفراد العينة والتي تمثل 7 فقرات تقيس آراء المبحوثين حول بعد عادات النوم، فكانت قيمة ألفا كورنباخ "0.670" وهذه القيمة مقبولة، وتدل على وجود ارتباط متوسط بين إجابات أفراد العينة لهذه الفقرات (الأسئلة). كما نلاحظ أن جميع معاملات ألفا كورنباخ المحتسبة لكل الفقرات أكبر من 0.60

سادسا: بعد سلوكيات الوقاية الصحية

جدول (21) اختبار الثبات لمقياس بعد سلوكيات الوقاية الصحية باستخدام معامل ألفا كورنباخ

ال فقرات	قيمة معامل الثبات في حالة حذف الفقرة المقابلة
1	0.895
2	0.892
3	0.875
4	0.885
5	0.893
6	0.892
7	0.896
8	0.886
9	0.893
قيمة معامل الثبات ألفا كورنباخ (90.1%) لمقياس بعد سلوكيات الوقاية الصحية وعدد فقراته 9 فقرات	

جدول (21) يبين نتائج اختبار ألفا كورنباخ للثبات في هذه الدراسة للأسئلة المتضمنة في صحيفة الاستبيان والموزعة على أفراد العينة والتي تمثل 9 فقرات تقيس آراء المبحوثين حول بعد سلوكيات الوقاية الصحية، فكانت قيمة ألفا كورنباخ "0.901" وهذه القيمة عالية، وتدل على وجود ارتباط قوي بين إجابات أفراد العينة لهذه الفقرات (الأسئلة)، كما نلاحظ أن جميع معاملات ألفا كورنباخ المحتسبة لكل الفقرات أكبر من 0.60.

خامساً: البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي:

تمهيد:

يعد البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي الذي تم اعداده هو الجانب التطبيقي لهذه الدراسة، حيث تم تصميمه على أساس استخدامه مع العينة التجريبية المختارة من بعض البدينات المترددات على مراكز تخفيف الوزن، واللاتي لديهن مستوى منخفض من الكفاءة الذاتية. حيث تمثل الكفاءة الذاتية مجموعة الأحكام الصادرة عن الفرد والتي تعبر عن معتقداته حول قدرته على القيام بسلوكيات معينة، ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة، وتحدي الصعاب، ومدى مثابرتة للإنجاز. (الشعراوي، 2000: 289)

ويهدف الإرشاد المعرفي السلوكي إلى تعديل السلوك اعتماداً على الافتراض بأن الانفعال والسلوك يتحددان بدرجة كبيرة من خلال أفكار ومعتقدات الإنسان تجاه العالم المحيط به، وبالتالي فإنه يركز على مساعدة الأفراد على مراقبة وضبط الأفكار والمعتقدات غير السوية والخطئة لاستبدالها أو تعديلها لتكون أكثر واقعية وبالتالي يكون تفاعلها وتأثيرها على الانفعال والسلوك أكثر إيجابية. (خطاطبة، 2021: 224)

ومن خلال الاستراتيجيات المختلفة للإرشاد المعرفي السلوكي يمكن اكساب الفرد مهارات تعديل السلوك، توليد أفكار إيجابية، التخلص من الأفكار السلبية والاتجاهات الانهزامية، ومن ثم يحقق الفرد أعلى مستويات الكفاءة الذاتية. (محمود، 2011: 58)

وأن البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة عبارة عن مجموعة من الإجراءات والفنيات التي تستند على الأسس النظرية المتعلقة بالإرشاد المعرفي السلوكي بهدف محاولة تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى عينة من البدينات.

أولاً: التعريف بالبرنامج:

هو استخدام مجموعة من الأساليب الإرشادية المرتبطة بالإرشاد المعرفي السلوكي، والتي تهدف إلى مساعدة البدينات على تغيير الأفكار اللاعقلانية والمشاعر السلبية والسلوكيات غير الصحية المرتبطة بالكفاءة الذاتية لديهن، ورفع قوة التحمل والحفاظ على هذه التغيرات على المدى البعيد من خلال تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

ثانياً: أهمية البرنامج:

تنبثق أهمية هذا البرنامج من الآتي:

1- احتياجات مرضى البدانة، لمثل هذه البرامج التي من خلالها تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لاكسابهم المهارات المعرفية السلوكية للتحكم في الوزن واستمرار ممارسة هذه المهارات على مدى الحياة.

2- أصبحت البدانة تشكل مشكلة عالمية طبقاً للإحصائيات، وبالتالي فإن الحاجة تدعو لإعداد برامج إرشادية وعلاجية لمساعدة مرضى البدانة على تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية. فكلما ازداد الشعور بالكفاءة الذاتية كلما كانت الأهداف الصحية التي يضعها البدناء لأنفسهم تحت إشراف المتخصصين عالية ورغبتهم وقدرتهم في تحقيقها كبيرة أيضاً.

3- يمكن اعتبار هذا البرنامج خطوة أولى من خطوات الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي في البيئة الليبية نحاول من خلاله تقديم أساليب إرشادية تهدف لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى مرضى البدانة.

ثالثاً: أهداف البرنامج:

تنقسم أهداف البرنامج إلى قسمين:

أ - الهدف الرئيس للبرنامج :

يهدف البرنامج بشكل عام إلى تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات بما يساعدهن على تعديل أنماط سلوكهن وتفكيرهن من خلال تدريبهن على استخدام بعض الأساليب المعرفية السلوكية المتضمنة في البرنامج.

ب - الأهداف الإجرائية للبرنامج :

يتوقع أن يحقق البرنامج الأهداف الإجرائية التالية:

1- تعريف البدينات على الهدف الرئيسي من هذا البرنامج الإرشادي، أهميته، وفنياته.

2- بناء عقد إرشادي بين الباحثة والبدينات.

- 3- تزويد البدينات بمعلومات عن مفهوم البدانة، أسبابها، أثارها الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، مقدار التهديد الصحي للبدانة، وتأثير نمط الحياة الخامل وتغييره إلى نمط حياة يتميز بالنشاط البدني والرياضي.
- 4- جعل البدينات يتبعن سلوكاً صحياً للحفاظ على صحتهم بإتباع أساليب غذائية صحية ورياضية لتقوية الجسم وتخفيف الوزن وذلك بتقوية الإدراك لمفهوم الكفاءة الذاتية.
- 5- تعريفهن على مفهوم المراقبة الذاتية لسلوكيات الأكل والنشاط البدني والرياضي وكيفية ممارستها للمحافظة على صحتهم.
- 6- تدريب البدينات على ضرورة الالتزام بتنفيذ الواجبات المنزلية التي يكلفن بها بعد كل جلسة، لكونها تعد جزءاً مكملاً للعملية الإرشادية.
- 7- تعليم البدينات من خلال تدريبهن على سلوكيات جديدة باستخدام مجموعة من التقنيات.
- 8- تعليم البدينات استخدام الطرق العلمية لحل مشكلاتهن بصورة عامة والصحية خاصة بداية من تحديد المشكلة وتحليل عناصرها وصولاً إلى التغلب عليها واتخاذ القرارات.
- 9- تعرف البدينات على التأثير المتبادل بين التفكير والانفعال والسلوك.
- 10- تزويد البدينات بالإرادة الضرورية والطاقة النفسية اللازمة للتخلص من العادات غير الصحية واستبدالها بسلوكيات صحية سليمة والتي تنعكس إيجابياً على تخفيف الوزن.
- 11- تدريب البدينات على التغلب على الأفكار الذاتية السلبية واستبدالها بتعبيرات ذاتية إيجابية التي تزيد كفاءتهن.
- 12- تعليم البدينات مراقبة أفكارهن وتفسيراتهن لها، وخاصة تلك التي ترتبط بالسلوكيات غير الصحية.

رابعاً: الأساس النظري والعملية المعتمد في تصميم البرنامج:

برنامج تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية المقترح هو برنامج انتقائي مخطط ومنظم يستند في أسسه على نظريات الإرشاد والعلاج النفسي وفنائه ومبادئه، بحيث تقوم فكرته الرئيسية على دمج عناصر متعددة ومنظمة بشكل متكامل لتحقيق الأهداف الرئيسية للبرنامج، وإن كانت الباحثه في إعدادها للبرنامج أعتمدت على النظرية السلوكية المعرفية في الإرشاد والعلاج النفسي

كنظرية أساسية في التطبيق. وبناءً على ما سبق تم توليف البرنامج الحالي والذي يعتمد على مجموعة من الفنيات التابعة لبعض الأساليب الإرشادية المعرفية والسلوكية.

خامساً- مصادر اشتقاق البرنامج:

تم تصميم البرنامج بعد الاطلاع على الأسس النظرية للإرشاد المعرفي السلوكي بشكل عام والإرشاد المعرفي السلوكي للبدانة بشكل خاص، وذلك من خلال ما يلي: -

1- مجموعة من المراجع العربية والمترجمة نذكر منها على سبيل المثال: انطوني ستور (1991)، أحمد عكاشة (1998)، حسن عبد المعطي (1998)، عبدالفتاح دويدار (1999)، عبد الستار وعسكر (1999)، عادل عبدالله (2000)، ديفيد هـ. بارلو، (2002)، جان سكوت، وآخرون (2002)، شيلي تايلور (2008)، رياض العاسمي (2008)، علاء الدين فرغلي (2008)، علوي وزغبوش (2009)، مفتاح عبدالعزيز (2010)، كمال بلان (2011)، برادلي وآخرون (2012).

2- الاطلاع على بعض البرامج العلاجية والإرشادية المعرفية السلوكية لغرض الاستفادة من المنهجية المتبعة في إعداد هذا البرنامج نذكر منها: جيهان أبوعليان (1994)، ريتشمان وآخرون (Richman.et.a, 2001)، أنيسي (Annesi,2007)، مونتش وآخرين (Munsch.et.al, 2007)، زافرا كوبر، ترجمة محمود مصطفى (2009)، عبدالرحمن مصيقر (2006)، ليوباي وآخرون (leobal 2011 .et.al)، ماريام وآخرون (Marryam. et. al, 2013).

3- الاطلاع على نظرية البرت باندورا في الكفاءة الذاتية، من خلال المراجع الاجنبية مثل:

Bandura, A. (1977) ، Bandura, A. (1997) ، Bandura, A. (1982)

4- الاستفادة من الدورات التدريبية التي حضرتها الباحثة في ليبيا ومصر، تحت إشراف أساتذة متخصصين في مجال الارشاد والعلاج النفسي.

المنهج المستخدم في البرنامج :-

تم تصميم البرنامج بالاعتماد على أسلوب الإرشاد الفردي والجماعي نظراً لملاءمته طبيعة محتوى البرنامج وأهدافه والفنيات المستخدمة والتي تهدف إلى تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات.

سادساً- المشاركات اللاتي استهدفهن البرنامج:

استهدف البرنامج مجموعة من البدينات، عددهن (56) بدينة، تتراوح أعمارهن ما بين (18-51) سنة، قد تبين لديهن انخفاض في مستوى الكفاءة الذاتية، وذلك من خلال تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية ويتراوح عدد أفرادها (28)، ومجموعة ضابطة وعدد أفرادها أيضاً (28). وتم اختيارهن من البدينات المترددات على مراكز تخفيف الوزن بمدينة الزاوية / ليبيا.

سابعاً- بنية البرنامج وتشمل: -

- الإطار الزمني والمكاني والبشري ويتضمن:

1- مدة البرنامج:

استمر البرنامج حوالي (22) جلسة بواقع ثلاث جلسات في الاسبوع، والزمن المستغرق (ساعة ونصف) لكل جلسة، ماعدا الجلسة الأولى فقد استغرقت (ساعتان)، وطبق البرنامج بطريقة جماعية وفردية، حيث قامت الباحثة بإجراء مقابلات فردية بهدف منح كل فرد فرصة للتعبير بحرية عن مشاعره وأحاسيسه التي قد يخجل من الإفصاح عنها وسط المجموعة، واستمرت فترة المتابعة لمدة شهرين.

2- مكان تنفيذ البرنامج:

تم تنفيذ البرنامج بمركز (الاستشارات) وهو أحد مراكز تخفيف الوزن بمدينة الزاوية بليبيا وذلك لما يتميز به من ظروف فيزيقية مناسبة لممارسة وتنفيذ فعاليات البرنامج من إضاءة، وتهوية، وهدوء وتوفير صالة لممارسة التمارين الرياضية، ووجود قاعة أخرى يتم فيها تطبيق البرنامج ذات حجم مناسب تم تجهيزها بكل ما يلزم من وسائل مثل جهاز حاسوب، جهاز عرض (Data Show)، سبورة، أقلام ملونة، وأجهزة لقياس الوزن والطول والسعرات الحرارية.

3. عينة البرنامج:

تضمنت العينة (56) بدينة، تم توزيعهن على مجموعتين متجانستين (28) مجموعة تجريبية و(28) مجموعة ضابطة.

4- الأدوات التي استخدمت في قياس مستوى الكفاءة الذاتية:

1- استمارة جمع البيانات.

2- مقياس الكفاءة الذاتية.

3- البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي.

5- الوسائل المادية التي استخدمت في تنفيذ البرنامج:

1- سبورة.

2- أقلام سبورة ملونة.

3- جهاز حاسوب.

4- جهاز عرض (Data Show).

5- أوراق وكروت ملونة وأقلام لتسجيل ما يطلب منهن أثناء جلسات البرنامج.

6- استمارات خاصة بتنفيذ الفنيات المعرفية والسلوكية المستخدمة مثل: الواجبات المنزلية،

استمارة المراقبة الذاتية لسلوكيات الأكل والنشاط البدني والرياضي، بعض النشرات

والمصقات التوضيحية التي تتعلق بإرشادات خاصة بالتغذية والنشاط البدني

والرياضي، معلومات عن مهارة حل المشكلات، وكتيبات مختصرة تتضمن التعريف

بمرض البدانة، أنواعها، أسبابها، مخاطرها، وكيفية علاجها، والتعريف بمفهوم الكفاءة

الذاتية، طرق تنميتها، وعلاقتها بالبدانة. وأيضاً التعريف بالإرشاد المعرفي السلوكي،

وأهميته، وفنياته الإرشادية، نموذج تقييم مرحلي لسير الجلسات، وتقييم نهائي للبرنامج.

ثامناً- الخدمات التي قدمها البرنامج:

قدم هذا البرنامج عند تطبيقه مجموعة من الخدمات تتمثل في:

1- **الخدمات الإرشادية:** تتمثل في تقديم خدمات إرشادية جماعية لأفراد المجموعة

التجريبية لمساعدة البدينات على تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية، وذلك من خلال

مساعدتهن على تعديل نمط حياتهن وتفكيرهن وإبدالها بأنماط صحية وأفكار إيجابية

تجاه مرض البدانة.

2- **الخدمات الوقائية:** قدم هذا البرنامج خدمات وقائية هامة للبدينات، تكمن في العمل

على أن يكتسبن بعض الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تمكنهن من تنمية

الشعور بالكفاءة الذاتية لمواجهة مشكلة البدانة والتغلب عليها مثل التدريب على

المراقبة الذاتية، الحديث الذاتي الإيجابي، ضبط المثيرات، حل المشكلات واتخاذ

القرارات، وغير ذلك من الفنيات الأخرى.

3- **الخدمات الإجتماعية:** تتمثل في بناء علاقات اجتماعية وبت روح التفاعل بين الباحثة والبدينات، وبين البدينات مع بعضهن البعض في جو تسوده الألفة والاحترام والثقة المتبادلة.

4- **خدمات المتابعة:** تتضمن قيام الباحثة بعد الانتهاء من البرنامج بدراسة تتبعيه للبدينات لمدة (شهرين) لمعرفة مدى الاستفادة من البرنامج واستمرارية تأثير فاعليته.

مراحل تطبيق البرنامج :

- المرحلة الأولى: تم خلالها التعارف بين الباحثة وأفراد العينة، ومحاولة إقامة علاقة إرشادية جيدة، وأن يتعرف أفراد العينة على المغزى من وراء الجلسات الإرشادية، ومدى أهميتها وفائدتها بالنسبة لهم والاتفاق على الخطوط الرئيسية التي تتم في ضوءها الجلسات.
- المرحلة الثانية: وهي مرحلة تقييم وتعزيز دافعية البدينات للتغيير وتقديم خطة التغيير المعرفي للأفكار، وذلك من خلال بعض المفاهيم النظرية والمهارات المعرفية لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية، والتغيير السلوكي بناءً على التغيير المعرفي.
- المرحلة الثالثة: تهدف إلى تلخيص أهداف البرنامج وما تحقق منه، وتقييم البرنامج وتهيئة أفراد العينة لإنهاء البرنامج، وإجراء القياس البعدي.

تاسعاً: الفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج:

تبنى هذا البرنامج فنيات إرشادية في الإرشاد المعرفي السلوكي، وتم استخدام الفنيات التالية في تنفيذ جلسات البرنامج وهي:

1- المحاضرة:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبسيط المعلومات والمادة السيكولوجية المقدمة لهم، بهدف تثقيف وزيادة وعي وإثارة اهتمام البدينات.

2- الحوار والمناقشة:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الرأي في موضوع المحاضرة، وتحقيق التفاعل بين أفراد المجموعة، وتوضيح النقاط الغامضة، والرد على الأسئلة وتعديل الأفكار الخاطئة، وتعلم طرق حل المشكلات.

3- النمذجة:

تعد هذه الفنية إحدى فنيات الإرشاد السلوكي، وهي تستخدم في تعلم أنماط سلوكية جديدة، أو في زيارة تكرار أنماط سلوكية مرغوبة، والهدف منها تعليم البديئات أساليب وسلوكيات جديدة وسوية، وذلك من خلال الإقتداء بالنموذج، وهذا النموذج يمكن أن يقدم كنموذج حي، أو كنموذج رمزي (بالفيديو مثلاً) أو كنموذج متخيل.

4- لعب الدور:

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في إسناد دور لأحد أفراد المجموعة، ثم تبادل الأدوار بحيث يضع نفسه مكان الآخر وبذلك يدرك الفرد السلوك المراد تعلمه، ولتعلم أنماط سلوكية جديدة، وأطرق جديدة في التعامل مع موقف ما. والهدف من هذه الفنية، مساعدة البديئات على التعبير عن اتجاهاتهن الايجابية والسلبية نحو المواقف الاجتماعية المختلفة التي يمررن بها وتسبب لهن الشعور بالضيق، وتصحيح بعض الأفكار الخاطئة نحو العادات الغذائية وممارسة النشاط البدني والرياضي وغيرها، وتعديل بعض السلوكيات السلبية التي تصدر عنهن عند تعرضهن لمواقف تثير الضيق لديهن مثل المواقف الحرجة والمكدره.

5- التعزيز الايجابي:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في دعم أي سلوك صحيح وأي تفكير إيجابي أثناء سير الجلسات وعند مناقشة الواجبات المنزلية عن طريق التعزيز الايجابي الفوري كالتشجيع بكلمات الاستحسان وإيماءات الرضا والثناء والتعزيز المادي بإعطائهن بعض الهدايا.

6- وضع الأهداف:

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية إلى حدوث تغيير سلوكي في النظام الغذائي، النشاط البدني وممارسة الرياضة، والتميز بين الأهداف طويلة المدى مثل الوزن المستهدف، والأهداف قصيرة المدى التي تركز على أشكال السلوك وهي وسائل الوصول إلى الاهداف طويلة المدى.

7- أسلوب حل المشكلات:

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في إكساب البديئات التفكير المنطقي لحل المشكلات التي يتعرضن لها، وذلك بتنمية مهارات حل المشكلات من خلال تطوير إستراتيجيات

عامة ومناسبة للتعامل مع المشكلات، وإيجاد حلول لها ومواجهتها، وذلك من خلال تقديم نماذج لموقف ومشكلات تواجههم وكيفية حلها والتغلب عليها بتطبيق خطوات هذه التقنية.

8- وقف الأفكار :

تعلم البدينيات كيفية مقاطعة الأفكار غير المرغوبة، وتدريبهن على استبعاد كل فكرة غير مرغوبة وعادة ما يكون باستدعاء الأمر قف لمقاطعة هذه الأفكار ووقف تدفقها.

9- الواجبات المنزلية:

يتمثل المضمون التطبيقي في تكليف البدينيات ببعض الواجبات في نهاية كل جلسة، بهدف نقل أثر التدريب الذي تم داخل الجلسة إلى المواقف الحياتية.

10-المراقبة الذاتية:

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في قيام البدينيات بملاحظة وتسجيل ما يقمن به من سلوك في مفكرة أو نماذج، والهدف منها خفض معدل الأفكار والسلوكيات السلبية وغير المرغوب فيها لديهن.

11- ضبط المثيرات:

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تحديد العوامل البيئية والمواقف التي تشجع على زيادة الأكل وتقليل النشاط، حيث يساعد ضبط هذه العوامل على نقص الوزن واستمرار الاحتفاظ بهذا النقص على المدى الطويل.

12- الحديث الذاتي :

ويتمثل المضمون التطبيقي لها في استبدال الحديث الذاتي السلبي بمزيد من الحديث الذاتي الايجابي مما يجعلهن أكثر ثقته بأنفسهن وقدراتهن، ويشعرن بالسيطرة على الأشياء التي تحدث في حياتهن وتحقيق أهدافهن.

13-الوقاية من الانتكاسة:

ويتمثل المضمون التطبيقي لها في تحديد المواقف التي تتطوي على مخاطر وكيفية تجنب هذه المواقف أو مواجهتها، مثل تعليم البدينيات كيفية تحديد مشكلات الأكل الخاصة بهم، وهي أساسية لتحقيق النجاح على المدى الطويل.

14- عروض الباوربوينت:

وهو أسلوب يعتمد على الأساليب الحديثة الإلكترونية لتقديم محتوى معرفي يتضمن معلومات أساسية يرغب المرشد في إكسابها للمسترشدين.

عاشراً: تحكيم البرنامج:

1- تم عرض البرنامج الإرشادي على مجموعة من أساتذة متخصصين في مجال علم النفس الاكلينيكي، والإرشاد والعلاج النفسي أنظر الملحق رقم (2)، قبل البدء في تنفيذه على البديئات بالتجربة الأساسية، وذلك للتأكد من الأهداف والأنشطة والفنيات التي استخدمت فيه، فضلاً عن عدد الجلسات الإرشادية، والمدة الزمنية اللازمة لتحقيق أهداف البرنامج.

ويتكون البرنامج من عدد (22) جلسة، وتمت الموافقة عليه بنسبة (100%) وكانت

هناك بعض الملاحظات قد تبينت من خلال التحكيم نذكر منها:

1- بعض التعديلات اللغوية على محتوى البرنامج.

2- تعديل الزمن المستغرق لإجراء الجلسات، فكانت ساعة وتم تعديلها إلى (ساعة ونصف)

لكل جلسة ما عدا الزمن المستغرق للجلسة الأولى (ساعتان).

3- تنفيذ جلسات فردية لبعض الحالات.

2. تم إجراء التعديلات التي اقراها المحكمين وذلك قبل إجراء الدراسة الأساسية.

أحدى عشر: آلية سير البرنامج الإرشادي:

أ- الأسس المتبعة في الجلسات:

1- المناقشة:

تعد هذه المناقشة ضرورية خصوصاً حينما يتطلب الأمر تقوية العلاقة المهنية بين الباحثة والبديئات لتحديد طبيعة المشكلة وتقييمها والمشاركة في وضع أهداف الإرشاد الأولية.

2- مراجعة الجلسة السابقة:

مراجعة الواجبات المنزلية والتأكد من إتمامها وهو يعد تغذية راجعة، وربط الجلسة

السابقة بالجلسة الحالية، حتى يكون هناك ربط وتواصل بين جلسات البرنامج.

3- تعليم الفنية الجديدة:

يتضمن شرح الأسس النظرية للفنية الجديدة وإعطاء أمثلة توضيحية لها، وتدريبهن عليها.

4- التقييم الذاتي للجلسة (التغذية المرتدة):

سؤال البدينات عن مدى استفادتهن من الجلسة؟ وما المتوقع في الجلسة القادمة؟

5- الواجبات المنزلية:

ويتضمن تحديد واجب منزلي في كل جلسة، ويطلب من البدينات تطبيق ما تم اكتسابه من مهارات وفنيات.

6- مراجعة محتوى الجلسة:

إعطاءهن تلخيص مفيد لما تم تناوله في الجلسة وتدريبهن عليه.

ب - عرض جلسات البرنامج الإرشادي:

الجلسة الأولى:

موضوع الجلسة: التعارف والتمهيد

أهداف الجلسة:

- 1- الاستقبال، الترحيب، والتعارف بين الباحثة والبدينات وبين البدينات بعضهن ببعض.
- 2- تدعيم روح التفاهم والألفة والاحترام بين البدينات من جهة، وبينهن وبين الباحثة من جهة أخرى.
- 3- استثارة الرغبة لديهن للاشتراك في البرنامج وتوضيح أهميته بالنسبة لهن.
- 4- التعرف على الهدف من اشتراكهن في جلسات البرنامج الإرشادي.
- 5- تعريفهن بالبرنامج الإرشادي من حيث أهميته، أهدافه، وفنياته. ودورهن الفعال في نجاحه وتحقيق فاعليته في تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
- 6- تعبئة نموذج قائمة التقدير.
- 7- قياس وزن الحالة وعمل رسم بياني لها.
- 8- الاتفاق على قواعد سير الجلسات، ومكان وموعد اللقاءات.
- 9- الاتفاق على توقيع العقد الإرشادي المبرم بين الباحثة والبدينات.

10- التأكيد على السرية التامة وكل ما يحدث أثناء الجلسة الإرشادية.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز الايجابي، الواجب المنزلي.

الأدوات المستخدمة: سبورة، أقلام ملونة، ورق أبيض وملون، بعض النشرات والملصقات

التوضيحية، جهاز حاسوب، جهاز عرض (Date show).

زمن الجلسة: ساعتان.

محتوى الجلسة:

- تم إستقبال المشاركات في قاعة مخصصة جيدة التهوية والإضاءة، ومعدة بشكل ملائم لإجراء البرنامج، حيث قامت الباحثة بالترحيب بهم قائلة: أرحب بكم عزيزاتي في أول لقاء يجمعنا، شاكرة حرصكن على الحضور في الزمان والمكان المحددين وذلك لأجل تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي والذي تم إعداده من أجلكن لإلقاء بعض المحاضرات التعليمية والتثقيفية حول البدانة وتدريبكن على بعض المهارات لرفع كفاءتكن الذاتية لتعديل السلوكيات اليومية.

- قامت الباحثة بالتعريف بنفسها للمشاركات، وإتاحة الفرصة لهن لتقديم أنفسهن (الاسم، المهنة، الهوايات، الطموحات)، وتركهن بعض الوقت على حريتهن لزيادة التعارف مع التركيز على محاولة تكوين جو من الألفة والمودة والاهتمام، وتدعيم المشاعر الايجابية التي تنشأ، وأهمية التعبير عما يجول بأنفسهن بصراحة تامة، معتمدة على الحوار والتعزيز الإيجابي لكي يشعرن بالراحة.

- تقديم صورة توضيحية للبرنامج الإرشادي من حيث أهدافه، أهميته، الفنيات المستخدمة فيه، كيفية سير الجلسات، المدة التي يستغرقها تنفيذ البرنامج، حيث قامت الباحثة بتوزيع مجموعة من النشرات العلمية والتي تحتوي على معلومات حول مرض البدانة من حيث تعريفها، انواعها، اسبابها، وطرق علاجها، ونشرة عن الإرشاد المعرفي السلوكي وكل ما يتعلق به من معلومات مثل تعريفه، أهميته، والفنيات المستخدمة في البرنامج.

- توزيع نموذج قائمة التقدير على البدينات أنظر الملحق رقم (6)، والطلب منهن تعبئة هذا النموذج، للتعرف على مشكلة البدانة لديهن.

- الاتفاق على توقيع العقد الإرشادي، مع توضيح معنى العلاقة الإرشادية والتي لها دور أساسي في نجاح البرنامج والمبنية أساساً على الفهم والتقبل والود والمشاركة الوجدانية والتي تهدف إلى قيام المرشد بتقديم المساعدة للمسترشد حتى يتمكن من مواجهة مشكلاته، مع ضرورة الالتزام بالقواعد الإرشادية التي يتضمنها البرنامج وهي كالتالي:

1. المشاركة الفعالة بحضور جميع الجلسات في الوقت المحدد، وعدم الغياب يساعدان في نجاح البرنامج.

2. ضرورة وجود الرغبة الحقيقية للمشاركة في البرنامج، وأن الاستفادة منه تتوقف على درجة الجهد المبذول.

3. التقدير والاحترام المتبادل بين الجميع، وحسن الإصغاء.

4. الالتزام بالحوار والمناقشة الفعالة والمشاركة في جميع الأنشطة والتعاون مع الباحثة وكل أفراد المجموعة.

5. الاهتمام بأداء الواجبات المنزلية، وتسليمها في وقتها المخصص.

6. المحافظة على سرية المعلومات، وعدم الحديث عما يدور في داخل الجلسة من أمور شخصية.

- التعرف على توقعات البديئات من البرنامج، وذلك بتوزيع أوراق وأقلام عليهن، وطلبت منهن أن يكتبن ما يتوقعنه من حضورهن لجلسات البرنامج، ومن تم التحدث عن هذه التوقعات، بحيث يتم التأكيد على التوقعات الإيجابية وتصحيح التوقعات الخاطئة.

- قياس وزن الحالة، وعمل رسم بياني لها ليتم تدوين قراءات الوزن عليه.

- في نهاية الجلسة، قدمت الباحثة ملخصاً حول الجلسة وما دار فيها ومعرفة مدى الاستفادة منها، وتقديم الشكر والدعوات الطيبة لهن على الحضور والمشاركة، مع التأكيد على الالتزام بالحضور في الموعد المحدد للجلسة القادمة.

الواجب المنزلي:

الإطلاع على النشرات التي تم توزيعها، لمناقشتها في الجلسات القادمة.

الجلسة الثانية :

موضوع الجلسة: مرض البدانة والكفاءة الذاتية

أهداف الجلسة:

- 1- التعرف على مفهوم البدانة. وتأثيرها على الجانب الوجداني والاجتماعي والصحي.
- 2- أن تتعرف البدينات على المخاطر الصحية المصاحبة للبدانة.
- 3- أن تتعرف البدينات على أسباب البدانة والطرق المختلفة في علاجها.
- 4- التعرف على العلاقة بين الكفاءة الذاتية والبدانة.
- 5- التدريب على كيفية القيام بالمراقبة الذاتية.
- 6- تحديد المفاهيم الخاطئة التي كونوها عن البدانة وسببت لهن الشعور بعدم الكفاءة الذاتية.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، النمذجة (عرض شريط فيديو)، الواجب المنزلي.

الأدوات المستخدمة: سبورة، أقلام ملونة، ورق أبيض وملون، كتيب عن البدانة، بعض النشرات والملصقات التوضيحية، جداول خاصة بالمراقبة الذاتية، جهاز حاسوب، جهاز عرض (Date show).

زمن الجلسة: ساعة ونصف.

محتوى الجلسة:

- افتتحت الجلسة بالتحية والترحيب والشكر على الالتزام والحضور، في جو يتسم بالمشاعر الإيجابية، وحثهم على المشاركة الفعالة.
- التذكير بمجريات الجلسة السابقة.
- محاضرة ومناقشة: إلقاء محاضرة بعنوان (البدانة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية) حيث يتم الحديث عن مرض البدانة من حيث أسبابه الطرق الطبية والنفسية لعلاجها، ، والحديث عن الإرشاد المعرفي السلوكي الذي يعد أكثر فاعلية في علاج البدانة وتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لديهم مقارنة بغيره من الأساليب الأخرى.
- عرض شريط فيديو يوضح المخاطر الصحية ، والأضرار النفسية والاجتماعية للبدانة.

- توزيع بعض النشرات والملصقات عن الحمية الغذائية والنشاط البدني، توزيع كتيب يحتوي على شرح مبسط لمفهوم البدانة أسبابها، مخاطرها، علاجها، وعلاقتها بالكفاءة الذاتية، جداول خاصة بالمراقبة الذاتية للوزن، العادات الغذائية، والنشاط البدني، ونموذج يتعلق بتقييم الجلسة.
- توزيع أوراق وأقلام على الحالات وطلبت الباحثة منهن تدوين المفاهيم الخاطئة التي كونوها عن البدانة وسببت لهن الشعور بعدم الكفاءة الذاتية وذلك بعد إعطاء بعض الأمثلة.
- مراجعة ماتم تقديمه في هذه الجلسة وتلخيصها كتغذية راجعة.
- إنهاء الجلسة بتقديم الشكر لهن على حسن إصغائهن ومشاركتهن في الحوار والنقاش، مع التأكيد على موعد اللقاء القادم وحثهن على ضرورة الحضور والالتزام.

الواجب المنزلي:

- الاطلاع على كتيب يحمل عنوان "البدانة والكفاءة الذاتية" والذي تم مناقشته في أثناء الجلسة.
- تدوين أهم الاهداف التي تسعى لتحقيقها، والعقبات التي تواجهك لتحقيق هذه الأهداف.

الجلسة الثالثة والرابعة:

موضوع الجلسة: تقييم وتعزيز استعداد البدينات للتغيير

أهداف الجلسة:

- 1- تقييم استعداد البدينات لتغيير سلوكياتهن.
- 2- مساعدة البدينات على تدليل العقبات نحو التغيير.
- 3- زيادة استعداد البدينات للتغيير.
- 4- الرغبة القوية وإرادة التغيير نحو الأفضل.
- 5- إبدال الاهداف والقواعد الصارمة ذات المتطلبات غير المقبولة بأخرى مرنة وواقعية.
- 6- تحفيزهن ودفعهن للاستمرار في حضور باقي جلسات البرنامج.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، الحديث الذاتي، النمذجة (عرض شريط فيديو)، الواجب المنزلي.

الأدوات المستخدمة: سبورة، أقلام ملونة، ورق أبيض وملون، جهاز حاسوب، جهاز عرض (Date show)، بعض النشرات والملصقات.
زمن الجلسة: ساعة ونصف.

محتوى الجلسة:

- الترحيب بالبدينات، والاطمئنان على أحوالهن.
- تقييم استعداد البدينات لتغيير سلوكهن، وذلك بتوزيع استمارة تقييم الاستعداد لتغيير السلوك انظر الملحق (7)، وتوضيح كيفية الإجابة عليها، للتعرف على مدى استعدادهن لتغيير سلوكياتهن. وتكون الإجابة على قياس رقمي يندرج من الصفر حتى خمسة.
- مساعدتهن على تدليل العقبات نحو التغيير وكيفية استعدادهن لتغيير سلوكياتهن انظر الملحق رقم (8). والاستعداد هو توازن بين قوتين متضادتين هما الرغبة في التغيير ومقاومة التغيير.
- القيام بتوجيه بعض الأسئلة الهادفة والمباشرة ومناقشتها ومن أمثلتها:
 - ما الصعوبات التي تواجهك في ضبط وزنك؟
 - كيف تؤثر زيادة الوزن في صحتك؟
 - ما الذي لا تستطيعين القيام به الآن وتودي القيام به بعد فقد الوزن؟
- تثبيت رغبة البدينات وثقتهن في التغيير، عن طريق طرح أسئلة ومناقشتها ومن أمثلتها:
 - ما أهمية فقد الوزن بالنسبة لك؟
 - ما مدى ثقتك في أنك يمكن أن تفقدي الوزن؟
- مساعدة البدينات في زيادة رغبتهن وتحفيزهن على التغيير عن طريق تقديم النصائح وزيادة وعيهم وتنقيفهم، وتشجيعهم على التفكير في طرق الغذاء والنشاط البدني الحالي وعوائق التغيير المحتملة، ومناقشة هذه العوائق ومحاولة وضع حلول لها، فحافز الاستعداد لتغيير سلوكيات البدينات له دوراً مهماً في اكتساب نمط حياة صحي

والمحافظة عليه. وتم عرض شريط فيديو يحتوي نماذج مصورة لأفراد نجحوا في انقاص أوزانهم كنماذج.

- في نهاية الجلسة مراجعة وتلخيص ما تم عرضه، ومناقشتهم ومعرفة ردود أفعالهم تجاه الجلسة وموضوعها ومدى استفادتهم منها.
- تقديم الشكر لهم على متابعتهم ومشاركتهم في الحوار والنقاش، والتأكيد على حضور الجلسة القادمة في الموعد المحدد لها.

الواجب المنزلي:

متابعة قياس الوزن؟ وتوضيحه على الرسم البياني؟

الجلسة الخامسة:

موضوع الجلسة: التدريب على الضبط الذاتي

أهداف الجلسة:

- 1- تعليمهم أسلوب الضبط الذاتي للتحكم في السلوكيات.
- 2- تدريبهم على كيفية القيام بالمراقبة الذاتية.
- 3- تعريفهم كيفية تعزيز الذات.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة، ضبط الذات، وضع الأهداف، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، ضبط المثيرات، الواجب المنزلي.

الأدوات المستخدمة: السبورة، أقلام ملونة، أوراق العمل، جهاز حاسوب، جهاز عرض (Date show).

زمن الجلسة: ساعة ونصف.

محتوى الجلسة:

- الترحيب بالمشاركات، وشكرهم على الحضور والالتزام بالموعد المحدد للجلسة.
- مراجعة ما سبق تعلمه في الجلسة السابقة. ومراجعة الواجب المنزلي.
- توضيح المقصود من مفهوم الضبط الذاتي وهو الطريقة التي يكون فيها الفرد نفسه أداة لتغيير سلوكه، وهدف هذه الطريقة هو تدريب البدنيات على الضبط الذاتي وكيف يمكنهم

إحداث تغيير في سلوكياتهن عن طريق إحداث تعديلات في العوامل الداخلية والخارجية المؤثرة في هذا السلوك مما يزيد من قدرتهن على ضبط البيئة والتأثير فيها وارتفاع دافعيتهن. ويتكون الضبط الذاتي من الاستراتيجيات التالية: مراقبة الذات، وضع الاهداف، ضبط المثيرات، تعزيزالذات.

- تدريب البدينات على مراقبة الذات وهي الفنية التي تستطيع البدينات من خلالها أن يلاحظن أنفسهن ويراقبن ذواتهن وأفكارهن بالإضافة لملاحظة حالتهم الانفعالية والسيولوجية، وهذا يفيدهن في الوعي بالمؤثرات والمنبهات التي تؤثر في إدراكهن وسلوكياتهن في موقف معين، كما تزودهن بسجل يومي عن أفكارهن وسلوكياتهن الصحية (الغذاء - النشاط البدني والرياضي - النوم).

- القيام بعرض بعض التعليمات بواسطة جهاز عرض Date show لمساعدة البدينات على القيام بالمراقبة الذاتية للنظام الغذائي بشكل جيد وذلك من خلال نموذج يومي لتسجيل الطعام والشراب، حيث أن زيادة الوعي بالعادة الغذائية من خلال المراقبة الذاتية تعد خطوة أولى للتغيير الغذائي وكذلك بالنسبة للأنشطة الرياضية والبدنية. فاللواتي ينفذن المراقبة الذاتية بدقة ينخفض أوزانهم بمعدل أكبر من غيرهن. ومن تم إعطاء البدينات كتيب يوضح أحجام الحصص الغذائية، والتأكيد على أن يكون لديهن ميزان مطبخ لوزن الطعام.

- ملاحظة أنواع النشاط البدني والرياضي وعادات النوم.

- قياس الوزن وتسجيله على رسم بياني بحيث يسجل الأسبوع على المحور الأفقي والوزن على المحور الرأسي.

- تعليمهن أسلوب ضبط المثيرات: وذلك بتوجيه البدينات إلى مجموعة من العادات وأنماط السلوك التي تقود إلى ضبط العادات الغذائية. ويستخدم النموذج التالي يومياً وذلك بتدوين المثيرات القبلية التي تسبق السلوك وتسجيل الإجراءات المتخذة وإعطاء نسبة نجاح من 10.

الجدول (22) نموذج ضبط المثيرات

اليوم	المثير القبلي	السلوك	إجراءات ضبط المثير	المشاعر	نسبة النجاح من 10
الأول					
الثاني					
الثالث					
الرابع					
الخامس					

- تدريب البديئات على المرحلة الثانية من ضبط الذات، وهي تقييم الذات وتشمل تقييم شامل لمختلف جوانب شخصية البدينة وخاصة الجانب العقلي والجسمي والانفعالي والاجتماعي، بحيث تستطيع البديئات التحكم في الأفكار الخاطئة، وبعدها سيتم تدريبهن على المرحلة الأخيرة وهي تدعيم الذات، وقد يكون التدعيم مادياً مثل شراء كتاب جديد أو لفظي مثل (أحسن، جميل).

- تختتم الجلسة بتلخيص ما تم فيها، والتأكيد على موعد الجلسة القادمة، وإعطاء الواجب المنزلي:

- طبقي نموذج ضبط المثيرات يومياً.

الجلسة السادسة:

موضوع الجلسة : إيقاف التفكير

أهداف الجلسة :

1- أن تميز البديئات بين الأفكار السلبية (المحبطة) للذات، والأفكار الإيجابية (الداعمة) للذات.

2- التعرف على كيفية استبدال الأفكار السالبة بأفكار موجبة.

3- التعرف على أن القبول والتغيير أساسيان للتحكم الناجح في الوزن.

4- تدريبهن على كيفية تغيير الحديث الذاتي السلبي، واستبداله بحديث إيجابي على افتراض أن ذلك يؤدي إلى تعديل السلوك.

زمن الجلسة : ساعة ونصف.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة، المراقبة الذاتية، الحديث الذاتي،

التعزيز الإيجابي، النمذجة، وقف الأفكار، إعادة البناء المعرفي، الواجب المنزلي.

الأدوات المستخدمة: السبورة، أقلام ملونة، أوراق ملونة، جهاز حاسوب، جهاز عرض
(Date show).

محتوى الجلسة :

- تبدأ الجلسة بالترحيب والاطمئنان على أفراد المجموعة، ثم مناقشة الواجب المنزلي ومراجعة ما تم في الجلسة الماضية كتغذية راجعة.

- التعرف على أن أفكارنا هي التي تؤثر فينا وليست الأحداث فقط، وسوف نتعلم كيف نغير هذه الأفكار.

- التعرف على الأفكار البناءة، والأفكار الهدامة عند البدينيات، والتدريب على كيفية وقف الأفكار الهدامة إذا تواردت على الذهن مجموعة من هذه الأفكار. ويمكن تعليم ذلك من خلال طلب الباحثة من احد الحالات أن تغمض عينيها وتفكر في موقف يسبب لها اضطراب، تم تفكر في الأفكار السلبية الخاصة بهذا الموقف، وعندما تشعر بالضيق بسبب سيطرة تلك الافكار عليها تقف فجأة وتقول توقفي وتفتح عينيها، بذلك ستقطع الاسترسال في هذه الأفكار.

- تدريب البدينيات على إدراك المواقف بطريقة إيجابية بعيداً عن الأفكار غير السوية. وذلك بتوضيح كيفية ارتباط التفكير بالشعور والسلوك، وأن الذي يؤثر في السلوك هو ماتحليله من أفكار وما تحدثني به نفسك حول المواقف التي تواجهك من حديث سلبي وهازم للذات، والقيام بتعديل هذا الحديث إلى إيجابي وممارسته يومياً، وذلك بالتدريب بأن تقولي في نفسك أنني أحسن أكثر فأكثر وبالإرادة القوية والصبر أستطيع التخلص من مشكلة البدانة، ويجب أن اواجه هذه المشكلة بشكل هادئ وبدون انفعال، فأنا قوية وقادرة على مواجهة ذلك.

- التوضيح للبدينيات إن التخلص من المشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة انهزامية وسلبية، واستبداله بالحديث الإيجابي.

- يجب أن تتعلمين ألا تحدّثي نفسك بالخوف فقد تسيطر عليك بين الحين والآخر مخاوف من عدم القدرة على الاستمرار في تغيير نمط حياتك، فهذه مخاوف طبيعية، غير أن المبالغة فيها تعمل على تحطيم معنوياتك ورغبتك في الاستمرار، فإذا شعرتي بمثل هذه المواقف اوقفيها فوراً من تفكيرك.
- التعرف على أن القبول والتغيير أساسيان للتحكم الناجح في الوزن، وذلك بتغيير مايمكن تغييره، وتقبل ما لا يمكن تغييره انظر الملحق رقم (9).
- تدريبهن على أن يحدثن أنفسهن بأن هناك صعوبات تعترضهن في علاج مشكلة البدانة، ولكن هناك ضرورة لمواجهتها، وأنه بالإمكان معالجتها، وإن إرادتك هي أساس العلاج، فلا تيأسين على الإطلاق، وليكن شعارك الصبر، التحمل، المثابرة، والاستمرار في ضبط الإنفعالات.
- تقديم نماذج حية تمكنت من إنقاص أوزانهن.
- في نهاية الجلسة تم تلخيص ما تم عرضه ومناقشة الحالات فيما يتعلق بمحتوى الجلسة ومدى فهمهن لكل ما عرض فيها، والتأكيد لهن على موعد الجلسة القادمة.

الواجب المنزلي:

- توزيع بطاقات على البدينات ويطلب منهن مراقبة أفكارهن وتسجيلها.
- الجلسة السابعة والثامنة موضوع الجلسة: حل المشكلات

أهداف الجلسة:

- 1- توضيح المقصود من مهارة حل المشكلات وعمليات اتخاذ القرار.
 - 2- تدريبهن على تطبيق خطوات مهارة حل المشكلات، وكيفية إيجاد البدائل والموازنة بينها واتخاذ القرار.
 - 3- أن تتغلب البدينات عن العجز في تنمية الحلول المعرفية للمشكلات المختلفة ومن ثم اتخاذ القرار.
- الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة والحوار، مهارة حل المشكلات، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، الواجب المنزلي.

الأدوات المستخدمة: السبورة، أقلام السبورة، أوراق ملونة، جهاز حاسوب، جهاز عرض (Date show)، نشرات توضيحية عن موضوع الجلسة.

زمن الجلسة: ساعة ونصف.

محتوى الجلسة:

- تبدأ الجلسة بالترحيب ومراجعة الواجب المنزلي ومناقشته، وتقديم التعزيز المناسب.
- توضيح التعريف الإجرائي لمهارات حل المشكلة وعملية اتخاذ القرار، وتشجيع البدينات على الإفصاح عن مشكلاتهن وتحديدتها ومناقشتها للتعرف على أبعادها، مع التوضيح أن مهارة حل المشكلة تسمح لهن بتحديد المشكلة الحالية والمحتملة والبحث عن الحل وتنفيذه وتقييم تأثير المشكلة، وأن تدرك البدينة أن بمقدورها حلها والتعامل معها بالتخطيط والتنظيم لا بالتسرع والتهور. وإن كيفية حل هذه المشكلات يهدف إلى تمكينهن من التعامل بكفاءة أكبر مع العديد من المشكلات الموقفية والاعتماد على الذات، وإن اكتساب البدينات لمهارة حل المشكلات يساعدهن على التعامل مع المشكلات والصعوبات اليومية التي تواجههن وحلها حتى لا تؤدي هذه المشكلات وما ينتج عنها من انفعالات إلى زيادة الأكل، وأن بعض المشكلات تبدو صعبة ولكن عند التعامل معها بطريقة منظمة يمكن حلها.
- تدريب الحالات على مهارات حل المشكلة بشكل صحيح حسب الخطوات التالية:
 - 1- الفهم الصحيح للمشكلة.
 - 2- تحديد المشكلة بدقة ووضوح (مشكلتي الأساسية هي ... وأن أسبابها هي ...).
 - 3- البحث عن كل الحلول الممكنة للمشكلة (حل مشكلتي يكون عن طريق أولاً... ثانياً... ثالثاً...و...).
 - 4- إلقاء الضوء على المزايا والمساوي لكل حل مقترح.
 - 5- انتقاء الحلول الواقعية واستثناء الحلول غير الواقعية (الحل الأمثل والذي يناسبني ويخلصني من المشكلة).
 - 6- تطبيق الحل وتنفيذه.
 - 7- استخدام طريقة اتخاذ القرار.

- تم تطبيق هذه الخطوات على مشكلات مثيرات الأكل غير الصحي، والأجواء غير المناسبة للضبط الغذائي والنشاط البدني والرياضي ومشكلات النوم والضغط الاجتماعي والثقافية، وإعادة تنظيم العلاقات الاجتماعية، وعمل صداقات جديدة ذات أهداف بناءة، لزيادة الوعي والاستبصار لديهن بكيفية حل المشكلات ووضع البدائل المختلفة والموازنة بينها، وتعليمهن أن محاولات الفشل والإحباط هي عملية تغذية راجعة للبدء بحل المشكلة مرة أخرى.
- تم توزيع نموذج حل المشكلات انظر الملحق رقم (10) والطلب منهن تطبيق هذه الخطوات على أمثلة أخرى مشابهة ومناقشتها، والتدريب على هذه المهارة مع أي مشكلة تعترضهن، لأن هذه المهارة تكتسب بالممارسة.
- في نهاية الجلسة تم تلخيص ما تم فيها وإعطاء الواجب المنزلي. وشكرهن على التفاعل والنقاش، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الواجب المنزلي:

طبقى خطوات مهارة حل المشكلة مع أي مشكلة يومية تواجهك؟ وكتابتها في سجل المراقبة الذاتية؟

الجلسة التاسعة إلى الحادية عشر:

موضوع الجلسة: نمط الحياة الصحي (العادات الغذائية)

أهداف الجلسة :

- 1- أن تتعرف البدينات على أهمية ممارسة العادات الغذائية الصحية.
- 2- التعرف على أنواع العناصر الغذائية وأهميتها.
- 3- تقدير أهمية التوازن الغذائي من خلال تقييم محتويات الوجبات.
- 4- معرفة الفروق بين الأطعمة من حيث السعرات الحرارية.
- 5- حث البدينات على الانتباه لمثيرات الأكل واتخاذ خطوات حيالها.
- 6- تقديم معلومات حول الأكل في المناسبات الاجتماعية.
- 7- تدريبهن على كيفية القيام بمراقبة نظامهن الغذائي.
- 8- تقديم نصائح غذائية تساعد على الوصول إلى وزن صحي والمحافظة عليه.

زمن الجلسة: ساعة ونصف

الغنيات المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلات، الواجب المنزلي.

الأدوات المستخدمة: سبورة، أقلام ملونة، ورق أبيض وملون، جهاز حاسوب، جهاز عرض (Date show)، نشرات توضيحية تحتوي على (الهرم الغذائي، السرعات الحرارية، نصائح غذائية ، ومطوية الوجبات السريعة).

محتوى الجلسة:

- قامت الباحثة بالترحيب بالحالات كالعادة، والتحاور معهم حول ما تم عرضه في الجلسة السابقة.
- يتم قياس الوزن، ومراجعة الواجب المنزلي الخاص بالجلسة السابقة، وسجلات المراقبة الذاتية وتقديم التعزيز المناسب.
- شرح أهمية ممارسة العادات الغذائية الصحية، والتعرف على اثار التغذية السليمة والتغذية غير السليمة على الصحة بصفة عامة وزيادة الوزن بخاصة، ، والتعرف على أهمية وجبة الفطور على وجه التحديد، وماهي أسباب عدم الاهتمام بها.
- إعطاء محاضرة عن أنواع العناصر الغذائية الأساسية وأهميتها، (البروتينات، الكربوهيدرات، الدهون، الأملاح المعدنية، الفيتامينات، والماء)، عرض هرم التغذية بواسطة جهاز عرض (Date show) وتوزيع نسخ مصورة منه على الحالات.
- تقييم السلوكيات الغذائية، تطلب الباحثة من البديئات في عشر دقائق تقييم نظامهن الغذائي خلال الأسبوع السابق في جدول، تم اتاحة الفرصة لتقييم هذا الجدول، وتصنيف هذه الاطعمة وفق هرم التغذية، وتقييم التنوع والتوازن في الأطعمة، وماإذا كان نظامهن الغذائي يلبي حاجاتهن الأساسية اليومية من كل مجموعة طعام، واقتراح مايجب عمله لتعديل نظامهن الغذائي.
- القيام بعرض بعض التعليمات التي تساعد البديئات على القيام بالمراقبة الذاتية بشكل جيد من خلال نموذج يومي لتسجيل الوجبات الغذائية، حيث أن زيادة الوعي بالعادات الغذائية من خلال المراقبة الذاتية تعد خطوة أولى للتغيير الغذائي. وتوزيع نموذج المراقبة الذاتية

لتسجيل الوجبات الغذائية، وتدريبهن على كيفية القيام بمراقبة وتسجيل ما يتناولنه من الوجبات الرئيسية الثلاث والوجبات الخفيفة. وفيما يلي عرض نموذج يومي لتسجيل الوجبات الغذائية الذي يساعد البدينات على القيام بالمراقبة الذاتية.

أملأي الجدول التالي من خلال تسجيل كل ما تتناولينه خلال اليوم، وإذا نسيت تسجيل وجبة فحاولي تذكر ما تناولته في تلك الوجبة فيما بعد، واحضار هذا الجدول في كل لقاء.

الجدول (23) نموذج لتسجيل الوجبات الغذائية

الوقت	كمية الأكل والشرب	المكان	الأشخاص	المشاعر	السرعات الحرارية

- تشجيع البدينات على الانتباه إلى مثيرات الأكل، فالكثير من النشاطات والأجواء المحيطة يمكن أن تثير الأكل، وإبدال الأكل غير الصحي بآخر مغذى، وتجنب الأكل أثناء مشاهدة التلفزيون أو العمل على الكمبيوتر. ووصف سلوكيات تناول الطعام وتعديلها مثل ضرورة المضغ الجيد للطعام، وضع الملاعقة بين اللقمة والأخرى.
- القيام بمناقشة جماعية حول مفهوم الوجبات السريعة، اسباب انتشارها، الأمراض التي تسببها، وكيف يمكن التقليل من هذه المشكلة. التعرف على المخاطر الصحية للمشروبات الغازية والتي من بينها: (التوتر، أمراض العظام، تسوس الاسنان، السرطان، البدانة)، أهمية شرب الماء، وأهم الوصايا لتغذية متوازنة.
- تقديم معلومات وإرشادات حول الأكل في المناسبات الاجتماعية.
- تزويد البدينات بنشرات تحوي نصائح غذائية تساعد على الوصول إلى وزن صحي والمحافظة عليه أنظر الملحق رقم (11). والتأكيد على أهمية الوجبات المنتظمة، وكيفية القيام بعمل بدائل غذائية لتحقيق تخفيض للسرعات الحرارية.

- يتم التركيز على ضرورة الالتزام بالسلوكيات الصحية في الأكل مع مراجعة هذه السلوكيات مع الحالات من حين لآخر حتى تشعرن بأهميتها في إنقاص الوزن على المدى البعيد.
- مراجعة ما تم عرضه خلال الجلسة، ومناقشتهم ومعرفة مدى استفادتهم منها.
- شكرهن على انتظامهن وفعاليتهم، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الواجب المنزلي:

- القيام بالمراقبة الذاتية لما تتناولينه من طعام أو شراب وتسجيله.
- تدوين أهم الصعوبات التي تواجهك لتنظيم غذائك.
- تدوين الملاحظات الخاصة بالوزن، ومتابعة قياسه.

الجلسة الثانية عشر والثالثة عشر:

موضوع الجلسة : نمط الحياة الصحي (ممارسة التمرينات الرياضية)

أهداف الجلسة :

1. التعرف على فوائد ممارسة التمرينات الرياضية وتصحيح المفاهيم الخاطئة عنها.
 2. التعرف على المعوقات التي قد تمنعهم من ممارسة التمرينات الرياضية، وكيفية تجاوز هذه المعوقات.
 3. تدريبهن على كيفية مراقبة نشاطهن الرياضي.
 4. تشجيعهن على إتباع التدريبات الرياضية.
- زمن الجلسة : ساعة ونصف.

الفنيات المستخدمة :المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلات، الواجب المنزلي.

الأدوات المستخدمة: سبورة، أقلام ملونة، ورق أبيض وملون، جهاز حاسوب، جهاز عرض (Date show)، نشرات توضيحية.

محتوى الجلسة :

- الترحيب بالحالات وشكرهن على التواصل والحضور، والقيام بمراجعة الواجب المنزلي وسجلات المراقبة الذاتية وإعطاء التعزيز المناسب.

- مراجعة ما دار في الجلسة السابقة.
- تبين الباحثة أنه سيتم استكمال مناقشة سلسلة نمط الحياة الصحي، وسيتم في هذه الجلسة الحديث عن ممارسة الرياضة، حيث نلاحظ أن نمط الحياة العصرية يقلل من النشاط البدني نتيجة لتقدم التكنولوجيا في اختراع تجهيزات تحد منه، وأن متطلباتها تزيد من الضغط النفسي، ويعد نقص النشاط والرياضة وزيادة الضغط النفسي من أهم أسباب انتشار أمراض العصر، مثل الضغط، السكري، وأمراض القلب، وأن لممارسة الرياضة فوائد والتي من بينها زيادة قدرة التحمل، تقلل من الضغوط النفسية، تساعد على فقد الوزن، تحسن المزاج، تزيد من تقبل الفرد لجسمه، تعزز من نوعية الحياة، تساعد على النوم بشكل أفضل، تحسن من الإنتاجية، تخفض من ضغط الدم ومستوى السكر ... الخ.
- القيام بتصحيح المفاهيم الخاطئة عن الرياضة، وتوضيح معيقات ممارستها ومن الذي يمنع من أن تصبحين رياضية، حيث توزع الباحثة على الحالات اوراقاً ملونة وأقلام، وتطلب منهن العمل في مجموعات تتكون من 4-5 أفراد وكتابة المفاهيم الخاطئة عن الرياضة، والمعيقات التي تمنعهن من ممارستها، وبعد إتاحة فرصة من الوقت يتم تعليق كل الإجابات على السبورة ويتم مناقشتها جماعياً، بحيث يتم تصحيح المفاهيم الخاطئة، وطرح حلول وبدائل لهذه المعوقات باستخدام أسلوب حل المشكلات.
- التعرف على مفهوم اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة. وبعض القواعد الصحية لتحسين اللياقة البدنية.
- حثهن على الزيادة التدريجية في ممارسة التمرينات الرياضية، والبدء في مراقبة مستويات ممارسة التمرينات الرياضية من خلال سجل المراقبة اليومية.
- تلخيص ما تم عرضه في الجلسة كتغذية راجعة، ومعرفة مدى استفادتهن منها.
- تقديم الشكر لهن على مشاركتهن بالحوار والنقاش، والتأكيد على حضور الجلسة القادمة.

الواجب المنزلي:

- المراقبة الذاتية لممارسة الرياضة يومياً وتسجيلها.
- تدوين الصعوبات التي قد تواجهك في ممارسة التمرينات الرياضية.
- تدوين الملاحظات الخاصة بالوزن، ومتابعة قياسه.

الجلسة الرابعة عشر والخامسة عشر:

موضوع الجلسة: نمط الحياة الصحي (زيادة النشاط البدني)

أهداف الجلسة:

- 1- التعرف على فوائد النشاط البدني.
- 2- التعرف على معوقات ممارسة النشاط البدني.
- 3- مساعدتهن على زيادة مستوى النشاط البدني من خلال التعديل السلوكي.
- 4- تدريبهن على كيفية مراقبة نشاطهن البدني.
- 5- مساعدتهن على تغيير أسلوب الحياة.

زمن الجلسة : ساعة ونصف.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، الواجب المنزلي، أسلوب حل المشكلات، (فيديو تعليمي).

الأدوات المستخدمة: سبورة، أقلام السبورة، ورق أبيض وملون، بعض النشرات والملصقات، جهاز حاسوب، جهاز عرض (Date show).

محتوى الجلسة:

- الترحيب بالمشاركات في البرنامج وتقديم الشكر لهن على الحضور والالتزام بمواعيد الجلسات.
- مراجعة ما دار في الجلسة السابقة.
- مراجعة الواجب المنزلي، وزن الجسم، ومراجعة سجل المراقبة الذاتية للوجبات الغذائية، وتقديم التعزيز المناسب عند إحراز أي تقدم.
- توضيح الباحثة أن هذا اللقاء سيستكمل مناقشة نمط الحياة الصحي، من خلال التركيز على النشاط البدني وفوائده النفسية والجسمية، وذلك بعرض فيديو تعليمي حول أهمية النشاط البدني وفوائده لمرضى البدانة بعامة والبدينات بخاصة. حيث له تأثير إيجابي على أمراض القلب، السرطان، آلام الظهر، هشاشة العظام، السكري، تحسين جودة النوم، وخفض الانفعالات،...الخ.

- التعرف على معنى زيادة النشاط حيث يستخدم الإرشاد المعرفي السلوكي للبدانة طريقة متدرجة لزيادة مستوى النشاط والتي يمكن تقسيمها إلى ستة خطوات:

الخطوة الأولى: التمييز بين نوعين من النشاطات وهي:

1. أن يكون الفرد جالسا ويشمل الجلوس والرقود مثل: (مشاهدة التلفزيون، العمل المكتبي، الراحة في السرير، ... الخ)

2. نشاطات أسلوب الحياة: ويشمل كل النشاطات التي تحدث كجزء من الحياة اليومية مثل: (الوقوف، المشى، صعود السلم، الأعمال المنزلية اليومية، ... الخ).

الخطوة الثانية: توضيح فوائد زيادة مستوى النشاط

حيث تبين الباحثة أنه توجد أسباب رئيسية لزيادة مستوى النشاط وهي:

1. تحسين وتعزيز المحافظة على الوزن على المدى البعيد.

2. تقليل المخاطر الصحية الناجمة عن البدانة.

3. زيادة إستهلاك السعرات الحرارية.

4. الحصول على فوائد نفسية واجتماعية وتشمل: (زيادة التواصل الاجتماعي، الشعور بتحسن في الجوانب الوجدانية، الشعور بالرضا عن الذات).

الخطوة الثالثة: البدء في مراقبة مستويات النشاط:

البدء في تسجيل مستوى النشاط اليومي وذلك بتسجيل عدم النشاط مثل عدد الساعات التي قضيتها جالسة أو راقدة، وكذلك تسجيل عدد الدقائق التي مارست فيها المشي أنظر الملحق رقم (12).

الجدول (24) نموذج تقييم مستوى النشاط

	عدم النشاط بالساعات
	نمط الحياة النشط بالساعات

الخطوة الرابعة: تقييم مستوى النشاط:

يتم تقييم مراقبة البدينات لمستوى النشاط وتحديد أي صعوبات قد تواجههن، حيث يتم

تقييم النشاط على النحو التالي:

- عدم النشاط (الجلوس): تقييم عدد الساعات التي انقضت دون نشاط، وهل يوجد اختلاف بين أيام الأسبوع العادية والعطلة الأسبوعية.

- نشاط نمط الحياة: يتم تقييم معدل المشي عن طريق الجدول التالي:

الجدول (25) نموذج معدل المشي

معدل المشي في اليوم	مستوى النشاط
أقل من 30 دقيقة	منخفض
30 دقيقة	متوسط
أكثر من 30 دقيقة	عالي

الخطوة الخامسة: تقليل فترات الجلوس وزيادة النشاط البدني:

يتم تقليل فترات الجلوس عن طريق تقليل عدد الساعات التي تقضيها البدينة لمشاهدة التلفزيون أو الانترنت، وفترة الجلوس أثناء العمل، وذلك بالانشغال في أي نشاط حركي مثل المشي.

الخطوة السادسة: المحافظة على زيادة النشاط:

الهدف هو استمرار المحافظة على التغييرات التي حدثت في مستوى النشاط على المدى البعيد، وسيكون الاهتمام بالنشاط هو مركز الإرشاد حتى نهاية البرنامج، ويتم توضيح العقبات التي تحول دون المحافظة على زيادة النشاط، وتعزيز زيادة النشاطات اليومية كتقليل فترات الجلوس، وصعود الدرج، المشي، والقيام بالأعمال المنزلية. حيث يتم وضع أهداف متنامية يتم مراجعتها في كل جلسة، لأجل رفع دافعية البدينت لبدل مجهود في زيادة النشاط .

- تلخيص مادار في الجلسة كتغذية راجعة.

- تقديم الشكر والثناء اليهن لتفاعلهن مع الباحثة، والتأكيد على ضرورة الحضور والالتزام في الموعد المحدد في الجلسات القادمة.

الواجب المنزلي:

- المراقبة الذاتية للنشاط اليومي وتسجيلها في النموذج المخصص.

- تدوين أهم الصعوبات التي تواجه الحالة لزيادة النشاط .

- تدوين الملاحظات الخاصة بالوزن، ومتابعة قياسه.

الجلسة السادسة عشر والسابعة عشر:

موضوع الجلسة : نمط الحياة الصحي (عادات النوم)

أهداف الجلسة :

- 1- التعرف على معنى النوم الجيد، وأهميته.
- 2- التعرف على بعض اضطرابات النوم الشائعة لدى مرضى البدانة.
- 3- التعرف على العادات السلوكية الخاطئة التي تؤثر في جودة النوم.
- 4- تحديد العوامل البيئية المؤثرة في جودة النوم.
- 5- معرفة أثر المشاعر الوجدانية في جودة النوم.

زمن الجلسة : ساعة ونصف.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلات، الواجب المنزلي.

الأدوات المستخدمة: سبورة، أقلام السبورة، ورق ملون، نشرات توضيحية وملصقات، شريط فيديو، جهاز حاسوب، جهاز عرض (Date show).

محتوى الجلسة :

- الترحيب بالبدينات وشكرهن على حضورهن والاطمئنان عن أحوالهن.
- القيام بمراجعة الواجب المنزلي وسجلات المراقبة الذاتية وإعطاء التعزيز المناسب.
- مراجعة ما دار في الجلسة السابقة.
- تم عرض محاضرة تتضمن شرح مفصل عن النوم مراحل، أهميته، فوائده الجسمية والنفسية، وكيفية اختلاف نمط النوم من فرد لآخر.
- توضح الباحثة عن طريق (عرض فيديو) حول اضطرابات النوم الشائعة لدى مرضى البدانة، والعمل على زيادة وعي البدينات لاضطرابات النوم الخاصة بهم، وهي أمراض ينتج عنها تغيرات في طريقة النوم، بحيث تؤثر على صحة الفرد وسلامته ونوعية حياته، ومن الأنواع الشائعة من اضطرابات النوم التي يعاني منها البدناء مايلي:

- الأرق: والذي تجدين فيه صعوبة الاستغراق في النوم، والبقاء نائمةً خلال الليل.
 - انقطاع التنفس النومي: والذي تشعرين فيه بأنماط غير طبيعية عند التنفس خلال النوم، وكلما زاد الوزن ازدادت صعوبات التنفس أثناء النوم.
 - التغفيق: وهي حالة تتميز بالشعور بالنعاس الشديد نهاراً والاستغراق في النوم فجأة خلال النهار.
 - متلازمة تملُّ الساقين: هي نوع من اضطراب الحركة أثناء النوم، تسبب شعوراً بعدم الراحة والرغبة الملحة في تحريك الساقين، بينما تحاولين الاستغراق في النوم... وغيرها من الاضطرابات.
- ومن الممكن ان يؤدي الحرمان أو نقص النوم إلى زيادة الوزن، فمثلاً الأرق ينجم عنه تغيرات هرمونية التي بدورها تزيد الشهية والرغبة في تناول الأطعمة الغنية بالطاقة. وأطمئنكن بأنه يتمكن الأطباء عادة من معالجة أغلب اضطرابات النوم بكفاءة بمجرد أن تشخص بطريقة صحيحة.
- إجراء نقاش حول العادات السلوكية الخاطئة التي تؤثر على جودة النوم والطرق الفعالة لتحسينها، وذلك من خلال طرح سؤال ماهي أهم العادات اليومية التي تؤثر سلباً على النوم، والأخرى التي تؤثر إيجاباً؟ والتأكيد على أهمية وجود روتين نوم يومي يساعد على النوم بشكل جيد، وأهمية تجنب الأكل قبل النوم مباشرة.
- ألقاء محاضرة عن العوامل البيئية المؤثرة في جودة النوم ومن هذه العوامل: (تغير فصول السنة، درجة الحرارة، الإضاءة، التهوية، الصوت، مشاركة الغرفة مع الآخرين، ... وغيرها).
العوامل الاجتماعية مثل: (الالتزامات الأسرية للمرأة، الالتزامات الاجتماعية، حياة المدينة والريف، استخدام الهاتف أو الحاسوب وغيرها من الأجهزة قبل النوم،..الخ). يتم توزيع أوراق وأقلام وتطلب الباحثة أن تكتب كل واحدة منهن العوامل البيئية والاجتماعية المؤثرة سلباً على نومها، ومن تم فتح مجال للمناقشة واقتراح الآليات المناسبة لتحسين بيئة النوم. وهل يوجد تغيرات يمكن إحداثها على بيئة النوم لتكون مناسبة أكثر، وذلك عن طريق استخدام أسلوب حل المشكلات.

- طرح سؤال هل تؤثر المشاعر الوجدانية في جودة النوم؟ وفتح المجال للحالات للتعبير عن مشاعرهن وانفعالاتهن التي تؤثر سلباً على جودة النوم لديهن، مثل (الحزن، الغضب، الضيق، التوتر... الخ) والناجمة عن مرور الفرد ببعض المشكلات، الضغوط والاحباطات. والتعرف على المشاعر الأكثر تأثيراً، وكيفية التعامل معها.
- إعطاء بعض التعليمات التي تساعد البدنيات على القيام بالمراقبة الذاتية لعادات النوم، مع ضرورة الاستمرار بتعبئة جدول المراقبة الذاتية لعادات النوم يومياً.
- تلخيص ما دار في الجلسة كتغذية راجعة.
- شكرهن وتقديم التعزيزات الايجابية لهن على المناقشة البناءة، والتأكيد على ضرورة حضور الجلسة القادمة.

الواجب المنزلي:

- ماهي مشكلة النوم الخاصة بك؟ وكيف تؤثر عليك؟
- ضعي أهداف يمكنك من خلالها تحسين عادات النوم؟
- المراقبة الذاتية المستمرة لعادات النوم؟

الجلسة الثامنة عشر والتاسعة عشر:

موضوع الجلسة: نمط الحياة الصحي (المحافظة على وزن صحي)

أهداف الجلسة :

- 1- تعريفهن أهمية الوزن الصحي وكيفية الوصول إليه.
- 2- تحديد المفاهيم الخاطئة الخاصة بالوزن.
- 3- تحديد معوقات إنقاص الوزن وعلاجها.
- 4- وضع أهداف واقعية بناءة بدلاً من الأهداف غير الواقعية.
- 5- التخلي عن الوزن المثالي لصالح الوزن المعقول.

زمن الجلسة : ساعة ونصف.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة، المراقبة الذاتية، الحديث الذاتي، وضع الأهداف، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي.

الأدوات المستخدمة: السبورة، أقلام ملونة، ورق ملون، جهاز حاسوب، جهاز عرض
(Date show).

محتوى الجلسة:

- الترحيب بالحالات ومراجعة الواجب المنزلي وسجلات المراقبة الذاتية والشكر والتعزيز الإيجابي للحالات التي تحقق تقدم.
- قياس وزن الجسم وتدوينه على الرسم البياني وإجراء مقارنة بين القياسات.
- طرح أسئلة عن أهمية الوزن الصحي وتسجيل الإجابات على السبورة، وإجراء مناقشة جماعية حول هذا المفهوم. وتطلب الباحثة منهن التعبير بكل حرية وصراحة عن مشاعرهن تجاه البدانة.
- توضيح العلاقة بين وزن الجسم وكل من كمية الطعام ونوعيته، وكذلك كمية النشاط البدني ونوعيته، ومدى المواظبة على ممارسة التمرينات الرياضية. وإبراز أهمية أن العامل الأساسي الذي يساعدك على تخفيف الوزن والمحافظة على وزن صحي هو التساوي بين الطاقة المأخوذة الداخلة للجسم عن طريق الغذاء، والطاقة المفقودة والخارجة منه عن طريق النشاط البدني والرياضي. فإذا كانت كمية الطعام المستهلك أكثر من حاجة الجسم للطاقة، وكمية الطاقة المصروفة من الجسم عن طريق النشاط والحركة أقل من كمية الطاقة الداخلة إلى الجسم يؤدي ذلك إلى الزيادة المستمرة في الوزن وعدم القدرة على الوصول إلى وزن صحي والعكس صحيح.
- تحديد معوقات أو صعوبات إنقاص الوزن بواسطة طريقتين متكاملتين هما فحص تسجيلات المراقبة الذاتية، وباستخدام قائمة صعوبات وعوائق إنقاص الوزن انظر الملحق رقم (13).
- يتم توزيع أوراق وأقلام وتطلب الباحثة من الحالات تدوين أهدافهن الخاصة بالوزن، وبعد إجراء نقاش حول هذه الأهداف، يتم التركيز على توضيح هذه الأهداف ومساعدتهن على وضع أهداف واقعية بناءً بدلاً من الأهداف غير الواقعية. حيث توجد ثلاث أهداف خاصة بالوزن وهي:
 - الوزن المثالي: وهو الوزن الذي تتمنى البدنية تحقيقه برغم إدراكها أن هذا الوزن غير واقعي ولا يمكن تحقيقه.

• الوزن المرغوب: وهو الوزن الذي تعتقد البدينة أنه يجب أن تصل إليه، وأنه من الممكن تحقيقه.

• الوزن المتوقع: وهو الوزن الذي يمكن ان تصل إليه البدينة، إلا أنها ستشعر بخيبة الأمل إذا لم ينخفض وزنها أكثر من ذلك.

حيث تقوم الباحثة بتوضيح ماهو الوزن المثالي، الوزن المرغوب، والوزن المتوقع، وشرح أهمية الوصول إلى الوزن المرغوب، والنتائج الصحية والنفسية والاجتماعية المترتبة على ذلك. ومحاولة إرساء مفهوم الوزن المعقول عن طريق النقاش وتوجيه بعض الأسئلة.

- توضيح العوامل التي قد تؤدي إلى إعادة اكتساب الوزن مثل التصرفات غير الصحية، أو تبني أهداف غير واقعية، ويجب إحداث تغيير مستمر في طريقة التفكير في التحكم في الوزن، وكذلك نمط وطريقة الأكل، وأسلوب النشاط، وهذا ما يمكنهن من الحفاظ على الوزن على المدى الطويل.

الواجب المنزلي:

ضعي أهداف تساعدك في الحصول على وزن صحي؟ وكيفية المحافظة عليه؟

الجلسة العشرون وإحدى وعشرون:

موضوع الجلسة: الوقاية من الانتكاسة

أهداف الجلسة:

1. اكتساب المهارات اللازمة للمحافظة على انقاص الوزن وثبات هذا النقص على المدى البعيد.

2. استمرار سلوكيات المحافظة على نقص الوزن من خلال النظام الغذائي.

3. استمرار سلوكيات المحافظة على نقص الوزن من خلال نمط الحياة النشط الحركي والرياضي.

4. وضع نظام عملي لمراقبة الوزن على المدى البعيد.

5. توضيح الفرق بين نقص الوزن والمحافظة عليه.

6. تعلم كيفية مواجهة العقبات التي تقف في طريق نقص الوزن والمحافظة عليه.

7. تجهيز خطة المحافظة على ثبات الوزن.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، الحوار والمناقشة ، المراقبة الذاتية، مهارة حل المشكلات، الوقاية من الانتكاسة.

الأدوات المستخدمة: السبورة، أقلام ملونة، أوراق ملونة، جهاز حاسوب، جهاز عرض (date show)، نشرات توضيحية عن موضوع الجلسة.

زمن الجلسة: ساعة ونصف.

محتوى الجلسة:

- مناقشة مبادئ نقص الوزن والمحافظة عليه على المدى البعيد وهي كالتالي:
 - حدوث توازن بين الطاقة المأخوذة والطاقة المفقودة، ويعد التحكم في الطاقة المأخوذة له التأثير الأكبر في استعادة الوزن، وعدم إهمال النشاط البدني فالدين يحافظون على نمط حياة نشط أفضل في انقاص الوزن والمحافظة عليه.
 - يجب المحافظة على الوزن في كل الظروف تشمل المناسبات الاجتماعية، العطلات، فترات المرض أو الكسل عن ممارسة النشاط، أوقات التوتر وتقلب الحالة الوجدانية.
 - التغيير في الوزن يرجع دائماً إلى التغيير في الطاقة المأخوذة أو المفقودة أو كلاهما، باستثناء فترة الحمل أو تأثير بعض الأمراض أو تناول بعض العقاقير. وأن تصحيح هذا التغيير في الوزن يستلزم تغيير الخلل في إحدى الطاقتين أو كلاهما أنظر الملحق رقم (14).

- تدريب البدنيات على المحافظة على نقص الوزن، وذلك بوضع نظام لمراقبة الوزن على المدى البعيد، وتعليمهن كيفية تفسير تغييرات الوزن، وتوضيح الفرق بين نقص الوزن والمحافظة عليه، ومن أجل النجاح في المحافظة على الوزن يجب إتباع نظام مناسب لمراقبة، وهذا الأمر يستمر إلى مالا نهاية، لأن ذلك يؤدي إلى معرفة التغييرات التي تحدث في الوزن، فمثلاً يتم قياس الوزن وذلك باختيار يوم معين يناسبك من أيام الأسبوع وليكن مثلاً السبت، وتسجيل التاريخ والوزن في رسم بياني، ومراجعة ذلك كل أسبوع.

- توجيه بعض الأسئلة للحالات وإجراء حوار ومناقشة عن كيفية مواجهة العقبات كالتالي:

- هل توجد سلوكيات معينة قد تعرضك لاستعادة الوزن، مثل: أكل الوجبات ذات السعرات الحرارية المرتفعة، والميل إلى الكسل خلال فصل الشتاء؟
- ما هو رد فعلك تجاه أي تغيير في الوزن، وهل من المحتمل أن يؤدي رد الفعل إلى زيادة الأمور سوء؟
- تعليم الحالات مهارة التفكير في أسباب تغير الوزن، وتحديد الأسباب الكامنة خلفه كالتالي:
 - هل التغير في الوزن مفاجئ أو تدريجي.
 - هل سبب تغير الوزن هو تغيير في الأكل، أو في النشاط، أو نتيجة مرض، حمل، تناول بعض الأدوية.
- وضع خطة للتعامل مع زيادة الوزن وهذا يستلزم تغييرات في كل من الطاقة المأخوذة والطاقة المفقودة.
- وضع خطة للتعامل مع الأسباب التي تكمن وراء التغيير في السلوك، ويتم ذلك باستخدام طريقة حل المشكلات.
- توزيع خطة المحافظة على الوزن أنظر الملحق رقم (15) على الحالات ومناقشتها، ومساعدتهن على التفكير فيها.

الواجب المنزلي:

- أذكري المواقف التي تتوقعي أنها تؤدي إلى زيادة وزنك في المستقبل؟ وكيف ستتعاملين معها؟
- التفكير في خطة الحفاظ على الوزن؟
- مراقبة الوزن بانتظام وإلى الأبد؟
- احضار الحالة الرسم البياني الخاص بالوزن؟

الجلسة الثانية والعشرين والأخيرة:

عنوان الجلسة: جلسة ختامية

أهداف الجلسة:

1- تلخيص ومراجعة لما دار في الجلسة السابقة.

- 2- مناقشة الواجب المنزلي.
 - 3- الاستماع إلى أي ملاحظات والإجابة عن الأسئلة.
 - 4- الإهتمام بملاحظة الوزن وقياسه.
 - 5- مناقشة سلبيات وإيجابيات البرنامج والسماح لأعضاء المجموعة بإبداء آرائهن وملاحظتهن ومدى الفائدة التي تحققت لهن.
 - 6- تقييم أعضاء المجموعة للبرنامج الإرشادي بملء الاستمارة الخاصة بذلك، والاستماع إلى انطباعات المشاركات جميعاً.
 - 7- تطبيق مقياس الدراسة (قياس بعدي) على أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية).
 - 8- قياس الوزن (قياس بعدي) لأفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية).
 - 9- شكر أعضاء المجموعة على المشاركة والالتزام بالحضور وأداء الواجبات.
 - 10- إعطاء نصائح فيما يخص مرحلة المتابعة، وتحديد موعد لها.
 - 11- القيام باحتفال بمناسبة انتهاء جلسات البرنامج.
- زمن الجلسة: ساعة ونصف.

محتوى الجلسة:

- 1- شكر المشاركات على المجهود الذي بذلوه في تطبيق البرنامج ، والثناء على إنجازاتهن، مؤكدة لهن أن بأستطاعتهن تطبيق المهارات والفنيات التي تم تعلمها خلال جلسات البرنامج في جميع مجالات حياتهن لتصبح نمطاً خاصاً بهن حتى وإن واجهن بعض المشكلات في التطبيق.
- 2- مساعدة المشاركات بمراجعة ماتعلموه وتذكيرهن بالفنيات التي سيستخدمونها إذا تعرضوا لأي عوائق.
- 3- قامت الباحثة بالاطلاع على جميع الملاحظات ومناقشتها. والإجابة عن كل الأسئلة والاستفسارات.
- 4- تذكيرهن بأنهن تعلمن كيف يتعاملن بكفاءة مع اكتساب الوزن، وأن باتباعهن للإرشادات سيكون لديهن وقاية ضد إعادة اكتساب الوزن الذي فقده، وتشجيعهن على إعادة قراءة خطة الحفاظ على الوزن، خاصة إذا لاحظن بدأ زيادة في الوزن، وأن عليهن الاستمرار

في وزن أنفسهم مرة في الإِسبوع، وتسجيل الوزن في الرسم البياني الخاص بهن، وتم توزيع نماذج من الرسم البياني فارغة، ليستمرن في العمل عليها.

5- طلبت الباحثة من أعضاء المجموعة تقييم البرنامج من حيث ملائمة الأنشطة المستخدمة في البرنامج والوقت المخصص للجلسات ومدى ملائمة الواجبات المنزلية للأهداف التي وضعت لها، وذلك من خلال تعبئة نموذج التقييم النهائي للبرنامج انظر الملحق رقم (16).

6- طلبت الباحثة من المشاركات الإجابة على مقياس الكفاءة الذاتية (القياس البعدي)، وقابلت أيضاً أعضاء المجموعة الضابطة وطبقت عليهن المقياس.

7- القيام بقياس الوزن (القياس البعدي) لأفراد المجموعتين الضابطه والتجريبية، واستخراج النسبة المئوية لمعرفة ما حققته من نقص في الوزن. وذلك "بناء على اقتراح ستانكارد (Stankard) في استخدام هذه النسبة لتقييم مخرجات الإرشاد" (أبوعليان، 1994: 57) وكذلك لزيادة دافعية المشاركات في المجموعة التجريبية للمحافظة على هذا النقص الذي تم تحقيقه، والاستمرار في مراقبة الوزن وقياسه لإحراز مزيداً من النجاح في نقص الوزن.

جدول (26) النسب المئوية لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في الاختبار البعدي وما

حققته من نقص في الوزن

المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموعة كمية النقص بالكجم
العدد	%	العدد	%	
-	-	9	32.1	أقل من 4 كجم
3	10.7	14	50	4 - 5.99 كجم
14	50	5	17.9	6 - 7.99 كجم
11	39.3	-	-	8 كجم فأكثر
28	100	28	100	المجموع

ينتضح من الجدول (26) تحقيق أفراد المجموعة التجريبية نقصاً في الوزن أعلى من أفراد المجموعة الضابطة، حيث حققت 39.3% من أفراد المجموعة التجريبية نقص 8 كجم

فأكثر، في حين لم يصل أي فرد في المجموعة الضابطة لهذا النقص. وحققت نسبة 50% من أفراد المجموعة التجريبية نقص 6 - 7.99 كجم من الوزن، في حين حققت 17.9% فقط من أفراد المجموعة الضابطة هذا النقص. وكانت نسبة 10.7% من أفراد المجموعة التجريبية حققن نقص 4 - 5.99 كجم، في حين أغلب أفراد المجموعة الضابطة وبنسبة 50% حققن هذا النقص. ولقد حققت نسبة 32.1% من أفراد المجموعة الضابطة نقص أقل من 4 كجم من أوزانهم، في حين تجاوز جميع أفراد المجموعة التجريبية هذا المقدار من النقص في الوزن.

8- تقديم الشكر والتقدير للمشاركات على تعاونهن والتزامهن بحضور جميع الجلسات، وبذلهن كل هذه الجهود.

9- إعطاء نصائح فيما يخص مرحلة المتابعة، وحددت الباحثة مع أفراد المجموعة التجريبية موعد (القياس التتبعي) بعد مرور شهرين من تاريخ انتهاء البرنامج.

10- القيام باحتفال بمناسبة انتهاء البرنامج، تم فيه توزيع شهادات تقدير وهدايا على كافة المشاركات في البرنامج والعاملات بالمركز.

مخطط جلسات البرنامج :

يحتوي مخطط جلسات البرنامج على تحديد موضوع الجلسة، مدتها، والفنيات المستخدمة.

الجدول (27) مخطط لجلسات البرنامج وعناوينها والزمن المستغرق والفنيات المستخدمة

تسلسل الجلسات	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة
الأولى	التعارف والتمهيد	1	ساعتان	المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي
الثانية	مرض البدانة والكفاءة الذاتية	1	ساعة ونصف	المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، النمذجة، الواجب المنزلي
الثالثة والرابعة	تقييم وتعزيز استعداد البدينات للتغيير	2	ساعة ونصف	المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، الحديث الذاتي، النمذجة، الواجب المنزلي

تسلسل الجلسات	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	الغيات المستخدمة في الجلسة
الخامسة	التدريب على الضبط الذاتي	1	ساعة ونصف	المحاضرة، الحوار والمناقشة، ضبط الذات، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، الواجب المنزلي
السادسة	التفكير التكيفي	1	ساعة ونصف	المحاضرة، الحوار والمناقشة، المراقبة الذاتية، الحديث الذاتي، التعزيز الإيجابي، النمذجة، وقف التفكير، الواجب المنزلي.
السابعة والثامنة	حل المشكلات	2	ساعة ونصف	المحاضرة، المناقشة والحوار، مهارة حل المشكلات، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، الواجب المنزلي
التاسعة إلى الحادية عشر	نمط الحياة الصحي (العادات الغذائية)	3	ساعة ونصف	المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلات، الواجب المنزلي.
الثانية عشر والثالثة عشر	نمط الحياة الصحي (ممارسة التمرينات الرياضية)	2	ساعة ونصف	المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلات، الواجب المنزلي.
الرابعة عشر والخامسة عشر	نمط الحياة الصحي (زيادة النشاط البدني)	2	ساعة ونصف	المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، الواجب المنزلي، أسلوب حل المشكلات
السادسة عشر والسابعة عشر	نمط الحياة الصحي (عادات النوم)	2	ساعة ونصف	المحاضرة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلات، الواجب المنزلي
الثامنة عشر والتاسعة عشر	نمط الحياة الصحي (المحافظة على وزن صحي)	2	ساعة ونصف	المحاضرة، الحوار والمناقشة، المراقبة الذاتية، الحديث الذاتي، التعزيز الإيجابي، الواجب المنزلي.
عشرون وإحدى وعشرون	الوقاية من الانتكاسة	2	ساعة ونصف	المحاضرة، الحوار والمناقشة، التحكم في مثيرات الطعام، المراقبة الذاتية، أسلوب حل المشكلات، التعزيز الإيجابي
الثانية والعشرون	الجلسة الختامية	1	ساعة ونصف	الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي

صعوبات الدراسة :

واجهت الباحثة العديد من الصعوبات والعراقيل أثناء مراحل إعداد الرسالة نذكر منها:

1. إن أغلب المراجع والكتب والمجلات التي كتبت عن مرض البدانة مراجع طبية سواء كانت عربية أو أجنبية، أما المراجع النفسية عن هذا المرض وبخاصة العربية فهي قليلة جداً، على حد علم الباحثة.
2. صعوبة الحصول على عينة الدراسة وذلك نظراً لوجود عدد محدود من مراكز تخفيف الوزن، حيث تم اغلاق بعضها نظراً للظروف الأمنية والأوضاع غير المستقرة بمدينة الزاوية.
3. يغلب على البديئات المسجلات في مراكز تخفيف الوزن عدم انتظامهن في الحضور والتسرب، وهذا ما افادتنني به مديرات المراكز، ولحل هذه المشكلة قامت الباحثة بعمل حوافز تشجيعية للاشتراك في هذه الدراسة لضمان حضورهن، مثل دفع رسوم الاشتراك لكل أفراد العينة طيلة الفترة الزمنية لتنفيذ البرنامج، وتوزيع بعض الهدايا كتعزيزات، مع توفير وجبه صحيه وقهوة وشاي.

الخطوات الإجرائية للدراسة :

للتحقق من صحة فروض الدراسة تم إجراء الخطوات التالية:

1. إعداد الإطار النظري للدراسة الخاص بالإرشاد المعرفي السلوكي، مرض البدانة، والكفاءة الذاتية.
2. إعداد مقياس للدراسة وحساب صدقه وثباته وذلك بتطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (15) بدينة.
3. تصميم برنامج إرشادي معرفي سلوكي وفقاً للإطار النظري والدراسات السابقة التي تم الإطلاع عليها، ليشمل البرنامج على (22) جلسة متنوعة الأهداف والفنيات، وتم عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين لإبداء ملاحظاتهم واراتهم.
4. تطبيق المقياس على مجتمع الدراسة، وتصحيحه حسب التعليمات الخاصة به، لاختيار عينة الدراسة.

5. تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.
6. إيجاد التكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في العمر، الوزن، الطول، ومؤشر كتلة الجسم.
7. إجراء القياس القبلي على مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) بتطبيق المقياس وإيجاد التكافؤ بينهما على مقياس الكفاءة الذاتية.
8. تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية.
9. تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية على أفراد المجموعة التجريبية أثناء البرنامج للتأكد من مدى فاعليته.
10. إجراء القياس البعدي وذلك بإعادة تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية على مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية.
11. إجراء القياس التتبعي بعد مرور شهرين من تطبيق القياس البعدي، حيث تم إعادة تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية على أفراد المجموعة التجريبية وذلك لبيان إستمرارية أثر البرنامج الإرشادي.
12. تفريغ نتائج التطبيق (القبلي - أثناء البرنامج - البعدي - التتبعي) للمجموعة التجريبية، و(القبلي - البعدي) للمجموعة الضابطة، واستخراج درجات كل فرد من أفراد العينة (المجموعة التجريبية - المجموعة الضابطة).
13. معالجة البيانات إحصائياً، والتوصل إلى النتائج وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

الأساليب الإحصائية :

- لمعالجة بيانات الدراسة وللتحقق من صحة فرضياتها تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية وذلك عن طريق الأساليب التالية:
1. معامل ارتباط بيرسون
- لحساب الاتساق الداخلي لمقياس الكفاءة الذاتية.

- للتعرف على العلاقة بين درجات المجموعة الضابطة وكذلك المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم).
- 2. معامل ارتباط الفا كرونباخ، لحساب ثبات مقياس الدراسة.
- 3. مقياس النزعة المركزية.
- 4. مقياس التشتت.
- 5. اختبار **t** لعينتين مرتبطتين (اختبار قبل - بعد) **T-test Paired-Samples** - لمعرفة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار القبلي والاختبار البعدي.
- معرفة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في كلا من الاختبارات التالية: (القبلي - اثناء البرنامج - البعدي - التتبعي).
- 6. اختبار **t** لعينتين مستقلتين **T-test**.
- معرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في القياس القبلي والقياس البعدي
- معرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة وكذلك أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي وفقا لخصائص عينة الدراسة (المستوى التعليمي - المهنة - الحالة الاجتماعية).

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها

تحليل خصائص العينة.

الوصف الإحصائي لمقياس الكفاءة الذاتية وابعاده.

ملخص عام لنتائج الدراسة.

توصيات الدراسة.

مقترحات الدراسة.

مراجع الدراسة.

تمهيد:

تمثل نتائج الدراسة خلاصة العمل البحثي وثمرته، حيث يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها وتحليلها ومناقشتها وفقاً لأهداف الدراسة ومن تم التحقق من صدق فرضياتها.

أولاً: تحليل خصائص العينة:

1- البعد الاجتماعي

جدول (28) الأهمية النسبية للفقرات الخاصة بمحور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي

معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

بعد البرنامج		قبل البرنامج			الفقرات	
الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح	الترتيب	الوزن المئوي		المتوسط المرجح
4	93.57	4.68	2	86.43	4.32	استطيع كسب محبة الاخرين بسهولة
2	95.71	4.79	4	84.29	4.21	اشعر اننى موضع ثقة الاشخاص الذين اتعامل معهم
3	94.29	4.71	3	85.71	4.29	احب المشاركة فى المناسبات الاجتماعية
6	88.57	4.43	9	74.29	3.71	اشعر بأن وجودى أو غيابى يؤثر على الاخرين
5	91.43	4.57	6	80.71	4.04	يستشيرونى اصدقاى حينما تواجههم مشاكل
9	81.43	4.07	7	77.86	3.89	اتصرف بهدوء عندما اكون مع صديقاتي
1	97.14	4.86	1	87.86	4.39	ابادر الى مساعدة الاخرين عندما يحتاجون الى المساعدة
7	87.86	4.39	8	76.43	3.82	تمكنى كفاءتى من اكون قدوة للاخرين فى حياتى الاجتماعية
8	82.86	4.14	5	82.14	4.11	استطيع التعامل مع المشكلات الاجتماعية التي تواجهنى

توضح معطيات الجدول (28) الترتيب حسب الأهمية النسبية للفقرات الخاصة بمحور

البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة

الذاتية لدى البدينات محل الدراسة، وذلك من خلال استجاباتهم على جميع الفقرات الخاصة بذلك، فتشير النتائج إلى ما يلي:

قبل البرنامج:

- إن الفقرة التي تنص على أن (ابادر الى مساعدة الاخرين عندما يحتاجون الى المساعدة) تحتل الترتيب الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اكبر وزن مئوي بنسبة (87.86%).
- إن الفقرة التي تنص على (اشعر بان وجودى او غيابى يؤثر على الاخرين) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مئوي بنسبة (74.29%).

بعد البرنامج:

- إن الفقرة التي تنص على أن (ابادر الى مساعدة الاخرين عندما يحتاجون الى المساعدة) تحتل الترتيب الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اكبر وزن مئوي بنسبة (97.14%).
- إن الفقرة التي تنص على (اتصرف بهدوء عندما اكون مع اصدقائى) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مئوي بنسبة (81.43%).

أما الجدول (28) يبين التوصيف الإحصائي الخاص بمحور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات من خلال دمج استجاباتهم لجميع الفقرات التي تعبر عنها.

جدول (29) التوصيف الإحصائي الخاص بمحور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

بعد البرنامج			قبل البرنامج			مستوى اجابة البدينات على محور البعد الاجتماعي	
%	التكرار الواقعي	الدرجة النظرية	%	التكرار الواقعي	الدرجة النظرية		
0.0	0	26-9	0.0	0	26-9	لا اوافق	
3.6	1	32-27	10.7	3	32-27	لا ادري	
96.4	27	45-33	89.3	25	45-33	اوافق	
100.0	28	-	100.0	28	-	المجموع	
أعلى درجة	اقل درجة	التفرطح	الالتواء	الانحراف المعياري	الوسيط	الوسط النظري	الوسط الفعلي
44	30	-0.933	0.190	3.823	36.50	27	36.78
45	32	0.387	-0.999	3.713	41.00	27	40.64

تشير بيانات الجدول (29) إلى النتائج التالية:

قبل البرنامج:

1. لا يوجد احد من عينة الدراسة غير موافق على محور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 2. أن (10.7%) من عينة الدراسة لا يدرون على محور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 3. أن (89.3%) من عينة الدراسة موافقين على محور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
- وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات (36.78) وقيمة الوسيط (36.5)، وقيمة الانحراف المعياري (3.823) وقيمة الالتواء (0.190) وقيمة التفرطح (-0.933)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

بعد البرنامج:

1. لا يوجد احد من عينة الدراسة غير موافق على محور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

2. أن (3.6%) من عينة الدراسة لا يدرون على محور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

3. أن (96.4%) من عينة الدراسة موافقين على محور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور البعد الاجتماعي لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدي البدينات (40.64) وقيمة الوسيط (41)، وقيمة الانحراف المعياري (3.713) وقيمة الالتواء (-0.999) وقيمة التفرطح (0.387)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

2- البعد الوجداني:

جدول (30) الأهمية النسبية للفقرات الخاصة بمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي

لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدي البدينات

بعد البرنامج			قبل البرنامج			الفقرات
الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح	الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح	
7	76.40	3.82	8	60.60	3.03	استطيع التحكم بمشاعري وانفعالاتي
8	60.60	3.03	7	63.40	3.17	افقد السيطرة علي تصرفاتي عندما اغضب
6	80.60	4.03	5	78.40	3.92	اكون متزنة انفعاليا عند التفكير في حل مشكلاتي
5	82.80	4.14	4	80.60	4.03	استطيع الحفاظ علي هدوئي امام الصعاب لانني اعتمد علي قدراتي في مواجهتها
3	92.00	4.60	6	77.00	3.85	عندما اشعر بالفشل اعمل باجتهاد اكبر
1	95.00	4.75	1	89.20	4.46	اشعر بحيوية دافعة عندما ابدا عملا
2	94.8	4.74	2	87.80	4.39	لدي مستوى عالي من العزيمة والإرادة
4	84.20	4.21	3	84.20	4.21	استطيع التغلب على شعوري بالضيق عندما ارى من هم اجمل جسماً مني

توضح معطيات الجدول (30) الترتيب حسب الأهمية النسبية لل فقرات الخاصة بمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة، وذلك من خلال استجاباتهم على جميع الفقرات الخاصة بذلك، فتشير النتائج إلى ما يلي:

قبل البرنامج:

- إن الفقرة التي تنص على أن (اشعر بحيوية دافعة عندما ابدا عملا) تحتل الترتيب الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اكبر وزن مؤوي بنسبة (89.20%).

- إن الفقرة التي تنص على (استطيع التحكم بمشاعري وانفعالاتي) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مؤوي بنسبة (60.60%).

بعد البرنامج:

- إن الفقرة التي تنص على أن (اشعر بحيوية دافعة عندما ابدا عملا) تحتل الترتيب الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اكبر وزن مؤوي بنسبة (95%).

- إن الفقرة التي تنص على (افقد السيطرة على تصرفاتي عندما اغضب) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مؤوي بنسبة (60.60%).

أما الجدول (30) يبين التوصيف الإحصائي الخاص بمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات من خلال دمج استجاباتهم لجميع الفقرات التي تعبر عنها.

جدول (31) التوصيف الإحصائي الخاص بمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

بعد البرنامج			قبل البرنامج			مستوى اجابة البدينات على محور البعد الوجداني	
%	التكرار الواقعي	الدرجة النظرية	%	التكرار الواقعي	الدرجة النظرية		
3.5	1	26-9	10.7	3	26-9	لا اوافق	
32.2	9	32-27	57.1	16	32-27	لا ادري	
64.3	18	45-33	32.2	9	45-33	اوافق	
100.0	28	-	100.0	28	-	المجموع	
أعلى درجة	اقل درجة	التفرطح	الالتواء	الانحراف المعياري	الوسيط	الوسط النظري	الوسط الفعلي
40	23	0.165	0.163	3.881	30.50	27	31.10
39	24	-0.217	-0.525	3.763	34	27	33.35

تشير بيانات الجدول (31) إلى النتائج التالية:

قبل البرنامج:

1. أن (10.7%) من عينة الدراسة غير موافقين على محور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 2. أن (57.1%) من عينة الدراسة لا يدرون على محور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 3. أن (32.2%) من عينة الدراسة موافقين على محور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
- وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات (31.10) وقيمة الوسيط (34)، وقيمة الانحراف المعياري (3.881) وقيمة الالتواء (0.163) وقيمة التفرطح (0.165)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

بعد البرنامج:

1. أن (3.5%) من عينة الدراسة غير موافقين على محور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 2. أن (32.2%) من عينة الدراسة لا يدرون على محور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 3. أن (64.3%) من عينة الدراسة موافقين على محور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
- وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور البعد الوجداني لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات (33.35) وقيمة الوسيط (34)، وقيمة الانحراف المعياري (3.763) وقيمة الالتواء (-0.525) وقيمة التفرطح (-0.217)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

3- بعد ممارسة التمرينات الرياضية:

جدول (32) الأهمية النسبية للفقرات الخاصة بمحور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

بعد البرنامج		قبل البرنامج			الفقرات	
الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح	الترتيب	الوزن المئوي		المتوسط المرجح
8	83.40	4.17	7	39.20	1.96	امارس نشاطا رياضيا بانتظام رغم مشاغلي
7	85.60	4.28	8	38.40	1.92	امارس التمارين الرياضية عند الافراط في تناول الطعام
5	91.40	4.57	6	47.00	2.35	امارس التمارين الرياضية رغم الاحباط من الاخرين
2	95.60	4.78	4	62.80	3.14	لايمنعني العرق الذي يصاحب اداء التمارين الرياضية من ممارستها
1	97.00	4.85	2	81.40	4.07	اتحمل التدريبات الرياضية في سبيل الحصول علي جسم جميل

بعد البرنامج			قبل البرنامج			الفقرات
الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح	الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح	
4	91.60	4.58	3	67.80	3.39	يدفعني الفشل في اداء التدريبات الرياضية إلى العمل باجتهاد اكبر
6	86.40	4.32	5	57.80	2.89	امارس التمارين الرياضية بالرغم من وجود مغريات لمنعي من ذلك
3	92.00	4.60	1	81.60	4.08	احرص علي ان اكون لائقة بدنيا

توضح معطيات الجدول (32) الترتيب حسب الأهمية النسبية للفقرات الخاصة بمحور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة، وذلك من خلال استجاباتهم على جميع الفقرات الخاصة بذلك، فتشير النتائج إلى ما يلي:

قبل البرنامج:

- إن الفقرة التي تتص على أن (احرص على ان اكون لائقة بدنيا) تحتل الترتيب الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اكبر وزن مئوي بنسبة (81.60%).
- إن الفقرة التي تتص على (امارس التمارين الرياضية عند الإفراط في تناول الطعام) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مئوي بنسبة (38.40%).

بعد البرنامج:

- إن الفقرة التي تتص على أن (اتحمل التدريبات الرياضية في سبيل الحصول على جسد جميل) تحتل الترتيب الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور ممارسة التمرينات الرياضية

لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اكبر وزن مئوي بنسبة (97%).

- إن الفقرة التي تنص على (امارس نشاطا رياضيا بانتظام رغم مشاغلي) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مئوي بنسبة (83.40%).
- أما الجدول (32) يبين التوصيف الإحصائي الخاص بمحور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات من خلال دمج استجاباتهم لجميع الفقرات التي تعبر عنها.

جدول (33) التوصيف الإحصائي الخاص بمحور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

بعد البرنامج		قبل البرنامج			مستوى اجابة البدينات على محور ممارسة التمرينات الرياضية		
%	التكرار الواقعي	الدرجة النظرية	%	التكرار الواقعي	الدرجة النظرية		
0.0	0	26-9	71.4	20	26-9	لا اوافق	
10.7	3	32-27	25	7	32-27	لا ادري	
89.3	25	45-33	3.6	1	45-33	اوافق	
100.0	28	-	100.0	28	-	المجموع	
أعلى درجة	اقل درجة	التفرطح	الالتواء	الانحراف المعياري	الوسيط	الوسط النظري	الوسط الفعلي
35	16	-0.161	0.182	4.823	23.5	27	23.8
40	30	-1.082	-0.458	3.006	37	27	36.1

تشير بيانات الجدول (33) إلى النتائج التالية:

قبل البرنامج:

1. أن (71.4%) من عينة الدراسة غير موافقين على محور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

2. أن (25%) من عينة الدراسة لا يدرون على محور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

3. أن (3.6%) من عينة الدراسة موافقين على محور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدي البدينات (23.8) وقيمة الوسيط (23.5)، وقيمة الانحراف المعياري (4.823) وقيمة الالتواء (0.182) وقيمة التفرطح (-0.161)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

بعد البرنامج:

1. لا يوجد احد من عينة الدراسة غير موافق على محور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

2. أن (10.7%) من عينة الدراسة لا يدرون على محور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

3. أن (89.3%) من عينة الدراسة موافقين على محور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور ممارسة التمرينات الرياضية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات (36.1) وقيمة الوسيط (37)، وقيمة الانحراف المعياري (3.006) وقيمة الالتواء (-0.458) وقيمة التفرطح (-1.082)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

4- بعد العادات الغذائية:

جدول (34) الأهمية النسبية للفقرات الخاصة بمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

بعد البرنامج			قبل البرنامج			الفقرات
الترتيب	الوزن المؤي	المتوسط المرجح	الترتيب	الوزن المؤي	المتوسط المرجح	
4	90.00	4.50	7	49.20	2.46	اتبع نظاما غذائيا سليما رغم شعوري بالجوع وشهيتي الشديدة للطعام
2	92.80	4.64	3	55.60	2.78	اتجنب الطعام الذي يحتوي على النشويات مثل (الخبز-البطاطا-الارز)
3	92.00	4.60	1	67.00	3.35	امارس ضبطا لشهيتي، فأتناول الفواكه والخضروات بدل الحلويات رغم وجودها
8	43.40	2.17	6	52.80	2.64	افقد السيطرة على تناول الطعام عند مشاهدتي للتلفزيون
6	83.40	4.17	8	36.40	1.82	اراقب عدد السعرات الحرارية في طعامي
7	52.20	2.61	4	55.00	2.75	اميل للافراط في تناول الطعام عندما امر ببعض المشاكل
5	85.60	4.28	5	50.00	2.50	اتجنب تناول الاطعمة بين الوجبات الرئيسية بالرغم من حبي لها
1	95.00	4.75	2	62.00	3.10	امتنع عن تناول الدهون حفاظا علي صحتي

توضح معطيات الجدول (34) الترتيب حسب الأهمية النسبية للفقرات الخاصة بمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة، وذلك من خلال استجاباتهم على جميع الفقرات الخاصة بذلك، فتشير النتائج إلى ما يلي:

قبل البرنامج

- إن الفقرة التي تنص على أن (امارس ضبطا لشهيتي، فأتناول الفواكه والخضروات بدل الحلويات رغم وجودها) تحتل الترتيب الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اكبر وزن مؤي بنسبة (67%).

- إن الفقرة التي تنص على (أراقب عدد السعرات الحرارية في طعامي) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مثوي بنسبة (36.40%).

بعد البرنامج:

- إن الفقرة التي تنص على أن (امتنع عن تناول الدهون حفاظا علي صحتي) تحتل الترتيب الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اكبر وزن مثوي بنسبة (95%).

- إن الفقرة التي تنص على (أفقد السيطرة على تناول الطعام عند مشاهدتي للتلفزيون) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مثوي بنسبة (43.4%).

أما الجدول (34) يبين التوصيف الإحصائي الخاص بمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات من خلال دمج استجاباتهم لجميع الفقرات التي تعبر عنها.

جدول (35) التوصيف الإحصائي الخاص بمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

بعد البرنامج			قبل البرنامج			مستوى اجابة البدينات على محور العادات الغذائية	
%	التكرار الواقعي	الدرجة النظرية	%	التكرار الواقعي	الدرجة النظرية		
0.0	0	26-9	85.7	24	26-9	لا اوافق	
64.2	18	32-27	10.7	3	32-27	لا ادرى	
35.8	10	45-33	3.6	1	45-33	اوافق	
100.0	28	-	100.0	28	-	المجموع	
أعلى درجة	اقل درجة	التفرطح	الالتواء	الانحراف المعياري	الوسيط	الوسيط النظري	الوسيط الفعلي
35	14	1.174	0.785	4.740	21	27	21.42
39	27	0.085	0.542	3.074	32	27	31.75

تشير بيانات الجدول (35) إلى النتائج التالية:

قبل البرنامج:

1. أن (85.7%) من عينة الدراسة غير موافقين على محور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 2. أن (10.7%) من عينة الدراسة لا يدرون على محور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 3. أن (3.6%) من عينة الدراسة موافقين على محور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
- وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات (21.42) وقيمة الوسيط (21)، وقيمة الانحراف المعياري (4.740) وقيمة الالتواء (0.785) وقيمة التفرطح (1.174)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

بعد البرنامج:

1. لا يوجد احد من عينة الدراسة غير موافق على محور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 2. أن (64.2%) من عينة الدراسة لا يدرون على محور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 3. أن (35.8%) من عينة الدراسة موافقين على محور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
- وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور العادات الغذائية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات (31.75) وقيمة الوسيط (32)، وقيمة الانحراف المعياري (3.074) وقيمة الالتواء (0.542) وقيمة التفرطح (0.085)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

بعد عادات النوم:

جدول (36) الأهمية النسبية للفقرات الخاصة بمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

بعد البرنامج			قبل البرنامج			الفقرات
الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح	الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح	
2	82.80	4.14	5	52.00	2.60	اواظب على النوم في مواعده حفاظا على صحتي
1	83.40	4.17	1	68.40	3.42	انام عددا كافيا من الساعات
3	82.00	4.10	2	57.80	2.89	انام خلال دقائق عندما اذهب للفراش
5	40.60	2.03	7	45.00	2.25	اعاني كثيرا من الكوابيس والاحلام المزعجة
6	35.00	1.75	3	54.20	2.71	نومي مضطرب ومتقطع
4	47.80	2.39	4	52.80	2.64	اميل الى النوم كثيرا
7	34.8	1.74	6	51.40	2.57	افزع من النوم كثيرا

توضح معطيات الجدول (36) الترتيب حسب الأهمية النسبية للفقرات الخاصة بمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة، وذلك من خلال استجاباتهم على جميع الفقرات الخاصة بذلك، فتشير النتائج إلى ما يلي:

قبل البرنامج:

- إن الفقرة التي تنص على أن (انام عددا كافيا من الساعات) تحتل الترتيب الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على أكبر وزن مئوي بنسبة (68.4%).
- إن الفقرة التي تنص على (اعاني كثيرا من الكوابيس والاحلام المزعجة) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي

لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مئوي بنسبة (45%).

بعد البرنامج:

• إن الفقرة التي تنص على أن (انام عددا كافيا من الساعات) تحتل الترتيب الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اكبر وزن مئوي بنسبة (83.4%).

• إن الفقرة التي تنص على (افزع من النوم كثيرا) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مئوي بنسبة (34.8%). أما الجدول (36) يبين التوصيف الإحصائي الخاص بمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات من خلال دمج استجاباتهم لجميع الفقرات التي تعبر عنها.

جدول (37) التوصيف الإحصائي الخاص بمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

بعد البرنامج			قبل البرنامج			مستوى اجابة البدينات على محور عادات النوم	
الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح	الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح		
92.8	26	26-9	100	28	26-9	لا اوافق	
7.2	2	32-27	0.0	0	32-27	لا ادري	
0.0	0	45-33	0.0	0	45-33	اوافق	
100.0	28	-	100.0	28	-	المجموع	
أعلى درجة	اقل درجة	التفرطح	الالتواء	الانحراف المعياري	الوسيط	الوسط النظري	الوسط الفعلي
26	10	-0.186	-0.017	3.852	18.5	27	19.10
27	15	-0.625	0.383	3.257	20	27	20.35

تشير بيانات الجدول (37) إلى النتائج التالية:

قبل البرنامج:

1. أن (100%) من عينة الدراسة غير موافقين على محور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 2. لا يوجد احد من عينة الدراسة لا يدري على محور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 3. لا يوجد احد من عينة الدراسة موافق على محور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
- وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات (19.10) وقيمة الوسيط (18.5)، وقيمة الانحراف المعياري (3.852) وقيمة الالتواء (-0.017) وقيمة التفرطح (-0.186)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

بعد البرنامج:

1. أن (92.8%) من عينة الدراسة غير موافقين على محور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 2. أن (7.2%) من عينة الدراسة لا يدرون على محور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 3. لا يوجد احد من عينة الدراسة موافق على محور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
- وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور عادات النوم لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات (20.35) وقيمة الوسيط (20)، وقيمة الانحراف المعياري (3.257) وقيمة الالتواء (0.383) وقيمة التفرطح (-0.625)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

بعد سلوكيات الوقاية الصحية:

جدول (38) الأهمية النسبية للفقرات الخاصة بمحور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج

ارشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

بعد البرنامج			قبل البرنامج			الفقرات
الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح	الترتيب	الوزن المئوي	المتوسط المرجح	
2	90.60	4.53	4	71.40	3.57	ممارسة الأنشطة البدنية من ابرز اولويات حياتي
5	87.80	4.39	6	62.80	3.14	استخدم السلم بدلاً من المصعد الكهربائي
9	77.00	3.85	8	55.60	2.78	اواظب على الاستشارات الصحية مهما كثرت مشاغلي
4	88.40	4.42	7	62.00	3.10	أمشي 30 دقيقة يومياً على الأقل
8	82.00	4.10	5	70.60	3.53	احرص على عدم الجلوس لفترات طويلة
6	85.60	4.28	3	72.80	3.64	اخطط دوماً للعناية بصحتي النفسية والبدنية
7	85.40	4.27	9	47.80	2.39	ازن نفسي باستمرار
3	89.20	4.46	2	79.20	3.96	انتبه جيداً عند ظهور اي اعراض مرضية
1	94.20	4.71	1	85.60	4.28	اجتهد لانقاص وزني لكي تتحسن صحتي

توضح معطيات الجدول (38) الترتيب حسب الأهمية النسبية للفقرات الخاصة بمحور

سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدي

البدينات محل الدراسة، وذلك من خلال استجاباتهم على جميع الفقرات الخاصة بذلك، فتشير

النتائج إلى ما يلي:

قبل البرنامج:

• إن الفقرة التي تنص على أن (اجتهد لانقاص وزني لكي تتحسن صحتي) تحتل الترتيب

الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية

برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها

على اكبر وزن مئوي بنسبة (85.6%).

- إن الفقرة التي تنص على (ازن نفسي باستمرار) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مؤوي بنسبة (47.8%).

بعد البرنامج:

- إن الفقرة التي تنص على أن (اجتهد لانقاص وزني لكي تتحسن صحتي) تحتل الترتيب الأول من بين الفقرات الخاصة بمحور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اكبر وزن مؤوي بنسبة (94.2%).
- إن الفقرة التي تنص على (واظب على الاستشارات الصحية مهما كثرت مشاغلي) تحتل الترتيب الأخير من بين الفقرات الخاصة بمحور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات محل الدراسة وذلك لحصولها على اقل وزن مؤوي بنسبة (77%).

أما الجدول (39) يبين التوصيف الإحصائي الخاص بمحور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات من خلال دمج استجاباتهم لجميع الفقرات التي تعبر عنها.

جدول (39) التوصيف الإحصائي الخاص بمحور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات

بعد البرنامج			قبل البرنامج			مستوى اجابة البدينات على محور سلوكيات الوقاية الصحية	
%	التكرار الواقعي	الدرجة النظرية	%	التكرار الواقعي	الدرجة النظرية		
7.2	2	26-9	25	7	26-9	لا اوافق	
3.6	1	32-27	46.5	13	32-27	لا ادري	
89.2	25	45-33	28.5	8	45-33	اوافق	
100.0	28	--	100.0	28	--	المجموع	
أعلى درجة	اقل درجة	التفرطح	الالتواء	الانحراف المعياري	الوسيط	الوسيط النظري	الوسيط الفعلي
42	20	-0.044	0.332	5.776	30.5	27	30.42
45	23	2.192	-1.548	5.669	40.5	27	39.07

تشير بيانات الجدول (39) إلى النتائج التالية:

قبل البرنامج:

1. أن (25%) من عينة الدراسة غير موافقين على محور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 2. أن (46.5%) من عينة الدراسة لا يدرون على محور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 3. أن (28.5%) من عينة الدراسة موافقين على محور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
- وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدي البدنيات (30.42) وقيمة الوسيط (30.5)، وقيمة الانحراف المعياري (5.776) وقيمة الالتواء (0.332) وقيمة التفرطح (-0.044)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

بعد البرنامج:

1. أن (7.2%) من عينة الدراسة غير موافقين على محور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 2. أن (3.6%) من عينة الدراسة لا يدرون على محور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
 3. أن (89.2%) من عينة الدراسة موافقين على محور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.
- وباستخدام مقاييس النزعة المركزية والتشتت تبين أن قيمة المتوسط الحسابي لمحور سلوكيات الوقاية الصحية لقياس درجة فاعلية برنامج ارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات (39.07) وقيمة الوسيط (40.5)، وقيمة الانحراف المعياري (5.669) وقيمة الالتواء (-1.548) وقيمة التفرطح (2.192)، مما يدل على أن بيانات عينة الدراسة تخضع للتوزيع الطبيعي وتعطي نتائج دقيقة.

ثانياً: الوصف الإحصائي لمقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده:

1. المجموعة الضابطة

جدول (40) الوصف الإحصائي لمقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في المجموعة الضابطة

معامل الالتواء	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المقاييس الإحصائية	
			مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده	
-0.329	4.181	36.82	البعد الاجتماعي	الاختبار القبلي
-0.585	4.158	29.46	البعد الوجداني	
-0.130	4.740	31.89	بعد ممارسة التمرينات الرياضية	
-0.302	5.790	26.14	بعد العادات الغذائية	
0.245	5.188	20.96	بعد عادات النوم	
-0.487	6.994	33.46	بعد سلوكيات الوقاية الصحية	
0.643	19.736	178.75	مقياس الكفاءة الذاتية	
-0.284	4.331	36.89	البعد الاجتماعي	الاختبار البعدي
-0.518	4.331	29.60	البعد الوجداني	
-0.288	5.235	31.82	بعد ممارسة التمرينات الرياضية	
-0.494	6.249	26.64	بعد العادات الغذائية	
0.044	5.064	21.35	بعد عادات النوم	
-0.500	7.473	33.67	بعد سلوكيات الوقاية الصحية	
0.245	21.837	180.00	مقياس الكفاءة الذاتية	

يتضح من بيانات الجدول (40) ما يلي:

1. بالنسبة للاختبار القبلي:

أن المتوسط الحسابي للبعد الاجتماعي لعينة الدراسة (36.82) وبانحراف معياري (4.181)، بينما المتوسط الحسابي للبعد الوجداني لعينة الدراسة (29.46) وبانحراف معياري (4.158)، كما أن المتوسط الحسابي لبعد ممارسة التمرينات الرياضية لعينة الدراسة (31.89) وبانحراف معياري (4.740)، وان المتوسط الحسابي لبعد العادات الغذائية لعينة الدراسة (26.14) وبانحراف معياري (5.790)، اما المتوسط الحسابي لبعد عادات النوم لعينة الدراسة (20.96) وبانحراف معياري (5.188)، وأخيرا المتوسط الحسابي لبعد سلوكيات الوقاية

الصحية لعينة الدراسة (33.46) وبانحراف معياري (6.994)، بينما المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية لعينة الدراسة (178.75) وبانحراف معياري (19.736)، وان قيمة معامل الالتواء لهذا المقياس وأبعاده للاختبار القبلي اقل من (± 3)، مما يدل على تجانس بيانات هذا المقياس وأبعاده لأفراد عينة الدراسة.

2. بالنسبة للاختبار البعدي:

أن المتوسط الحسابي للبعد الاجتماعي لعينة الدراسة (36.89) وبانحراف معياري (4.331)، بينما المتوسط الحسابي للبعد الوجداني لعينة الدراسة (29.60) وبانحراف معياري (4.331)، كما أن المتوسط الحسابي لبعده ممارسة التمرينات الرياضية لعينة الدراسة (31.82) وبانحراف معياري (5.235)، وان المتوسط الحسابي لبعده العادات الغذائية لعينة الدراسة (26.64) وبانحراف معياري (6.249)، اما المتوسط الحسابي لبعده عادات النوم لعينة الدراسة (21.35) وبانحراف معياري (5.064)، وأخيرا المتوسط الحسابي لبعده سلوكيات الوقاية الصحية لعينة الدراسة (33.67) وبانحراف معياري (7.473)، بينما المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية لعينة الدراسة (180.00) وبانحراف معياري (21.837)، وان قيمة معامل الالتواء لهذا المقياس وأبعاده للاختبار البعدي اقل من (± 3)، مما يدل على تجانس بيانات هذا المقياس وأبعاده لأفراد عينة الدراسة.

المجموعة التجريبية:

جدول (41) الوصف الإحصائي لمقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في المجموعة التجريبية

معامل الالتواء	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المقاييس الإحصائية	
			مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده	
.190	3.823	36.78	البعد الاجتماعي	الاختبار القبلي
.163	3.881	31.10	البعد الوجداني	
.182	4.823	23.82	بعده ممارسة التمرينات الرياضية	
.785	4.740	21.42	بعده العادات الغذائية	
-.017	3.852	19.10	بعده عادات النوم	
.332	5.776	30.42	بعده سلوكيات الوقاية الصحية	
1.171	14.777	162.67	مقياس الكفاءة الذاتية	

معامل الالتواء	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المقاييس الإحصائية	
			مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده	
-0.816	3.872	38.57	البعد الاجتماعي	اثاء البرنامج
0.045	4.521	30.67	البعد الوجداني	
-0.572	4.341	33.50	بعد ممارسة التمرينات الرياضية	
0.375	4.374	28.39	بعد العادات الغذائية	
0.235	3.197	20.17	بعد عادات النوم	
-0.870	7.156	36.03	بعد سلوكيات الوقاية الصحية	
-0.297	17.402	187.35	مقياس الكفاءة الذاتية	
-0.999	3.713	40.64	البعد الاجتماعي	الاختبار البعدي
-0.525	3.763	33.35	البعد الوجداني	
-0.458	3.006	36.17	بعد ممارسة التمرينات الرياضية	
0.542	3.074	31.75	بعد العادات الغذائية	
0.383	3.257	20.35	بعد عادات النوم	
-1.548	5.669	39.07	بعد سلوكيات الوقاية الصحية	
-0.842	17.427	201.35	مقياس الكفاءة الذاتية	
-0.430	3.589	39.07	البعد الاجتماعي	الاختبار التتبعي
-0.627	3.237	33.03	البعد الوجداني	
-0.132	3.685	34.60	بعد ممارسة التمرينات الرياضية	
-0.794	2.610	31.00	بعد العادات الغذائية	
-0.213	3.262	20.14	بعد عادات النوم	
-1.559	5.469	38.71	بعد سلوكيات الوقاية الصحية	
-0.767	15.751	196.57	مقياس الكفاءة الذاتية	

يتضح من بيانات الجدول (41) ما يلي:

1. بالنسبة للاختبار القبلي:

أن المتوسط الحسابي للبعد الاجتماعي لعينة الدراسة (36.78) وانحراف معياري (3.823)، بينما المتوسط الحسابي للبعد الوجداني لعينة الدراسة (31.10) وانحراف معياري

(3.881)، كما أن المتوسط الحسابي لبعده ممارسة التمرينات الرياضية لعينة الدراسة (23.82) وبانحراف معياري (4.823)، وان المتوسط الحسابي لبعده العادات الغذائية لعينة الدراسة (21.42) وبانحراف معياري (4.740)، اما المتوسط الحسابي لبعده عادات النوم لعينة الدراسة (19.10) وبانحراف معياري (3.852)، وأخيرا المتوسط الحسابي لبعده سلوكيات الوقاية الصحية لعينة الدراسة (30.42) وبانحراف معياري (5.776)، بينما المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية لعينة الدراسة (162.67) وبانحراف معياري (14.777)، وان قيمة معامل الالتواء لهذا المقياس وأبعاده للاختبار القبلي اقل من (± 3)، مما يدل على تجانس بيانات هذا المقياس وأبعاده لأفراد عينة الدراسة.

2. بالنسبة للاختبار اثناء البرنامج:

أن المتوسط الحسابي للبعد الاجتماعي لعينة الدراسة (38.57) وبانحراف معياري (3.872)، بينما المتوسط الحسابي للبعد الوجداني لعينة الدراسة (30.67) وبانحراف معياري (4.521)، كما أن المتوسط الحسابي لبعده ممارسة التمرينات الرياضية لعينة الدراسة (33.50) وبانحراف معياري (4.341)، وان المتوسط الحسابي لبعده العادات الغذائية لعينة الدراسة (28.39) وبانحراف معياري (4.374)، اما المتوسط الحسابي لبعده عادات النوم لعينة الدراسة (20.17) وبانحراف معياري (3.197)، وأخيرا المتوسط الحسابي لبعده سلوكيات الوقاية الصحية لعينة الدراسة (36.03) وبانحراف معياري (7.156)، بينما المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية لعينة الدراسة (187.35) وبانحراف معياري (17.402)، وان قيمة معامل الالتواء لهذا المقياس وأبعاده للاختبار البعدي اقل من (± 3)، مما يدل على تجانس بيانات هذا المقياس وأبعاده لأفراد عينة الدراسة.

3. بالنسبة للاختبار البعدي:

أن المتوسط الحسابي للبعد الاجتماعي لعينة الدراسة (40.64) وبانحراف معياري (3.713)، بينما المتوسط الحسابي للبعد الوجداني لعينة الدراسة (33.35) وبانحراف معياري (3.763)، كما أن المتوسط الحسابي لبعده ممارسة التمرينات الرياضية لعينة الدراسة (36.17) وبانحراف معياري (3.006)، وان المتوسط الحسابي لبعده العادات الغذائية لعينة الدراسة (31.75) وبانحراف معياري (3.074)، اما المتوسط الحسابي لبعده عادات النوم لعينة الدراسة

(20.35) وبانحراف معياري (3.257)، وأخيرا المتوسط الحسابي لبعد سلوكيات الوقاية الصحية لعينة الدراسة (39.07) وبانحراف معياري (5.669)، بينما المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية لعينة الدراسة (201.35) وبانحراف معياري (17.427)، وان قيمة معامل الالتواء لهذا المقياس وأبعاده للاختبار البعدي اقل من (± 3)، مما يدل على تجانس بيانات هذا المقياس وأبعاده لأفراد عينة الدراسة.

4. بالنسبة للاختبار التتبعي:

أن المتوسط الحسابي للبعد الاجتماعي لعينة الدراسة (39.07) وبانحراف معياري (3.589)، بينما المتوسط الحسابي للبعد الوجداني لعينة الدراسة (33.03) وبانحراف معياري (3.237)، كما أن المتوسط الحسابي لبعد ممارسة التمرينات الرياضية لعينة الدراسة (34.60) وبانحراف معياري (3.685)، وان المتوسط الحسابي لبعد العادات الغذائية لعينة الدراسة (31.00) وبانحراف معياري (2.610)، اما المتوسط الحسابي لبعد عادات النوم لعينة الدراسة (20.14) وبانحراف معياري (3.262)، وأخيرا المتوسط الحسابي لبعد سلوكيات الوقاية الصحية لعينة الدراسة (38.71) وبانحراف معياري (5.469)، بينما المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية لعينة الدراسة (196.57) وبانحراف معياري (15.751)، وان قيمة معامل الالتواء لهذا المقياس وأبعاده للاختبار التتبعي اقل من (± 3)، مما يدل على تجانس بيانات هذا المقياس وأبعاده لأفراد عينة الدراسة.

ثالثاً: تحليل فرضيات الدراسة:

اختبار الفرضية الأولى:

ولدراسة واختبار هذه الفرضية والتي تنص على " توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار القبلي والاختبار البعدي "، فقد تم استخدام اختبار t لعينتين مرتبطتين (اختبار قبل - بعد) **T-test Paired-Samples** فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي.

جدول (42) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة

الذاتية في الاختبار القبلي والاختبار البعدي

المقياس وابعاده	الاختبار	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	القبلي	28	36.82	4.181	-0.441	0.663
	البعدي	28	36.89	4.331		
البعد الوجداني	القبلي	28	29.46	4.158	0.402	0.691
	البعدي	28	29.60	4.331		
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	القبلي	28	31.89	4.740	0.179	0.859
	البعدي	28	31.82	5.235		
بعد العادات الغذائية	القبلي	28	26.14	5.790	-1.547	0.134
	البعدي	28	26.64	6.249		
بعد عادات النوم	القبلي	28	20.96	5.188	-1.694	0.102
	البعدي	28	21.35	5.064		
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	القبلي	28	33.46	6.994	-0.500	0.621
	البعدي	28	33.67	7.473		
مقياس الكفاءة الذاتية	القبلي	28	178.75	19.736	-0.897	0.378
	البعدي	28	180.00	21.837		

يتضح من نتائج الجدول (42) أنه لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار القبلي والاختبار البعدي) لمقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على عدم وجود فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار القبلي والاختبار البعدي.

بينت النتائج بأنه لم يطرأ أي تغير ذي دلالة إحصائية على نتائج المجموعة الضابطة، وهذا أمر طبيعي أنه لا يحدث أي تغيير في هذه المجموعة، ويرجع ذلك لعدم مشاركتها في البرنامج الإرشادي، حيث ظلت الكفاءة الذاتية في نفس المستوى واتضح ذلك من خلال درجاتهم على مقياس الكفاءة الذاتية في القياس البعدي أي لا فروق جوهرية بينها وبين درجات القياس القبلي وفي ضوء ذلك لم ترتفع كفاءتهم الذاتية لأن ذلك يتطلب ضرورة استخدام أساليب وجلسات تهدف إلى تنميتها، خاصة وأن هذه المراكز لا تقدم برامج إرشادية لتحسين الكفاءة الذاتية لدى

البداء حيث تقدم برنامجاً رياضي فقط دون الالتفات إلى النواحي النفسية والاجتماعية والصحية، وتقديم النصائح الغذائية وبالتالي يبقى حال مرضى البدانة كما هو. ولم يقع تحت يد الباحثة دراسات حول الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة لتؤيد أو تعارض هذه النتيجة.

اختبار الفرضية الثانية:

ولدراسة واختبار هذه الفرضية والتي تنص علي " توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في كلا من الاختبارات التالية (القبلي- اثناء البرنامج - البعدي - التتبعي) "، فقد تم استخدام اختبار **t** لعينتين مرتبطتين (اختبار قبل - بعد) **T-test Paired-Samples** فأظهرت نتيجة التحليل الجداول التالية.

1. الاختبار (القبلي - اثناء البرنامج)

جدول (43) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة

الذاتية في الاختبار القبلي واختبار اثناء البرنامج

المقياس وابعاده	الاختبار	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	القبلي	28	36.78	3.823	-2.382	0.025
	اثناء البرنامج	28	38.57	3.872		
البعد الوجداني	القبلي	28	31.01	3.881	0.473	0.640
	اثناء البرنامج	28	30.67	4.521		
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	القبلي	28	23.82	4.823	-8.633	0.000
	اثناء البرنامج	28	33.50	4.341		
بعد العادات الغذائية	القبلي	28	21.42	4.740	-5.969	0.000
	اثناء البرنامج	28	28.39	4.374		
بعد عادات النوم	القبلي	28	19.10	3.852	-1.553	0.132
	اثناء البرنامج	28	20.17	3.197		
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	القبلي	28	30.42	5.776	-3.529	0.002
	اثناء البرنامج	28	36.03	7.156		
مقياس الكفاءة الذاتية	القبلي	28	162.67	14.777	-6.698	0.000
	اثناء البرنامج	28	187.35	17.402		

يتضح من نتائج الجدول (43) أنه توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار القبلي والاختبار اثناء البرنامج) لمقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أصغر من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ ، وذلك لصالح متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار اثناء البرنامج مما يدل على فاعلية البرنامج الارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات اثناء تطبيق البرنامج، باستثناء (البعد الوجداني - بعد عادات النوم) لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار القبلي والاختبار اثناء البرنامج)، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha =0.05$ ، مما يدل على عدم وجود فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية لهذين البعدين في الاختبار القبلي والاختبار اثناء البرنامج.

وتؤكد هذه النتيجة فاعلية البرنامج في تحقيق الغرض الذي وضع لأجله في تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية، حيث تدل هذه النتيجة على التغيير الواضح في نتائج المجموعة التجريبية قبل البرنامج وأثناءه أي في منتصف البرنامج وهذا ما لاحظته الباحثة بالفعل من تحسن في سلوكيات أفراد المجموعة بعد الجلسة الأولى والثانية حيث اتضحت فاعليتهم ودافعيتهم والتزامهم بحضور الجلسات في موعدها المحدد، والعمل الجماعي والتفاعل الإيجابي وازدادت ثقتهم بأنفسهم وتبنى لغة الحوار والمناقشة المهذبة والاستماع والإنصات الواعي.

ويمكن تفسير عدم فاعلية البرنامج في تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية على البعد (الوجداني وعادات النوم) نتيجة منطقية، ربما ترجع إلى أن هذه الأبعاد قد تحتاج إلى وقت أطول من التدريب ولا يمكن تنميتها خلال الجلسات الأولى من البرنامج . ونظراً لعدم وجود دراسات مسبقة تهدف أساساً إلى التعرف على الفروق بين القياس القبلي وأثناء البرنامج فقد كان من المتعذر تأييد هذه النتيجة أو دحضها بدراسات أخرى.

الاختبار (القبلي - البعدي):

جدول (44) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة

الذاتية في الاختبار القبلي والاختبار البعدي

المقياس وابعاده	الاختبار	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	القبلي	28	36.78	3.823	-4.289	0.000
	البعدي	28	40.64	3.713		
البعد الوجداني	القبلي	28	31.10	3.881	-2.527	0.018
	البعدي	28	33.35	3.763		
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	القبلي	28	23.82	4.823	-11.790	0.000
	البعدي	28	36.17	3.006		
بعد العادات الغذائية	القبلي	28	21.42	4.740	-10.045	0.000
	البعدي	28	31.75	3.074		
بعد عادات النوم	القبلي	28	19.10	3.852	-1.793	0.084
	البعدي	28	20.35	3.257		
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	القبلي	28	30.24	5.776	-6.305	0.000
	البعدي	28	39.07	5.669		
مقياس الكفاءة الذاتية	القبلي	28	162.67	14.777	-10.364	0.000
	البعدي	28	201.35	17.427		

يتضح من نتائج الجدول السابق أنه توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار القبلي والاختبار البعدي) لمقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أصغر من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ ، وذلك لصالح متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات، باستثناء (بعد عادات النوم) فإن الفروق لم تكن ذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار القبلي والاختبار البعدي)، حيث كانت قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ ، مما

يدل على عدم وجود فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية لهذا البعد في الاختبار القبلي والاختبار البعدي.

تدل هذه النتيجة على فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي وتأثر أفراد المجموعة التجريبية بالمعلومات والفعاليات والأنشطة والنماذج والأساليب التي تضمنها البرنامج، حيث كان لها أثر فاعل في تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات، والحوار المتبادل والتعزيز الإيجابي وإبراز الجانب الإيجابي في شخصياتهن وعدم التركيز على السلبيات أثر إيجابياً في نفوسهن والعمل على بناء جسور التواصل معهن وتشجيعهن على التفاعل الاجتماعي وضبط الذات وإدارة الانفعالات، ومشاركتهن الوجدانية لانفعالات الآخرين، ومساعدتهن على حل المشكلات واكتساب مهارات حسن التخاطب والإنصات والانتباه، وتشجيعهن على السلوك الاجتماعي المقبول والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية والرياضية وأنشطة الحياة المختلفة وحضور المناسبات ونبذ السلوك الإنسحابي وهذا ما اهتم به البرنامج من خلال المحاضرات والمناقشات وملاحظة النماذج ولعب الدور والواجبات المنزلية. وهذا ما ذكرته العديد من البدينات أن التحسن لديهن قد لاحظته الآخرون الذين يتعاملون معهن بشكل يومي سواء في المنزل أو العمل وعبروا لهن عن التغييرات الإيجابية الحاصلة لهن وهذا ما لاحظته الباحثة أيضاً، ويبدو أن للبرنامج دوراً واضحاً في تعديل نمط الحياة عن طريق المحاضرات والمناقشات الجماعية حول توضيح العلاقة بين الغذاء والنشاط البدني والبدانة، حيث استخدمت فنيات التعديل السلوكي وتعديل طرق التفكير والمعتقدات الخاطئة باستخدام فنيات معرفية تزيد لديهن القدرة على تعديل السلوكيات اليومية من حيث ضبط سلوك التغذية ومواجهة الرغبة الملحة للطعام، وزيادة النشاط البدني من كثرة المشي بدلا من استخدام وسائل المواصلات وعدم الجلوس امام التلفزيون لفترة طويلة، إضافة إلى زيادة كفاءتهن على مواجهة العقبات بشأن انقاص الوزن ووضع الحلول والبدائل الفعالة، وهذا ما اهتم به البرنامج من خلال التدريب على مهارة حل المشكلات.

وكذلك اكسابهن المعلومات المعرفية للتخلص من الوزن الزائد وكيفية المحافظة على هذا النقص وتصحيح الأفكار الخاطئة حول وزن الجسم وشكله وأهداف الوزن والمراقبة الذاتية لأوزانهن، حيث تم تقديم نماذج وشرائط تحتوي على أفراد ثم نقص وزنهم، مما أدى إلى أن

البدينات أصبحن يهتمن بمظهرهن وهذا ما لمستهُ الباحثة بالفعل من تقبل البدينات لأجسامهن مما جعلهن يشعرن شعوراً إيجابياً بالقدرة على المشاركة في الأنشطة الرياضية.

وتتيح المناقشة الجماعية الفرصة لتعبير البدينات عن آراءهن والاستفسار عن كثير من الامور التي ينقصهن الجانب المعرفي فيها، حيث أقيمت محاضرات تليها مناقشات تهدف إلى تغيير الاتجاهات والافكار الخاطئة. إضافة الى التدريب على الحديث الذاتي الايجابي وحل المشكلات الذي يؤدي إلى نتائج حسنة في تغيير الافكار والاتجاهات نحو أنفسهن والآخرين ونحو مشكلاتهن ونمط حياتهن. كما ساهمت الواجبات المنزلية التي كنت أكلفهن بها عن موضوع كل جلسة في تثبيت ما تعلمنه من معلومات وما اكتسبته وتدريب عليه من مهارات اجتماعية ووجدانية وصحية في الجلسات والتعزيز للسلوكيات الايجابية. واتفقت نتيجة هذا الفرض مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة كل من: ريتشمان وآخرون (2001, Richman.et.a)، دراسة وولف (Wolf.et.al, 2001) دراسة ويسوتسكي وآخرون (Wisotsky. et. al, 2003)، دراسة وامستكر وآخرون (Wamsteker et.al , 2005)، دراسة أنيسي (Annesi,2007) ليوباي وآخرون (leobal, 2011 .et.al)، دراسة ماريام وآخرون (Marryam. et. al, 2013) والتي توصلت إلى فاعلية البرامج المعرفيه السلوكيه في تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

أما فيما يتعلق ببعدها (عادات النوم) فلم يظهر للبرنامج أثر ايجابي في تغييرها، ويمكن عزو هذه النتيجة إلى بعض العوامل البيئية والاجتماعية حيث قد يكون من الأسباب على سبيل المثال لا الحصر الفصل الذي أجريت فيه الدراسة كان في نهاية فصل الربيع وبداية فصل الصيف والذي يتميز بطول فترة النهار وقصر الليل الأمر الذي يؤثر سلباً في تغيير عادات النوم، إضافة لأن في هذا الفصل تكثر المناسبات الاجتماعية التي يصعب معها تغيير عادات النوم وتحسين جودته، إضافة على ذلك أن عينة الدراسة كانت من سكان حاضرة المدينة وأثر سخب المدينة وطبيعة الحياة فيها على عادات النوم، وقد تعود هذه النتيجة أيضاً إلى العوامل الاجتماعية مثل الالتزامات الأسرية والاجتماعية الملقاه على عاتق المرأة لها دور كبير في عدم تحسن عادات النوم، وقد ترجع هذه النتيجة أيضاً إلى عوامل فسيولوجية ولاضطرابات النوم، مثل توقف التنفس أثناء النوم أو التغفيق وتتمل الاطراف... وغيرها.

3. الاختبار (القبلي - التتبعي):

جدول (45) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة

الذاتية في الاختبار القبلي والاختبار التتبعي

المقياس وابعاده	الاختبار	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	القبلي	28	36.78	3.823	-3.493	0.002
	التتبعي	28	39.07	3.589		
البعد الوجداني	القبلي	28	31.10	3.881	-2.552	0.017
	التتبعي	28	33.03	3.237		
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	القبلي	28	23.82	4.823	-10.216	0.000
	التتبعي	28	34.60	3.685		
بعد العادات الغذائية	القبلي	28	21.42	4.740	-10.086	0.000
	التتبعي	28	31.00	2.610		
بعد عادات النوم	القبلي	28	19.10	3.852	-1.252	0.221
	التتبعي	28	20.14	3.262		
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	القبلي	28	30.42	5.776	-7.213	0.000
	التتبعي	28	38.71	5.469		
مقياس الكفاءة الذاتية	القبلي	28	162.67	14.777	-10.621	0.000
	التتبعي	28	196.57	15.751		

يتضح من نتائج الجدول (45) أنه توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار القبلي والاختبار التتبعي) لمقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أصغر من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ ، وذلك لصالح متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار التتبعي مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات بعد تطبيق البرنامج بفترة، باستثناء (بعد عادات النوم) لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار القبلي والاختبار التتبعي)، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر

من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على عدم وجود فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية لهذا البعد في الاختبار القبلي والاختبار التتبعي.

إن هذا الفرق عائد إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي وكفاءته في اكساب المجموعة التجريبية الفنيات المعرفية والسلوكية، التي ساعدتها على تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية وفعاليتها في استمرار تأثيره حتى بعد انتهاء البرنامج بفترة زمنية. حيث تبث أن لهذا البرنامج فعالية في تعديل الأفكار والمعتقدات المرتبطة بوزن الجسم وشكله واهداف الوزن، بالإضافة على تعديل السلوكيات الخاصة بالأكل والنشاط البدني، من خلال مساعدتهن على تبني إستراتيجيات سلوكية ومعرفية ملائمة تيسر الإلتزام بنظام غذائي ورياضي على المدى الطويل. ولم يقع تحت يدي دراسات حول الفروق في القياسين القبلي والتتبعي للمجموعة التجريبية لتؤيد أو تعارض هذه النتيجة.

1. الاختبار (اثناء البرنامج - البعدي):

جدول (46) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة

الذاتية في الاختبار اثناء البرنامج والاختبار البعدي

المقياس وبعاده	الاختبار	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	اثناء البرنامج	28	38.57	3.872	-3.099	0.005
	البعدي	28	40.64	3.713		
البعد الوجداني	اثناء البرنامج	28	30.67	4.521	-4.369	0.000
	البعدي	28	33.35	3.763		
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	اثناء البرنامج	28	33.50	4.341	-4.129	0.000
	البعدي	28	36.17	3.006		
بعد العادات الغذائية	اثناء البرنامج	28	28.39	4.374	-3.603	0.001
	البعدي	28	31.75	3.074		
بعد عادات النوم	اثناء البرنامج	28	20.17	3.197	-0.299	0.767
	البعدي	28	20.35	3.257		
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	اثناء البرنامج	28	36.03	7.156	-2.899	0.007
	البعدي	28	39.07	5.669		
مقياس الكفاءة الذاتية	اثناء البرنامج	28	187.35	17.402	-5.745	0.000
	البعدي	28	201.35	17.427		

يتضح من نتائج الجدول السابق والتي تبين وجود فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار اثناء البرنامج والاختبار البعدي) لمقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أصغر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ ، وذلك لصالح متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات بعد تطبيق البرنامج، باستثناء (بعد عادات النوم) تبين عدم وجود فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار اثناء البرنامج والاختبار البعدي)، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$.

هذا يدل على فاعلية المعالجة التجريبية وتأثر أفراد المجموعة التجريبية بالأساليب والفنيات المستخدمة فيها، حيث تعلمت البدنيات العديد من المهارات والسلوكيات ما ساعدهن على تحسن كفاءتهن الذاتية بعد تطبيق البرنامج مقارنة بأثناء تطبيقه، لأنها تكونت نتيجة لإقتناعهن بها ورغبتهن في تغيير نمط حياتهن حيث تبين أن حجم الأثر كان كبيراً مما يقدم دليلاً أقوى على مدى فاعلية البرنامج الإرشادي موضوع الدراسة في تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية. كما تدل هذه النتيجة على الرغبة الصادقة للبدنيات في المشاركة الفعالة في الجلسات الإرشادية فالرغبة والإقبال أمر ضروري لنجاح العملية الإرشادية. ولم تتوفر دراسات سابقة تهدف إلى معرفة الفروق بين القياسين أثناء البرنامج والبعدي للمجموعة التجريبية فقد كان من المتعذر تأييد النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة أو دحضها بدراسات أخرى.

الاختبار (اثناء البرنامج - التتبعي)

جدول (47) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة

الذاتية في الاختبار اثناء البرنامج والاختبار التتبعي

المقياس وابعاده	الاختبار	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	اثناء البرنامج	28	38.57	3.872	-0.878	0.388
	التتبعي	28	39.07	3.589		
البعد الوجداني	اثناء البرنامج	28	30.67	4.521	-3.870	0.001
	التتبعي	28	33.03	3.237		

المقياس وابعاده	الاختبار	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	اثناء البرنامج	28	33.50	4.341	-1.659	0.109
	التتبعي	28	34.60	3.685		
بعد العادات الغذائية	اثناء البرنامج	28	28.39	4.374	-3.106	0.004
	التتبعي	28	31.00	2.610		
بعد عادات النوم	اثناء البرنامج	28	20.17	3.197	0.063	0.950
	التتبعي	28	20.14	3.262		
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	اثناء البرنامج	28	36.03	7.156	-2.455	0.021
	التتبعي	28	38.71	5.469		
مقياس الكفاءة الذاتية	اثناء البرنامج	28	187.35	17.402	-4.035	0.000
	التتبعي	28	196.57	15.751		

يتضح من نتائج الجدول السابق والتي تبين وجود فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار اثناء البرنامج والاختبار التتبعي) لمقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده، وذلك نظرا لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أصغر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ ، وذلك لصالح متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار التتبعي مما يدل علي فاعلية البرنامج الارشادي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدي البدينات بعد تطبيق البرنامج بفترة، باستثناء (البعد الاجتماعي - بعد ممارسة التمرينات الرياضية - بعد عادات النوم) تبين عدم وجود فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار اثناء البرنامج والاختبار التتبعي)، وذلك نظرا لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$.

إن التحسن المستمر لدى البدينات إلى ما بعد فترة المتابعة يدل على وعيهم بأهمية وجدوى البرنامج الإرشادي، واتباع التعليمات بدقة وإهتمامهم أملا في تحقيق الفوائد المرجوة منه، وإن شعورهم بالتغير والتحسن أسهم في تمسكهم بالمكاسب الإرشادية التي حققوها من خلال البرنامج المعرفي السلوكي، وتوظيف ما تعلموه في حياتهم بشكل مستمر. حيث تم التركيز على أسلوب منع الانتكاسة، والتوصية في الجلسة الختامية بضرورة الإستمرار في تطبيق النشاطات وتقنيات البرنامج في الحياة اليومية بل ونقلها إلى المرضى الآخرين.

وكذلك تبين نتيجة هذه الفرضية أن الفنيات والإجراءات التي تم استخدامها في كل جلسة من جلسات البرنامج الإرشادي وترتيب الجلسات كان مناسباً لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية بشكل فعال بحيث تم المحافظة على هذه النتيجة حتى بعد مضي فترة زمنية طويلة نوعاً ما، وهذا يمنح الشعور بالاطمئنان لفاعلية البرنامج الإرشادي. ونظراً لعدم وجود دراسات مسبقة تهدف أساساً إلى معرفة الفرق بين القياسين أثناء البرنامج والتتبعي فقد كان من المتعذر تأييد نتائج هذه الدراسة أو دحضها بدراسات أخرى.

الاختبار (البعدي - التتبعي):

جدول (48) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة

الذاتية في الاختبار البعدي والاختبار التتبعي

المقياس وابعاده	البعدي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	البعدي	28	40.64	3.713	2.844	0.008
	التتبعي	28	39.07	3.589		
البعد الوجداني	البعدي	28	33.35	3.763	0.666	0.511
	التتبعي	28	33.03	3.237		
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	البعدي	28	36.17	3.006	2.976	0.006
	التتبعي	28	34.60	3.685		
بعد العادات الغذائية	البعدي	28	31.75	3.074	1.276	0.213
	التتبعي	28	31.00	2.610		
بعد عادات النوم	البعدي	28	20.35	3.257	0.436	0.666
	التتبعي	28	20.14	3.262		
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	البعدي	28	39.07	5.669	0.608	0.548
	التتبعي	28	38.71	5.469		
مقياس الكفاءة الذاتية	البعدي	28	201.35	17.427	2.861	0.008
	التتبعي	28	196.57	15.751		

يتضح من نتائج الجدول السابق والتي تبين عدم وجود فروق معنوية وذات دلالة

إحصائية بين كلا من (الاختبار البعدي والاختبار التتبعي) في الأبعاد التالية: (البعد الوجداني -

بعد العادات الغذائية - بعد عادات النوم - بعد سلوكيات الوقاية الصحية)، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$. باستثناء (البعد الاجتماعي - بعد ممارسة التمرينات الرياضية) تبين وجود فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (الاختبار البعدي والاختبار التتبعي) وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أصغر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ ، وذلك لصالح متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي.

هذا يدل على قدرة البرنامج في تحقيق الاهداف المرجوة منه وإن تأثيره ليس لفترة آنية فقط وإنما على المدى الطويل، حيث يمكن عزو استمرار فاعلية البرنامج إلى الأثر الإيجابي الذي أحدثته التدخلات والتدريبات المنظمة تخطيطاً وتنفيذاً وتقويماً، حيث تم اختيار مهاراته وفتياته وفقاً لشروط علمية.

كما كان الحرص على حسن تطبيق البرنامج وما تضمنه من فنيات معرفية وسلوكية التي من ضمنها تدريبهن على الوقاية من الانتكاسة وما قدمه من خبرات ومعلومات معرفية واجتماعية ووجدانية التي لها علاقة بمواقف الحياة اليومية للبدنيات أثر إيجابي في الشخصية وليس مجرد إحداث أثر سريع. إضافة إلى القيام بتقويم البدنيات باستمرار وتعزيز الايجابيات وتصحيح الاخطاء التي يقعن فيها. كما يمكن الإشارة إلى ان استمرار تأثير البرنامج يعود إلى ما أبدته المجموعة التجريبية من تفاعل وتعاون وفي نجاحها في نقل المعارف والخبرات والمهارات التي تعلمتها وتدربن عليها خلال جلسات البرنامج إلى مواقف حياتهن اليومية.

حيث توجد علاقة قوية بين إدراك الفرد بأنه يتمتع بالكفاءة الذاتية، وبين قيامه بإحداث تغيير في سلوكياته المتعلقة بالصحة، وبين الحفاظ على هذه التغيرات على المدى البعيد. (تايلور، 2008: 146-147) وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة جولاي واخرون (Golay . et al, 2004)

اختبار الفرضية الثالثة:

ولدراسة واختبار هذه الفرضية والتي تنص على " توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي "، فقد تم استخدام اختبار **t** للمجموعتين المستقلتين **T-test** فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي:

جدول (49) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي

المقياس وابعاده	المجموعة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	الضابطة	28	36.89	4.331	-3.478	0.001
	التجريبية	28	40.64	3.713		
البعد الوجداني	الضابطة	28	29.60	4.331	-3.458	0.001
	التجريبية	28	33.35	3.763		
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	الضابطة	28	31.82	5.235	-3.819	0.000
	التجريبية	28	36.17	3.006		
بعد العادات الغذائية	الضابطة	28	26.64	6.249	-3.880	0.000
	التجريبية	28	31.75	3.074		
بعد عادات النوم	الضابطة	28	21.35	5.064	0.879	0.383
	التجريبية	28	20.35	3.257		
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	الضابطة	28	33.67	7.473	-3.042	0.004
	التجريبية	28	39.07	5.669		
مقياس الكفاءة الذاتية	الضابطة	28	180.00	21.837	-4.045	0.000
	التجريبية	28	201.35	17.427		

يتضح من نتائج الجدول (49) والتي تبين الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية في الاختبار البعدي، أنه توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهدة **P-value** أصغر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ ، وذلك لصالح متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدنيات بعد تطبيق البرنامج مباشرة لأفراد المجموعة التجريبية، باستثناء (بعد عادات النوم) لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين كلا من (متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة

ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية لهذا البعد في الاختبار البعدي)، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$.

تعزى هذه النتيجة إلى طبيعة البرنامج الإرشادي من حيث المحتوى والمضمون ومناسبته للهدف الذي وضع من أجله، فكان له الأثر الإيجابي الواضح على مستوى الكفاءة الذاتية لدى أفراد المجموعة التجريبية حيث اتاح لهم البرنامج فرصة التنفيس من خلال تنوع أساليبه من نقاش ومحاضرة وعرض واستماع ووجود جو من المشاركة من قبل الجميع فشعرت البدنيات أن هناك أخريات مثلهن تشكل البدانة مشكلة لديهن، وطرح هذه المشكلة ومناقشتها من جميع الجوانب حيث أدى أسلوب حل المشكلات إلى جعلهن قادرات على التعامل مع حياتهن اليومية وحل المشكلات التي تواجههن وتغيير ما لديهن من سلوكيات سلبية، إضافة إلى استخدام التغذية الراجعة بشكل مستمر مباشرة لكل جلسة مما مكن من معرفة مدى تحقق الأهداف، بينما لم تتأثر مستوى الكفاءة الذاتية لدى أفراد المجموعة الضابطة حيث بقيت الكفاءة كما هي ولم تتحسن خلال المدة التي تم تطبيق البرنامج الإرشادي فيها على المجموعة التجريبية. فالبدنيات في المجموعة التجريبية مارسن السلوك الصحي أي إحداث تغيير في نمط حياتهن عندما توفرت لديهن قناعة أي شعور بالكفاءة الذاتية بأنهن سينجحن في تنفيذ هذه السلوكيات لتحقيق فوائد صحية وإنقاصاً في الوزن. فالشعور بالكفاءة الذاتية هو عامل رئيسي لممارسة السلوك الصحي مثل ممارسة التمرينات الرياضية والنشاط البدني والنظام الغذائي.

فمن المحددات الرئيسية للسلوك الصحي هو امتلاك الفرد شعوراً بالكفاءة الذاتية وهو الاعتقاد بأن لديه القدرة على ضبط ما يقوم به من ممارسات إزاء سلوك محدد، فاعتقاد البدناء بأنهم لا يستطيعون تغيير نمط حياتهم سوف يمنعهم من محاولة التغيير مع أنهم يعلمون تماماً بأن البدانة فيها أضرار صحية ونفسية واجتماعية، وإن انقاص الوزن أمر محبب (وهذا ماحدث مع أفراد المجموعة الضابطة).

وبينت الأبحاث أن الكفاءة الذاتية تؤثر على السلوكيات الصحية بطرق متنوعة قد تصل إلى حد ضبط الوزن عن طريق ممارسة التمارين الرياضية، زيادة النشاط البدني، تغيير النظام الغذائي وغيرها. (تايلور، 2008: 146-147) وهذا ماحصل مع أفراد المجموعة التجريبية .

ولقد دعمت نتائج دراسة أنيسي (Annesi,2007) التي توصلت إلى أن الكفاءة الذاتية تعد نموذجاً توضيحياً فعالاً لعلاج البدانة. ودراسة ريتشمان وآخرون (Richman.et.a (2001) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الكفاءة الذاتية وأنماط السلوك الصحي. ودراسة ليوباي وآخرون (2011) التي أوضحت أن المشاركات أصبحن لديهن درجة عالية عموماً في الكفاءة الذاتية وفي الكفاءة الذاتية لمقاومة الطعام، وكن قادرات على فقد وزن أكثر حيث ارتبطت باحتمالية فقد (5%) أو أكثر من الوزن الأصلي. ومع نتيجة دراسة ماريام وآخرون (Marryam. et. al, 2013) التي توصلت إلى وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة ولصالح التجريبية.

اختبار الفرضية الرابعة :

يتم اختبار الفرضية والتي تنص على أنه " توجد علاقة معنوية وذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم) "، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بينهما، فأظهرت نتيجة هذا التحليل الجدول التالي:

جدول (50) معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم) (ن = 28)

مؤشر كتلة الجسم	الطول	الوزن	العمر	خصائص العينة المقياس وابعاده
0.050	0.104	0.097	0.143	البعد الاجتماعي
-0.065	0.122	-0.020	0.003	البعد الوجداني
-0.049	-0.016	-0.046	-0.004	بعد ممارسة التمرينات الرياضية
-0.020	0.049	0.011	0.172	بعد العادات الغذائية
-0.310	0.218	-0.180	-0.043	بعد عادات النوم
-0.028	-0.073	-0.076	-0.111	بعد سلوكيات الوقاية الصحية
-0.102	0.081	-0.060	0.029	مقياس الكفاءة الذاتية

تشير نتائج الجدول السابق والتي تظهر معامل ارتباط بيرسون بين درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم)، حيث تبين أن جميع قيم معاملات ارتباط بيرسون غير معنوية وليست دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05) لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم).

وقد ترجع هذه النتيجة إلى أن هدف جميع البدينات هو إنقاص أوزانهن على الرغم من الفروق بينهن في العمر، الوزن، الطول، ومؤشر كتلة الجسم، وأنهن يتلقين نفس المعاملة ونفس التدريبات داخل المركز الأمر الذي أدى إلى عدم وجود فروق بينهن. ويتعذر مقارنة هذه النتيجة بنتائج دراسات أخرى نظراً لعدم وجود دراسات سابقة تهدف إلى ذلك.

اختبار الفرضية الخامسة:

ولدراسة واختبار هذه الفرضية والتي تنص على "توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقاً لخصائص عينة الدراسة (المستوى التعليمي - المهنة - الحالة الاجتماعية)"، فقد تم استخدام اختبار **t** للمجموعتين المستقلتين **T-test** فأظهرت نتيجة التحليل الجداول التالية.

1. المستوى التعليمي :

جدول (51) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفق المستوى التعليمي

المقياس وأبعاده	المستوى التعليمي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	مؤهل اقل من جامعي	11	37.81	5.723	0.906	0.373
	مؤهل جامعي	17	36.29	3.196		
البعد الوجداني	مؤهل اقل من جامعي	11	30.54	4.524	0.919	0.366
	مؤهل جامعي	17	29.00	4.227		

p-value	قيمة (t)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	المستوي التعليمي	المقياس وابعاده
0.189	1.348	5.106	33.45	11	مؤهل اقل من جامعي	بعد ممارسة التمرينات الرياضية
		5.190	30.76	17	مؤهل جامعي	
0.543	-0.616	6.604	25.72	11	مؤهل اقل من جامعي	بعد العادات الغذائية
		6.139	27.23	17	مؤهل جامعي	
0.499	0.686	7.373	22.18	11	مؤهل اقل من جامعي	بعد عادات النوم
		2.920	20.82	17	مؤهل جامعي	
0.464	-0.743	7.928	32.36	11	مؤهل اقل من جامعي	بعد سلوكيات الوقاية الصحية
		7.281	34.52	17	مؤهل جامعي	
0.692	0.401	26.916	182.09	11	مؤهل اقل من جامعي	مقياس الكفاءة الذاتية
		18.627	178.64	17	مؤهل جامعي	

يتضح من نتائج الجدول السابق أن الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة الضابطة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي لم تكن ذات دلالة إحصائية حيث كانت القيم المشاهدة أكبر من 0.05 مما يدل على أن الاختلاف في المستوى التعليمي للعينة لم يكن له تأثير في متوسط درجات إستجاباتهم على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده.

2. المهنة :

جدول (52) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية

وابعاده في الاختبار البعدي وفق المهنة

p-value	قيمة (t)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	المهنة	المقياس وابعاده
0.147	1.495	3.856	37.65	20	تعمل	البعد الاجتماعي
		5.126	35.00	8	لا تعمل	
0.989	-0.014	4.627	29.60	20	تعمل	البعد الوجداني
		3.777	29.62	8	لا تعمل	
0.781	0.280	5.036	32.00	20	تعمل	بعد ممارسة التمرينات الرياضية
		6.045	31.37	8	لا تعمل	

p-value	قيمة (t)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	المهنة	المقياس وابعاده
0.080	1.824	5.462	27.95	20	تعمل	بعد العادات الغذائية
		7.249	23.37	8	لا تعمل	
0.881	0.151	4.706	21.45	20	تعمل	بعد عادات النوم
		6.220	21.12	8	لا تعمل	
0.458	-0.754	8.278	33.00	20	تعمل	بعد سلوكيات الوقاية الصحية
		4.983	35.37	8	لا تعمل	
0.537	0.625	20.591	181.65	20	تعمل	مقياس الكفاءة الذاتية
		25.715	175.87	8	لا تعمل	

يتضح من نتائج الجدول (52) والتي تبين الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقاً لمتغير نوع المهنة لعينة الدراسة، أنه لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقاً لمتغير نوع المهنة لعينة الدراسة، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن اختلاف نوع المهنة للعينة لا يؤدي إلى فروقات معنوية ودالة إحصائية في متوسط درجاتها على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي للمجموعة الضابطة.

الحالة الاجتماعية

جدول (53) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفق الحالة الاجتماعية

p-value	قيمة (t)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الحالة الاجتماعية	المقياس وابعاده
0.573	-0.571	4.330	36.38	13	غير متزوجة	البعد الاجتماعي
		4.434	37.33	15	متزوجة	
0.099	-1.711	4.845	28.15	13	غير متزوجة	البعد الوجداني
		3.522	30.86	15	متزوجة	

p-value	قيمة (t)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الحالة الاجتماعية	المقياس وابعاده
0.540	-0.621	5.459	31.15	13	غير متزوجة	بعد ممارسة التمرينات الرياضية
		5.151	32.40	15	متزوجة	
0.428	-0.805	7.331	25.61	13	غير متزوجة	بعد العادات الغذائية
		5.235	27.53	15	متزوجة	
0.696	0.395	5.599	21.76	13	غير متزوجة	بعد عادات النوم
		4.720	21.00	15	متزوجة	
0.686	0.408	5.328	34.30	13	غير متزوجة	بعد سلوكيات الوقاية الصحية
		9.093	33.13	15	متزوجة	
0.565	-0.583	24.291	177.38	13	غير متزوجة	مقياس الكفاءة الذاتية
		20.051	182.26	15	متزوجة	

يتضح من نتائج الجدول (53) والتي تبين الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة، أنه لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ ، مما يدل على أن إختلاف الحالة الاجتماعية التي عليها عينة الدراسة لا يؤدي الي فروقات معنوية ودالة احصائياً في متوسط درجاتها على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي للمجموعة الضابطة.

ومن الممكن أن تعزى هذه النتيجة وهي عدم وجود فروق بين البدينات (المجموعة الضابطة) في الكفاءة الذاتية وفق متغيرات الدراسة (المستوى التعليمي، المهنة، الحالة الاجتماعية) أن جميع البدينات هدفهن إنقاص أوزانهن، وأنهن يتلقين نفس التدريبات الرياضية داخل المركز الأمر الذي أدى إلى عدم وجود فروق بينهن باختلاف متغيرات الدراسة. وليس من الممكن تأييد هذه النتيجة أودحظها نظراً لعدم وجود دراسات سابقة تهدف إلى ذلك.

الفرضية السادسة:

يتم اختبار الفرضية والتي تنص على أنه " توجد علاقة معنوية وذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم) ، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بينهما، فأظهرت نتيجة هذا التحليل الجدول التالي:

جدول (54) معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم)

(ن = 28)

خصائص العينة المقياس وأبعاده	العمر	الوزن	الطول	مؤشر كتلة الجسم
البعد الاجتماعي	0.237	-0.070	-0.069	-0.060
البعد الوجداني	0.259	0.133	-0.073	0.142
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	-0.240	-0.005	0.127	-0.062
بعد العادات الغذائية	0.267	0.047	-0.230	0.132
بعد عادات النوم	-0.015	0.271	-0.243	0.336
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	0.246	0.036	-0.058	0.039
مقياس الكفاءة الذاتية	0.189	0.084	-0.113	0.106

تشير نتائج الجدول (54) والتي تظهر معامل ارتباط بيرسون بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم)، حيث تبين أن جميع قيم معاملات ارتباط بيرسون غير معنوية وليست دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05) لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وكلا من خصائص عينة الدراسة (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم).

وقد ترجع هذه النتيجة إلى أن الهدف السلوكي الصحي الذي وضعه البدنيات لأنفسهن والرغبة في تحقيقه واحده وهو نقص الوزن بغض النظر عن إختلافهن باختلاف هذه المتغيرات (العمر، الوزن، الطول، مؤشر كتلة الجسم) . فلا يمكن لهن أن يصلن الى إنقاص الوزن من دون تخطى العديد من الصعوبات والعراقيل في سبيل ذلك وبذل الجهد والمثابرة إضافة إلى أن ملاحظتهن للنماذج الإيجابية ونجاح الأخريات في تحقيق إنقاص للوزن تعد مصادر تنمية للكفاءة الذاتية.

وتشير نتائج الدراسات إلى أهمية الكفاءة الذاتية للبدناء في عملية القضاء على أكثر العادات المدمرة لصحتهم ودورها في ضبط الوزن وممارسة النشاط الرياضي والبدني والنظام الغذائي. (عبدالعزیز: 2010، 170). ولم تحصل الباحثة على دراسات سابقة تناولت هذه المتغيرات لكي تؤيد أو تعارض هذه النتائج.

الفرضية السابعة:

ولدراسة واختبار هذه الفرضية والتي تنص على " توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقا لخصائص عينة الدراسة (المستوى التعليمي - المهنة - الحالة الاجتماعية) "، فقد تم استخدام اختبار t للمجموعتين المستقلتين T -test فأظهرت نتيجة التحليل الجداول التالية.

1. المستوى التعليمي:

جدول (55) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفق المستوى التعليمي

المقياس وابعاده	المستوي التعليمي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	مؤهل اقل من جامعي	12	40.33	4.355	-0.376	0.710
	مؤهل جامعي	16	40.87	3.283		
البعد الوجداني	مؤهل اقل من جامعي	12	32.08	3.987	-1.595	0.123
	مؤهل جامعي	16	34.31	3.400		

المقياس وابعاده	المستوي التعليمي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	مؤهل اقل من جامعي	12	35.75	3.194	-0.646	0.524
	مؤهل جامعي	16	36.50	2.921		
بعد العادات الغذائية	مؤهل اقل من جامعي	12	32.25	4.070	0.739	0.476
	مؤهل جامعي	16	31.37	2.125		
بعد عادات النوم	مؤهل اقل من جامعي	12	20.33	2.902	-0.033	0.974
	مؤهل جامعي	16	20.37	3.593		
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	مؤهل اقل من جامعي	12	38.58	6.855	-0.388	0.701
	مؤهل جامعي	16	39.43	4.802		
مقياس الكفاءة الذاتية	مؤهل اقل من جامعي	12	199.33	21.176	-0.525	0.604
	مؤهل جامعي	16	202.87	14.564		

يتضح من نتائج الجدول (55) والتي تبين الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي لعينة الدراسة، أنه لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي لعينة الدراسة، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن اختلاف المستوى التعليمي للعينة لا يؤدي إلى فروقات معنوية ودالة إحصائية في متوسط درجاتها على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية.

2. المهنة:

جدول (56) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية

وأبعاده في الاختبار البعدي وفق المهنة

المقياس وابعاده	المهنة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	تعمل	20	40.55	3.634	-0.205	0.839
	لا تعمل	8	40.87	4.155		

p-value	قيمة (t)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	المهنة	المقياس وابعاده
0.599	0.533	3.234	33.60	20	تعلم	البعد الوجداني
		5.063	32.75	8	لا تعلم	
0.728	-0.352	3.136	36.05	20	تعلم	بعد ممارسة التمرينات الرياضية
		2.828	36.50	8	لا تعلم	
0.507	-0.673	2.460	31.50	20	تعلم	بعد العادات الغذائية
		4.405	32.37	8	لا تعلم	
0.604	-0.525	3.498	20.15	20	تعلم	بعد عادات النوم
		2.695	20.87	8	لا تعلم	
0.918	-0.103	5.078	39.00	20	تعلم	بعد سلوكيات الوقاية الصحية
		7.343	39.25	8	لا تعلم	
0.813	-0.239	15.513	200.85	20	تعلم	مقياس الكفاءة الذاتية
		22.708	202.62	8	لا تعلم	

يتضح من نتائج الجدول (56) والتي تبين الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقا لمتغير نوع المهنة لعينة الدراسة، أنه لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقا لمتغير نوع المهنة لعينة الدراسة، وذلك نظرا لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن اختلاف نوع المهنة للعينة لا يؤدي إلى فروقات معنوية ودالة إحصائية في متوسط درجاتها على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية.

3. الحالة الاجتماعية:

جدول (57) اختبار (t) لمعرفة الفروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفق الحالة الاجتماعية

المقياس وابعاده	الحالة الاجتماعية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	p-value
البعد الاجتماعي	غير متزوجة	10	40.40	3.687	-0.253	0.802
	متزوجة	18	40.77	3.828		
البعد الوجداني	غير متزوجة	10	32.70	4.056	-0.682	0.501
	متزوجة	18	33.72	3.659		
بعد ممارسة التمرينات الرياضية	غير متزوجة	10	36.70	2.057	0.677	0.504
	متزوجة	18	35.88	3.445		
بعد العادات الغذائية	غير متزوجة	10	30.60	3.806	-1.510	0.143
	متزوجة	18	32.38	2.476		
بعد عادات النوم	غير متزوجة	10	21.20	3.583	1.021	0.316
	متزوجة	18	19.88	3.065		
بعد سلوكيات الوقاية الصحية	غير متزوجة	10	38.80	6.142	-0.185	0.854
	متزوجة	18	39.22	5.568		
مقياس الكفاءة الذاتية	غير متزوجة	10	200.40	18.410	-0.213	0.833
	متزوجة	18	201.88	17.381		

يتضح من نتائج الجدول (57) والتي تبين الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة، أنه لا توجد فروق معنوية وذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة، وذلك نظراً لأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-value** أكبر من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ ، مما يدل على أن اختلاف الحالة الاجتماعية التي عليها عينة الدراسة لا يؤدي إلى فروقات معنوية ودالة إحصائية في متوسط درجاتها على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده في الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية.

وقد تعزى هذه النتيجة وهي عدم وجود فروق بين البدينات في الكفاءة الذاتية وفق متغيرات الدراسة (المستوى التعليمي، المهنة، الحالة الاجتماعية) إلى أن أنشطة البرنامج وتقنياته تم اعدادها بحيث تكون مناسبة لمختلف المستويات التعليمية والمهنية وللمتزوجات وغير المتزوجات على حد سواء وأن جميعهن استغدن من تقنيات البرنامج وأنشطته المختلفة بذات الدرجة، وبذلك يمكن القول أن البرنامج الإرشادي الحالي مناسب لجميع البدينات لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية. ولم تتوافر للباحثة دراسات سابقة عربية واجنبية اهتمت بدراسة دور هذه المتغيرات في فاعلية البرامج المعرفية السلوكية لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية.

ملخص عام لنتائج الدراسة :

بالنظر إلى النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة وهي مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات بأن الأهداف التي قامت الدراسة من أجلها قد تحققت ويمكن تلخيص هذه النتائج في التالي:

أولاً: نتائج تحليل خصائص العينة:

- 1) تشير نتائج الدراسة أن فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور الاجتماعي لدى البدينات قبل وبعد البرنامج جاء بدرجة عالية.
- 2) تشير نتائج الدراسة أن فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور الوجداني قبل البرنامج جاء بدرجة متوسطة اما بعد البرنامج جاء بدرجة عالية.
- 3) تشير نتائج الدراسة أن فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور نحو ممارسة التمرينات الرياضية قبل البرنامج جاء بدرجة منخفضة، اما بعد البرنامج جاء بدرجة عالية.
- 4) تشير نتائج الدراسة أن فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالعادات الغذائية قبل البرنامج جاء بدرجة منخفضة، اما بعد البرنامج جاء بدرجة متوسطة.
- 5) تشير نتائج الدراسة أن فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بعادات النوم قبل وبعد البرنامج جاء بدرجة منخفضة.
- 6) تشير نتائج الدراسة أن فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بسلوكيات الوقاية الصحية قبل البرنامج جاء بدرجة متوسطة اما بعد البرنامج جاء بدرجة عالية.

ثانياً: نتائج الوصف الإحصائي لمقياس الكفاءة الذاتية وابعاده:

1- عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في

القياس القبلي والبعدى على مقياس الكفاءة الذاتية وابعادها .

2- أ - وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في

القياس (القبلي وأثناء البرنامج) على الابعاد التالية: (الاجتماعي - ممارسة التمرينات

الرياضية - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح الاختبار الذي طبق على

البدينات اثناء البرنامج. في حين انه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط

درجات المجموعة التجريبية في القياس (القبلي واثناء البرنامج) على البعدين (الوجداني -

عادات النوم).

ب- وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في

القياس (القبلي والبعدى) على الأبعاد التالية: (الاجتماعي - الوجداني - ممارسة التمرينات

الرياضية - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح الاختبار البعدى الذي

طبق على البدينات بعد انتهاء البرنامج الارشادي. في حين أنه لا توجد فروق معنوية ذات

دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (القبلي والبعدى) على

بعد عادات النوم .

ج- وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في

القياس (القبلي والتتبعي) على الأبعاد التالية: (الاجتماعي - الوجداني - ممارسة التمرينات

الرياضية - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح الاختبار البعدى. في حين

انه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في

القياس (القبلي والتتبعي) على بعد عادات النوم .

د- وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في

القياس (أثناء البرنامج والبعدى) على الابعاد التالية: (الاجتماعي - الوجداني - ممارسة

التمرينات الرياضية - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح الاختبار

البعدى. في حين أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات

المجموعة التجريبية في القياس (أثناء البرنامج والبعدى) على بعد عادات النوم .

هـ - وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (أثناء البرنامج والتتبعي) على الأبعاد التالية: (الوجداني - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح الاختبار التتبعي. في حين أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (أثناء البرنامج والتتبعي) على الأبعاد التالية: (الاجتماعي - ممارسة التمرينات الرياضية - عادات النوم).

و- وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (البعدي والتتبعي) على الأبعاد التالية: (الاجتماعي - ممارسة التمرينات الرياضية) لصالح الاختبار البعدي. في حين أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس (البعدي والتتبعي) على الأبعاد التالية: (الوجداني - العادات الغذائية - عادات النوم - سلوكيات الوقاية الصحية).

3- وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس (البعدي) والأبعاد التالية: (الاجتماعي - الوجداني - ممارسة التمرينات الرياضية - العادات الغذائية - سلوكيات الوقاية الصحية) لصالح المجموعة التجريبية. في حين أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس (البعدي) وبعد عادات النوم .

4- عدم وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة احصائية بين متغيرات (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم) للمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده.

5- عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات متغيرات (المستوى التعليمي - المهنة - الحالة الاجتماعية) للمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده.

6- عدم وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة احصائية بين متغيرات (العمر - الوزن - الطول - مؤشر كتلة الجسم) للمجموعة التجريبية في الاختبار البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده.

7- عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات متغيرات (المستوى التعليمي - المهنة - الحالة الاجتماعية) للمجموعة التجريبية في الاختبار البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية وأبعاده.

يتضح مما سبق أن نتائج الدراسة جاءت لتؤكد كفاءة وفاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية. وعلى استمرار تأثير فاعليته ودوام تأثيره فترة طويلة بشرط متابعة تنفيذ التقنيات الإرشادية والأنشطة التي تم تعلمها والتدريب عليها في جلسات البرنامج الإرشادي. وتبقى هذه النتائج في إطار الحدود البشرية والمكانية والزمانية المشار إليها في الفصل الأول، إلا أنها تمثل نقطة إنطلاق لمزيد من الأبحاث والدراسات وباستخدام مقاييس وأدوات أخرى، وعلى عينات مختلفة.

التوصيات:

في ضوء ما اسفرت عليه نتائج هذه الدراسة يمكن التوصية بما يلي:

- 1- إجراء مسح شامل لتحديد نسبة إنتشار البدانة في المجتمع الليبي، ومدى إنتشارها بين الطبقات الإجتماعية والفئات العمرية المختلفة.
- 2- الإهتمام بطرق تشخيص وعلاج البدانة وبشكل مبكر، لما لهذا المرض من مخاطر صحية جسمية ونفسية.
- 3- القيام بحملات إعلامية لتوعية أفراد المجتمع بعامة والنساء بخاصة بمضار البدانة، وطرق الوقاية منها وعلاجها.
- 4- إرشاد الأسر والمشرفين على المدارس بأهمية السلوكيات الصحية والدور المنوط في تنميتها وتطبيقها، وتزويد المدارس والجامعات بال نشرات والملصقات التي تنمي الثقافة الصحية.
- 5- توعية المسؤولين والمدرسين في مراكز تخفيف الوزن بأهمية الكفاءة الذاتية ودورها المهم في تحسين انماط السلوك الصحي، مثل التغذية الصحية وممارسة التمرينات الرياضية والوصول للوزن المثالي.
- 6- ضرورة إدراج العلاج المعرفي السلوكي كجزء أساسي ضمن خطة علاج مرضى البدانة.
- 7- لفت أنظار المتخصصين في مجال إرشاد وعلاج البدانة إلى الإهتمام بجودة النوم لدى البدناء وذلك بإجراء دراسات تجريبية واستخدام برامج إرشادية وعلاجية لتحسين جودة النوم لديهم.
- 8- تزويد المستشفيات والعيادات بأخصائيين نفسيين وضرورة العمل الجماعي كفريق (طبيب مختص، أخصائي نفسي، أخصائي التغذية، ممرض) من اجل إنجاح البرامج العلاجية مع مرضى البدانة، والإهتمام بتوفير الرعاية النفسية إلى جانب الرعاية الصحية، والتكفل النفسي بالمرضى من خلال بناء برامج علاجية مبنية على تنمية الكفاءة الذاتية.

المقترحات:

- من خلال النتائج التي تم التوصل إليها، واستكمالاً للجهد الذي بذلته هذه الدراسة نقترح إمكانية القيام بمزيد من البحوث والدراسات التالية:
- 1- القيام بإجراء الدراسات المستقبلية حول الكفاءة الذاتية وأثرها في تحسين الصحة النفسية والجسمية للبدناء.
 - 2- تطبيق البرنامج المقترح في هذه الدراسة على عينات مختلفة من الرجال والأطفال، وفي مراحل تعليمية مختلفة (اساسي، متوسط، جامعي) مع مراعاة طبيعة وحاجات كل مرحلة عمرية للتحقق من إمكانية تعميم نتائج البرنامج على مرضى البدانة بشكل عام.
 - 3- ضرورة القيام بالدراسات التجريبية التي تسعى إلى تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى المصابين بالأمراض المزمنة مثل مرضى السرطان، السكري، الفشل الكلوي . . . وغيرها، لما تبث من دورها الفعال في تحسين السلوكيات الصحية للمرضى.
 - 4- إجراء دراسات ارتباطية وتجريبية عن مرض البدانة وعلاقته بمتغيرات نفسية أخرى مثل صورة الجسم، نمط الحياة، تقدير الذات، والتفكير الإيجابي.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

ثانياً: المراجع الأجنبية

أولاً: المراجع العربية:

المصادر والكتب العلمية:

1. أبو حامدة، مروان (2003): المرشد في وسائل علاج السمنة، الطبعة الأولى، مؤسسة المرشد، عمان.
2. أبوعيطة، سهام (1998): مبادئ الإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
3. أبوعيطة، سهام (2002): مبادئ الإرشاد النفسي، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.
4. أبو عباده، صالح ونيازي، عبد المجيد (2001): الإرشاد النفسي والاجتماعي، مكتبة العبيكان، الرياض.
5. أحمد، سهيل كامل (1999): التوجيه والإرشاد النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
6. أحمد، حسين (2009): الاضطرابات الغذائية السريرية في بلدان إقليم شرق البحر المتوسط تحليل للوضع ودلائل المكافحة، القاهرة.
7. أحمد، محمد (2005): التوجيه والإرشاد النفسي، أسسه-نظرياته-طرائفه-مجالاته-برامجه، المطبعة العلمية، دمشق.
8. أسعد، ميخائيل (1994): علم الاضطرابات السلوكية، دار الجبل، بيروت.
9. أمين، إسماعيل (2003): كيف تتخلص من السمنة؟ أسبابه-مشاكله-طرق الوقاية- نماذج لأنواع الريجيم المختلفة، مكتبة الصفاء، القاهرة.
10. بارلو، ديفيد هـ (2002): ترجمة صفوت فرج، مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
11. باظة، أمال عبد السميع (2001): الصحة النفسية، الطبعة الأولى، القاهرة، مكتبة الأنجلو.
12. بطرس، حافظ بطرس (2008): المشكلات النفسية وعلاجها، دار المسيرة، عمان.
13. بلان، كمال يوسف (2011): نظريات الإرشاد النفسي (2)، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

14. تايلور، شيلي (2008): علم النفس الصحي، ترجمة وسام بريك وآخرون، (، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
15. ترول، تيموثي (2007): علم النفس الأكلينيكي، ترجمة فوزي داود وحنان زين الدين، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان .
16. جابر، عبد الحميد جابر وكفافي، علاء الدين أحمد (1995): معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة.
17. جابر، عبد الحميد جابر (1990): نظريات الشخصية - البناء - الديناميات - للنمو - طريق البحث - التقويم، دار النهضة العربية، القاهرة.
18. جمعية التغذية الأمريكية (2007): التحكم في الوزن (ترجمة)، في النشاط البدني والسمنة والتغذية، نخبة من أساتذة الجامعات والاختصاصيين في الوطن العربي، مركز البحرين للدراسات والبحوث، المنامة، البحرين. حسين، طه عبدالعظيم (2004): الإرشاد النفسي، دار الفكر، عمان.
19. دياب، صلاح الدين شبل (2001): صحة المجتمع، مطابع نور الإيمان، القاهرة.
20. الداهري، صلاح حسين (2000): مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي، الطبعة الأولى، دار الكندي للنشر والتوزيع، عمان.
21. الدسوقي، مجدي محمد (2006): الشرح العصبي: الأسباب التشخيص الوقاية والعلاج، الطبعة الأولى، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
22. الدسوقي، مجدي محمد (2006): اضطراب صورة الجسم، الأسباب، التشخيص الوقاية والعلاج، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلوالمصرية، القاهرة.
23. الدق، أميرة محمد (2011): أنماط السلوك الصحي لدى مرض الكبد الفيروس سي المزمن في ضوء فعالية الذات الصحية والحالة العقلية، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
24. راتب، أسامة كامل وخليفة، إبراهيم عبدربه (1998): رياضة المشي مدخل لتحقيق الصحة النفسية والبدنية، دار الفكر العربي، القاهرة.
25. ربيع، محمد شحاته (2006): أصول الصحة النفسية، الطبعة السادسة، درا غريب، القاهرة.

26. الزبادي، محمد والخطيب، هشام (2001): مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، دار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان.
27. الزراد، فيصل محمد خير (2000): الأمراض النفسية - الجسدية، أمراض العصر، الطبعة الأولى، دار النفائس، بيروت.
28. زهران، حامد عبدالسلام (1998): التوجيه والإرشاد النفسي، عامل الكتب، القاهرة.
29. زهران، حامد عبدالسلام (2003): دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة.
30. الزيود، نادر فهمي (2008): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الطبعة الثانية، دار الفكر، عمان.
31. ستور، انطوني (1991): فن العلاج النفسي ترجمة لطفي فطيم، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة
32. السفاسفة، محمد إبراهيم (2003): أساسيات في الإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي، مكتبة الفلاح، الكويت.
33. سكوت، جان؛ ومارك وليامز؛ آرون بيك (2002): العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، موسوعة علم النفس العيادي، ترجمة حسين مصطفى عبد المعطي، زهراء الشرق، القاهرة.
34. سليمان، سناء محمد (2009): مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس ومهاراته الأساسية، عالم الكتب، القاهرة.
35. شحاته، عبدة السيد (1999): أمراض ناتجة عن الغذاء، المكتبة الأكاديمية، القاهرة.
36. شقير، زينب محمود (2002): احذر اضطرابات الأكل، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة .
37. شقير، زينب محمود (2003): مقياس تشخيص السمنة المفرطة، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة .
38. شقير، زينب محمود (2004): اضطرابات الأكل، والشهه العصبي، والسمنة المفرطة، وفقدان الشهية العصبي، دار النهضة المصرية، القاهرة.

39. شقير، زينب محمود (2009): مقياس صورة الجسم، الطبعة الرابعة، مكتبة الإنجلو المصرية، القاهرة.
40. شويخ، هناء أحمد (2009): برنامج تطبيقي لتحسين المتغيرات النفسية والفسايولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، الطبعة الأولى، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.
41. شويخ، هناء أحمد (20012): علم النفس الصحي، الطبعة الأولى،، مكتبة الإنجلو المصرية ، القاهرة.
42. الشناوي، محمد محروس (1996): العملية الإرشادية، دار غريب، القاهرة.
43. عبد الرحمن، محمد السيد (1998): دراسات في الصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة .
44. عبدالله، إيفلين سعيد (2007): تغذية الفئات العمرية، مجموعة النيل العربية، القاهرة.
45. عبدالعزيز، مفتاح محمد (2010): مقدمة في علم نفس الصحة: مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات، دار وائل، عمان.
46. عبد الله، عادل (2000): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة.
47. عبد الهادي، جودة والعزة،، سعيد (1999) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
48. عبدالعال، ماجد (1995): السمنة وامراض الغدد أسبابها والوقاية منها، مركز الإهرام، القاهرة.
49. عقل، محمود عطا (1996): الإرشاد النفسي والتربوي، دار الخريجي للتوزيع، الرياض.
50. عكاشة، أحمد (د.ت): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
51. عوض، رثيفة رجب (2001): ضغوط المراهقين ومهارات التشخيص والعلاج، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
52. العيسوي، عبد الرحمن محمد (2005): التغذية الصحية النفسية، شركة الجلال للطباعة، الإسكندرية.

53. العيسوي، عبد الرحمن محمد (2004): المؤشرات النفسية للغذاء، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت.
54. غانم، محمد حسن (2003): الإنسان واضطرابات الطعام، المكتبة المصرية، الإسكندرية. فايد حسين (2004): دراسات في السلوك والشخصية، الطبعة الأولى، مؤسسة حورس الدولية، الإسكندرية .
55. فرج، الين وديع (2005): اللياقة الطريق للحياة الصحية، منشأة المعارف، الاسكندرية.
56. كوبر، زافرا (2009): العلاج المعرفي السلوكي للسمنة، دليل للمعالجين، ترجمة محمود عيد مصطفى، الطبعة الأولى، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.
57. كفاي، علاء الدين والنيال، مايسة (1995): صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات "دراسات ارتقائية ارتباطيه عبر ثقافية"، (، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
58. ليندزاي، س.ل وجابول، ج.ي (2000): مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلوالمصرية، القاهرة.
59. ليهي، روبرت (2006): دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، ترجمة جمعة سيد يوسف ونجيب أحمد الصبوة، الطبعة الأولى، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.
60. مصطفى، محمود عيد (2009): العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب: برنامج علاجي تفصيلي، الطبعة الأولى، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.
61. مصيقر، عبد الرحمن عبيد (2006): تقييم وضبط البدانة (دليل تعليمي وتدريبى للعاملين الصحيين)، الطبعة الأولى، المركز العربي للتغذية، البحرين.
62. ملحم، سامي محمد (2007): مناهج البحث في التربية وعلم النفس، الطبعة الخامسة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
63. ملجم، عائد فضل (2006): الطب الرياضي والفسولوجي قضايا ومشكلات معاصرة، دار العلم، عمان.

64. منصور، حسن فكري (2010): وداعاً للسمنة وأهلاً بالرشاقة، دار الطلائع، القاهرة. موسى، رشاد عبد العزيز (2001): سيكولوجية الفروق بين الجنسين، دارعالم المعرفة، القاهرة.

65. وهبة، ممدوح (1998): عزيزي أي سمين أنت مظلوم، كتاب اليوم الطبي، القاهرة.

66. يخلف، عثمان (2001): علم نفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة، الدوحة.

الرسائل العلمية:

1. أبو عليان، جيهان (1994): فاعلية برنامج سلوكي معرفي في إنقاص الوزن وأثر ذلك على مستوى الاكتئاب وتقدير الذات لدى النساء، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

2. أبوسليمان، رانية (2003): دراسة العلاقة بين مستويات لبتن المصل والبدانة عند الأطفال، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.

3. أبوهاشم، السيد محمد (1994): أثر التغذية الراجعة علي فعالية الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق.

4. أبو رمان، فاطمة (2008): أثر برنامج إرشادي مستند إلى نظرية الاختيار في الكفاءة الاجتماعية والكفاءة الذاتية المدركة لدى الأحداث الجانحين في الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية.

5. الألوسي، أحمد إسماعيل (2014): فاعلية الذات وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير منشورة، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان.

6. بيروتي، عائدة يعقوب (2010): فاعلية تدريب الأمهات على التعزيز اللتفاضلي وإعادة التصور في خفض سلوك عدم الطاعة لدى أطفالهن وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى الأمهات، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية.

7. حنا، جنان شكري (2007): أثر برنامج مستند إلى تعديل السلوك المعرفي في تنمية الكفاءة الذاتية لدى مدمني المخدرات في محافظة عكا وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
8. حمود، فريال علي (1998): فاعلية اكتساب الاتجاهات الإيجابية في تنمية الكفاءة الذاتية نحو الوقاية من السلوك الصحي الخطر (التدخين، الكحول، الأدوية النفسية، المخدرات)، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
9. خليل، وائل سيد (2010): أثر التدريب علي مهارات ماوراه المعرفة في فعالية الذات والتحصيل الدراسي لدي تلاميذ المرحلة الإعدادية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة.
10. سهود، سميحة أحمد (1999): فعالية الذات وعلاقتها بالتوافق الشخصي والاجتماعي ومهارات حل المشكلات لدى طلاب المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة قناة السويس.
11. سيف، إبراهيم قاسم (2008): العلاقة بين المهارات الدراسية والكفاءة الذاتية لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في منطقة شمال عمان التابعة لوكالة الغوث، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
12. شاهين، إيمان علي (2009): أثر استراتيجية التعلم القائم علي حل المشكلة في تنمية مهارات ما وراء المعرفة وفعالية الذات والتحصيل الدراسي، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات التربوية
13. الشبول، أنور قاسم (2004): استراتيجيات التدبر وأثرها على الكفاءة الذاتية المدركة ومركز الضبط لدى عينة من الطلبة ذوي التحصيل المرتفع والمنخفض في المرحلة الأساسية العليا، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية.
14. الشيخ، أحمد سعيد (2000): فاعلية برنامج إرشادي في الدراما النفسية في خفض التوتر وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدي عينة من طلبة الصف السابع الأساسي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

15. الصرايرة، خالد شاكر (2007): فاعلية برنامج تدريبي قائم على التغذية الراجعة من قبل المعلمين والأقرب وقياس أثره في الكفاءة الذاتية المدركة واتجاهات الطلبة نحو التعلم بالمرحلة الأساسية في الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية.
16. العتيبي، بندر بن محمد (2008): اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى.
17. العزب، محمد سامح (2004): الأنشطة المدرسية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى تلاميذ الصف الثاني الإعدادي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة.
18. عزب، محمود سليمان (1996): تأثير برنامج بدني وغذائي في تخفيف الوزن وبعض المتغيرات الوظيفية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الرياضية، جامعة بغداد.
19. ملحم، أحمد حسنين (2002): أثر استخدام برنامج إرشادي على فاعلية الذات لدى تلاميذ الصف الثاني الإعدادي، رسالة دكتوراه غير منشورة، مكتبة الإسكندرية.
20. المحسن، سلامة عقيل (2006): الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها بدافعية الإنجاز والتوافق والتحصيل لدى طلبة كلية التربية في جامعة اليرموك، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة اليرموك.
21. المشيخي، غالب بن محمد (2009): قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية - جامعة أم القرى.
22. مقدادي، يوسف موسى (2003): فاعلية العلاج باللعب والتدريب التوكيدي في خفض القلق وخفض التعرض للإساءة وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى الأطفال المساء إليهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية.
23. مصطفى، منار سعيد (2008): القدرة التنبؤية للتكيف الزواجي والكفاءة الذاتية في مستوى ضغوط الأمومة لدى الأمهات العاملات في قطاع التعليم في محافظة جرش، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

المجلات والدوريات:

1. أبوغالي، عطاق محمود(2011): فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض قلق الامتحان لدى عينة من طالبات الثانوية العامة بمحافظة رفح .مجلة العلوم التربوية النفسية البحرين،- العدد (12)، المجلد (3)، 49-78 .
2. أبو هاشم، السيد محمد (2005) : مؤشرات التحليل البعدي لبحوث فاعلية الذات فى ضوء نظرية باندورا، مركز بحوث كلية التربية، جامعة الملك سعود،مجلد238.
3. بني خالد، محمد (2010):التكيف الأكاديمي وعلاقته بالكفاءة الذاتية العامة لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة ال بيت، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، العدد (24)، المجلد (2)، 414- 432.
4. جمعية التغذية الأمريكية (2007): التحكم في الوزن (ترجمة)، في النشاط البدني والسمنة والتغذية، نخبة من أساتذة الجامعات والاختصاصيين في الوطن العربي، مركز البحرين للدراسات والبحوث، المنامة، البحرين.
5. خطاطبة، يحيى مبارك (2021): فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد، مجلة الدراسات التربوية والنفسية، العدد (1)، المجلد (15).
6. الدليمي، ناهده عبد زيد (2012): قياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة للشباب المنتمين إلى منتديات الشباب، مجلة علوم التربية الرياضية، العدد (4)، المجلد (5).
7. رزقي رشيد، امزيان وناس (2018): الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (4).
8. رضوان، سامر جميل(1997): توقعات الكفاءة الذاتية _البناء النظري والقياس،، "مجلة شؤون اجتماعية"، العدد (55)، السنة (14)، 25 - 51، الشارقة.
9. الزيات، فتحي مصطفى (1998): البنية العملية للكفاءة الذاتية الأكاديمية ومحدداتها، المؤتمر الدولي الخامس، مركز الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس.

10. السيد، نجوى عبدالوهاب، (2021): برنامج مقترح لتحسين الكفاءة الانفعالية وفاعلية الذات لدى المراهقين المتعافين من التعاطي، *مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد (45)، الجزء (3)*.
11. السهل، راشد (2005): فعالية الإرشاد الجمعي السلوكي المعرفي في ضبط السلوك العدواني لدى الأطفال دراسة تجريبية، *مجلة الإرشاد النفسي، العدد (19)، 244-219*.
12. السهل، راشد والقعود نوال (2016): فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والمحافظة عليه عند الأفراد الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة، *مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، العدد (46)، المجلد (1)*.
13. الشعراوي، علاء محمود (2000): فعالية الذات وعلاقتها ببعض المتغيرات الدافعية لدى طلاب المرحلة الثانوية. *مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة*.
14. الصبوة، محمد نجيب والدق، أميرة محمد (2009): الفروق بين مرضى الكبد الفيروسي بين المزمن والأصحاء في بعض أنماط السلوك الصحي وفعالية الذات والحالة العقلية، *مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد (8)، العدد (2)، إبريل، 313-263*.
15. ظاهر، كمال وعبد الكريم، سعاد (2001): مقارنة مفهوم الذات الجسمية والبدنية بين لاعبات كرة اليد والكرة الطائرة، " *مجلة التربية الرياضية* "، المجلد العاشر، العدد (4)، 166 - 147.
16. عبد العال، حامد عبد العال (1993): فعالية الذات وعلاقتها بكل من مستوي الطموح والدافعية للإنجاز، *مجلة كلية التربية، جامعة المنوفية، العدد (184)*.
17. عبدالرحمن، محمد السيد وهاشم، سامي محمد (1990): فاعلية الذات لدى الأسوياء والجانحين، *مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد (12)، 432 - 387*.
18. عبد ربه، إيمان فوزي (2018): فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض درجة الاضطرابات النفسية الناتجة عن السمنة لدى عينة من البدنيات المراهقات، *مجلة دراسات تربوية واجتماعية، العدد (24)، المجلد (3)، 1181-1155*.

19. العرجان، جعفر فارس (2008): اثر برنامج للتدريب الهوائي على عوامل الخطورة للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية لدى عينة من الرجال الأردنيين المصابين بالبدانة المفرطة، *المجلة العربية للغذاء والتغذية*، السنة التاسعة، العدد (20) .
20. عزب، حسام الدين (2005): برنامج معرفي سلوكي لخفض بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الالتهاب الكبدي، فيروس سي، "المؤتمر السنوي الثاني عشر لمركز الإرشاد النفسي"، المجلد (2)، ديسمبر، 959-1011.
21. العويضة، سلطان بن موسى (2009): علاقة اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات والقلق والكفاءة الذاتية المدركة وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من طالبات جامعة عمان الأهلية، *المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية*، الجامعة الأردنية المجلد (2) العدد (2).
22. غانم، محمد حسن (2009): الشره العصبي للأكل وعلاقته بكل من التقدير الذاتي للقلق وجوانب التشويه المعرفي لدى عينة من البدنيات وغير البدنيات، *مجلة دراسات عربية في علم النفس*، العدد (1)، المجلد (8)، 61-119.
23. الغيلاني، عبد الإله وآخرون (2003): السمنة بين البالغين العمانيين في ولاية صور، *المجلة العربية للغذاء والتغذية*، العدد (8)، يونيو.
24. فاضل، إيمان والعمادي، أحمد (2005): العلاقة بين السمنة ونمط الحياة لدى طلاب جامعة قطر من الجنسين، *مجلة علم النفس العربي المعاصر*، المجلد (1)، العدد (2).
25. محمود، محمود كاظم وسهيل، حسن أحمد (2008): فاعلية الذات وعلاقتها بالسلوك الفوضوي لدى طلاب المرحلة المتوسطة، " *مجلة الأستاذ* "، العدد (72)، 1-10.
26. محمود، أمال حسين وآخرون (2004): الحالة التغذوية ومؤشرات المقاييس الجسمانية للسيدات في مصر مسح قومي (2001 - 2002)، *المجلة العربية للغذاء والتغذية*، السنة الخامسة، العدد (11)، 98 - 107.
27. محمود، محمود كاظم وسهيل، حسن أحمد (2008): فاعلية الذات وعلاقتها بالسلوك الفوضوي لدى طلاب المرحلة المتوسطة، " *مجلة الأستاذ* "، العدد (72)، 1-10.

- 28.مقدادي، يوسف موسى (2008): فاعلية برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت، "مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية"، المجلد (20)، العدد (2)، يوليو، 262-324.
- 29.المدني، خالد علي (2003) : السمنة في السعودية - دراسة مرجعية، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد (8)، يونيو 85-96 .
- 30.محمود، محمود كاظم وسهيل، حسن أحمد (2008): فاعلية الذات وعلاقتها بالسلوك الفوضوي لدى طلاب المرحلة المتوسطة، "مجلة الأستاذ"، العدد (72)، 1-10.
- 31.مقدادي، يوسف موسى (2008): فاعلية برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت، "مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية"، المجلد (20)، العدد (2)، يوليو، 262-324.
- 32.مصيفر، عبدالرحمن عبيد (2003): العوامل المؤثرة في السمنة، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد الثامن، يونيو.
- 33.مصطفى، سارة حسام الدين (2020): فاعلية برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات المواجهة لتخفيف الشعور بوصمة زيادة الوزن لدى عينة من السيدات المصرية، مجلة الدراسات النفسية، العدد (109)، المجلد (30)، أكتوبر.
- 34.النجار، عبد الوهاب والمسعود، عبد الحميد (2003): السمنة والنشاط البدني ومفهوم الذات لدى المراهقين في المملكة العربية السعودية، "المجلة العربية للغذاء والتغذية"، العدد (8)، يونيو، 123-130.
- 35.الناقلي، محمد أحمد (2003): السمنة وعلاجها النفسي، "مجلة الثقافة النفسية"، مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية، العدد (53)، 51-104.
- 36.نبهان، بديعة حبيب (2008): الاحتراق النفسي وعلاقته بفعالية الذات لدى معلمي التربية الخاصة - مجلة الإرشاد النفسي العدد (22)، إبريل 245-311.
- مراجع من الشبكة الالكترونية:

1- دراسة عن نسبة انتشار مرض البدانة في ليبيا منشورة في بوابة الوسيط.

<https://alwasat.ly/news/health-medicine/>

ثانياً- المراجع الأجنبية :

- 1- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders "DSM-IV"
- 2- Anderson, R. E., Crespo, C., Bartlett, S. J., Checking, I. S. Pratt, M. (1998). Relationship of Physical Activity and Television Watching with Body Weight and Level of Fatness Among Children. JAMA, 279 (12) : 938-942.
- 3- Annesi, J.J. (2007). Relations of Changes in Exercise Self-Efficacy, Physical Self-Concept, and Body Satisfaction with Weight Changes in Obese White and African American Women Initiating a Physical Activity Program. Ethnicity & Disease, 17, pp. 19-22.
- 4- Bandura, A. (1997): Self-efficacy: The Exercise of control, New York: W.H. Freeman
- 5- Bandura, A. (1977): Self Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, Journal of Psychological Review. V.48. pp.191-251.
- 6- Bandura, A. (1982). Self – Efficacy mechanism in Human Agency journal of American psychologist, 37 (2), 122-147.
- 7- Brown, C.& Bettine, L (1999). Self-Efficacy Beliefs and Career Development, Journal of Assessment, Vol. 10 (3). PP 232- 251.
- 8- Barlow, C.E., Kohl, H. w3d & Gibbons, I.W. (1995). Physical Fitness, Mortality, And Obesity. Int J Obese Relate MetabDiscord, 19(4): 41-44.
- 9- Birch, L.L., & Fisher, J.O. (1998). Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. Pediatrics, 101: 539-549.
- 10- Braet, C., Tongue, A., Bode, P.D. Franck, X.H. & Winckel, M.V. (2003) Impatient Treatment Of Obese Children: A Multicomponent Programmer Without Stringent Calorie Restriction. Eur J Pediatric Jun; 162 (6): 391 - 396.
- 11- Brownell, K.D. & Wadden, T.A. (1992). Etiology And Treatment Of Obesity : Understanding A Serious Prevalent And Refectory Disorder. J Consult Clin Psycho, 2: 505-517

- 12- Chambliss, H.O., Finley, C.E. & Blair, S.N. (2004). Toward Obese Individuals Among Exercise Science Students. *Med Sci Sports Exerc*,36: 468-474.
- 13- Cullen, K. W, Baranowski, T., Smith, S. P. (2001). Goal Setting for Dietary Behavior Change. *J. Am Diet Assoc*, 101: 562.
- 14- Devlin, M.J. Yanouski, S.Z. & Wilson, J. T. (2000). Obesity: What Mental Health Professional Need To Know. *Am J Psychiatry*; 157: 6.
- 15- Dickerson, L. & Carek, P.J. (2000). Drug Therapy for Obesity. *Am Fam Physician*; 513434-3138 31-38
- 16- Drohan, S.H. (2002). Managing Early Childhood Obesity In The Primary Care Setting: A Behavior Modification Approach. *Pediatr Nurs* 28 (6): 599 - 610.
- 17- Eissa, M. A. & Gunner, K. B. (2004). Evaluation And Management Of Obesity In Children And Adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 18 (1): 35-38.
- 18- Devlin, M.J. Yanouski, S.Z.& Wilson, J.T. (2000). Obesity; What Mental Health Professional Need to Know. *Am J Psychiatry*; 157: 6.
- 19- Esmaeily, H., Azimi-Nezhad, M., Ghayour-Mobarhan, M., Parizadeh, M., Safarian, M., Parizadeh, M., Hassankhani, B., Salardini, E., Houshang, Z.,
- 20- Fabris de souza, S.A., Faintuch, J., Valezi,A.C., Sant'anna, A., Gam- rodrigues J.J.& Melor.D., (2005). Postual Changes In Morbidly Obese Patients. *Obes Surg*, Aug: 15(7): 1013-1016.
- 21- Faith, M. S., Johnson, S. L., Allison, D. B. (1997). Putting The Behavior Into The Behavior Genetics Of Obesity. *Behav Genet* 27: 423-439.
- 22- Gillihan, S. (2002). Sex differences in the provision of skillful emotional support: The mediating role of self- efficacy. *Journal of communication Report*, P: 6-21
- 23- Golay, A. (2010): Dietary and Body weight control: therapeutic education, motivational Interviewing and cognitive behavioral approaches for long term weight losse maintenance. *Nestle Nutre work shop serclin perform programme Development psychology*, Vol, 20, p 134 -7.

- 24- Golay, A., Belin, S., Ybarra, J., Toti, F., Pilchard, C., Picco, n., & Allaz, A.F. (2004). A New Interdisciplinary Cognitive Behavioral Nutritional Approach To Obesity Treatment: A 5-Year Follow Up Study. *Eat Weight Disord* Mar, 9(1): 29-34.
- 25- Hellriegel, D.; Slocum, J & Woodman, R. (2001): *Organizational Behavior*, Ohio, South-Western College Publishing
- 26- Jacoby, E., Goldstein, J., Lopez, A., Nunez, E., & Lopez, T. (2003). Social Class, Family and Life-Style Factors Associated with Overweight and Obesity among Adults in Peruvian Cities. *Preventive Medicine*, 37, pp. 396-405. American Health Foundation and Elsevier Inc: Academic Press.
- 27- Javad, H., Reza, O. M., & Ferns, G. (2009). Association between Socioeconomic Factors and Obesity in Iran. *Pakistan Journal of Nutrition*, 8(1), pp. 53-56. Asian Network for Scientific Information.
- 28- Kimm, S.Y., Barton, B.A., Obarznek, E., & Crawford, P. (1997) Changes In Adiposity In A Biracial Cohort During Puberty. *Canadian Journal of Cardiology*, 13-21
- 29- Kohl, H.W. & Hobbs, K.E. (1998). Development Of Physical Activity Behaviors Among Children And Adolescents. *Pediatrics*, 101: 549-554.
- 30- Levine, G.A., Lanningham - Faster, L.M., M.C., Crady, S.K., Krizan, A.C., Olson, L.R., Kane, P.H., Jensen, M.D, & Clark, M.M. (2005). Inter Individual Variation In Posture Allocation: Possible Role In Human Obesity. *Science*, 307: 584-586
- 31- Logue, A.W., King, G.R. (1991). Self Control And Impulsiveness In Adult Humans When Food Is A Reinforcer. *Appetite* 17: 105-120.
- 32- Maddux, J. E. (1998): Personal efficacy chapter (8) in V. Derlega & B. Winstead & W. Jones (eds) (1998), *Personality: Contemporary theory & research* Chicago Nelson-Hall.
- 33- Manson, J.E., Wittet, W. C. & Stapfer, M. J. (1995). Body Weight And Mortality Among Women. *N Engl J Med*, 333: 677-685.
- 34- Marchesini, G., Natale, S., Chierici, S., Manini, R., Sartini, A.M. & Baraldi, I., (2002). Effects Of Cognitive Behavioral Therapy On Health. Related Quality disorder. *Int J Obes Relat Metab Disord*. Sep; 26 (9) 61 - 67.

- 35- Martino, S., Dillon, K., & Jordan, B., (2008). The Rise of Obesity in Young Women: Does the Media Have an Impact? *Journal of Humanities & Social Sciences*, 2(2).
- 36- Munsch, S., Biedert, E., Meyer, A., Michael, T., Schlup, B., & Margraf, J. (2007). A Randomized Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Behavioral Weight Loss Treatment for Overweight Individuals with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), pp. 102-113
- 37- Myers, M. D. (2004). Obesity Definition. *Western Journal Of Medicine*, 562: 493.
- 38- Myers, A., & Rosen, J.C., (2009): Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms body image and self-esteem. *International journal of eating disorders*, Vol. P 221-300.
- 39- Myles, S., Faith, D., & Allan, G., (2010) Increasing pediatric Obesity in the United States, *Developmental Psychology*, Vol, 20, 358-363.
- 40- Nemet, D., Barkan, S., Epstein, Y. & Eliakim, A. (2004). Short And Long Term Beneficial Effects Of A Combined Dietary Behavioral Physical Activity Intervention For The Treatment Of Childhood Obesity. *Pediatrics*, 115 443-449.
- 41- Pendleton, V. R., Goodrick, G. K., Poston, W. S. & Foreyt J. P. (2002). Exercise Augments The Effects Of Cognitive Behavioral Therapy In The Treatment Of Binge Eating. *Int J Eat Disord*, Mar, 31 (2): 172-184.
- 42- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S. (1994). Stages of change And Decisional Balance For 12 Problem Behaviors. *Health Psychol*, 13: 39
- 43- Rampal, L., Rampal, S., Khor, G. L., Zain, A. M., Ooyub, S. B., Rahmat, R. B., Ghani, S. N., & Krishnan, J., (2007). A National Study on the Prevalence of Obesity among 16,127 Malaysians. *Asia Pac Clin Nutr*, 16(3), pp. 561-566.
- 44- Raymond J. And Anne A. (1994): *Encyclopedia Of Psychology*, The United States, America, Vol 1.
- 45- Regehr, C.; Hill, J. & Glancy, G. (2000): Individual Predictors of Traumatic Reactions in Firefighters, *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol.188, No.6, U.S.A, Williams & Wilkins

- 46- Richman, R. M., Loughnan, G. T., Droulers, A. M., Steinbeck, K. S., & Caterson, I. D. (2001). Self-Efficacy in Relation to Eating Behavior among Obese and Non-Obese Women. *International Journal of Obesity*, 25, pp. 907-913. Nature Publishing Group.
- 47- Robinson & Killen (2001). Body Image, Eating Disorders And Obesity In Youth. *Perceptual & Motor Skills*, 81 (3): 341
- 48- Rodriguez-Martin, A., Ruiz, P.N., Nieto, J.M.M., & Jimenez, L. E. (2009). Life-style Factors Associated with Overweight and Obesity among Spanish Adults. *Nutricion Hospitalaria*, 24(2), pp. 144-151.
- 49- Schwarzer, r, (1999) General Perceived Self-Efficacy in 14 cultures Washington Dc: hemisphere, pp1-8.
- 50- Spence-Jones, G. (2003). Overview of obesity. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26, 83- 88.
- 51- Solomon, C. G. & Manson, J. E (1997). Obesity And Mortality: A Review Of The Epidemiologic Data. *American Journal Of Clinical Nutrition*, 66 (suppl 4): 1044 – 1055
- 52- Stahre, L., Tarnell, B & Hallstrom, T. (2010): Arandmized Controlled Trial of Two Weight Reducine Short Term Group Treatment Programs from Obesity with ant 8 Month Follow up. *Journal of Mavviage and the Fomily*, Vol. 20. P 48 – 55.
- 53- Stice, E., Presnell, K., Shaw, H., & Rohde, P. (2005). Psychological and Behavioral Risk Factors for Obesity Onset in Adolescent Girls: A Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), pp. 195-202. The American Psychology Association.
- 54- Stunkard, A. J. (1996). Current View On Obesity. *Am J Med*, 100: 230 - 236.
- 55- Troiano, R. P., Flegal. K. M., Kuezmarski. R. J., Johnson, C. L. (1995). Overweight Prevalence And Trends For Children And Adolescents. *Arch Pediatr Adolese Med*, 149: 1085–1091
- 56- Wamsteker, E. W., Greenen, R., Iestra, J. k & Zelissen, P. M. (2005). Obesity – Related Beliefs Predict Weight Loss After An 8-Week Low – Calorie Diet. *J Am Diet Assoc*. 105 (3): 441-444.
- 57- Williamson, DA., Womble, LG., & Zucker NI. (2009): Body imag assessment for Obesity (B.I.A.O) development of new procedure in Jobes relate. *Metab Disord*; Oct: 24 (10), PI 326-3240.

- 58- Wolff , G. E., & Clark, M. M. (2001). Changes in Eating Self-Efficacy and Body Image Following Cognitive Behavioral Group Therapy for Binge Eating Disorder: A Clinical Study. *Eating Behaviors*, 2, pp. 97-104.
- 59- Woodrow-Keys, E. (2006). The Effects of Body Image on Career Decision Making Self-Efficacy and Assertiveness in Female Athletes and Non-Athletes. The Graduate College of Marshall University.
- 60- Yaneovski, J. & Yanovski, S.(1999). Recent Advances In Basic Obesity Research. *J AMA*, 282: 1504-1506. [lalwasat.lay ://https](https://www.lalwasat.lay)

الملاحق

ملحق رقم (1)

يوضح أسماء الأساتذة المحكمين لمقياس الكفاءة الذاتية

ت	الاسم	التخصص	الدرجة العلمية	الجامعة
1	عبدالله علي البكوش	الطب النفسي	أستاذ	جامعة المرقب
2	عبدالرحمن صالح الأزرق	علم النفس	أستاذ	جامعة طرابلس
3	أحمد محسن ظافر	علم النفس	أستاذ	جامعة طرابلس
4	ياسر محمد عزب	علم النفس الأكلينيكي	أستاذ مشارك	جامعة الجبل الغربي
5	سيد أبوزيد عبد الموجود	علم النفس الأكلينيكي	أستاذ مشارك	جامعة الجبل الغربي
6	مجدي محمد زينة	علم النفس الأكلينيكي	أستاذ مشارك	جامعة الجبل الغربي
7	ربي ناصر الشعراي	الإرشاد النفسي	أستاذ	الجامعة اللبنانية
8	كمال يوسف بلان	الإرشاد النفسي	أستاذ	جامعة دمشق
9	سامر جميل رضوان	الإرشاد النفسي	أستاذ	جامعة دمشق
10	رياض نايل العاسمي	الإرشاد النفسي	أستاذ	جامعة دمشق
11	أمينة محمد رزق	علم النفس	أستاذ	جامعة دمشق
12	قحطان أحمد الظاهر	علم النفس	أستاذ	الجامعة الأردنية

ملحق رقم (2)

يوضح أسماء الأساتذة المحكمين للبرنامج الإرشادي

ت	الاسم	التخصص	الدرجة العلمية	الجامعة
1	عبدالله علي البكوش	الطب النفسي	أستاذ	جامعة المرقب
2	مصطفى مفتاح الشقمانى	الطب النفسي	أستاذ	جامعة المرقب
3	ياسر محمد عزب	علم النفس الأكلينيكي	أستاذ مشارك	جامعة الجبل الغربي
4	مجدي محمد زينة	علم النفس الأكلينيكي	أستاذ مشارك	جامعة الجبل الغربي
5	سيد أبوزيد عبد الموجود	علم النفس الأكلينيكي	أستاذ مشارك	جامعة الجبل الغربي
6	كمال يوسف بلان	الإرشاد النفسي	أستاذ	جامعة دمشق
7	سامر جميل رضوان	الإرشاد النفسي	أستاذ	جامعة دمشق
8	ربي ناصر الشعراني	الإرشاد النفسي	أستاذ	الجامعة اللبنانية
9	قحطان أحمد الظاهر	علم النفس	أستاذ	الجامعة الأردنية

ملحق رقم (3)

مقياس آراء المحكمين

جامعة الزاوية

مركز البحوث والدراسات العليا

قسم علم النفس / شعبة الدراسات النفسية

الأستاذ الدكتور الفاضل /..... المحترم

تحية تقدير واحترام وبعد،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة ضمن متطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي بعنوان: مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات، وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية الشعور بالكفاءة الذاتية لدى البدينات.

حيث يشير مفهوم الكفاءة الذاتية إلى: مجموعة من الاعتقادات تدور حول قدرة الفرد على تنظيم وتنفيذ مجموعة من الأفعال والقيام بأداء السلوكيات والأدوار المطلوبة لتحقيق الأهداف المرجوة منه بنجاح في وقت محدد مثل الوصول للوزن المثالي.

والآن بصدد إعداد مقياس يقيس الكفاءة الذاتية، ويتضمن هذا المقياس ستة أبعاد وهي: الكفاءة الذاتية: (الاجتماعية - الوجدانية - ممارسة التمرينات الرياضية - العادات الغذائية - عادات النوم - سلوكيات الوقاية الصحية) ويتم الإجابة عليه من خلال خمس بدائل هي: (أوافق بشدة، أوافق، لا أدري، لا أوافق، لا أوافق بشدة).

ونظراً لما تتمتعون به من كفاءة علمية وخبرة واسعة أرجوا منكم التفضل بإبداء

ملاحظاتكم حول الآتي:

- هل الفقرة مناسبة للبعد.
- مدى سلامة الفقرة من حيث الصياغة.
- إجراء التعديل الذي ترونه مناسب.

جزاكم الله خيراً

الباحثة/ أسمهان أحمد موني

التعديل المقترح	مناسبة من حيث صياغتها ومناسبتها لفهم أفراد العينة	الفقرة مناسبة للبعد	الفقرة	البعد
			أستطيع كسب محبة الآخرين بسهولة	1- الكفاءة الذاتية الاجتماعية
			أشعر بأنني موضع ثقة الأشخاص الذين أتعامل معهم	
			من الصعب عليّ أن أرفض دعوة لحضور حفل	
			أشعر بأن وجودي أو غيابي يؤثر في الآخرين	
			يستشيرونني أصدقائي حينما تواجههم مشاكل	
			أتصرف بهدوء عندما أكون مع صديقاتي	
			أحرص على إقامة علاقات طيبة وأخذ دور قيادي في المجموعة	
			أبادر إلى مساعدة الآخرين عندما يحتاجون إلى مساعدة	
			تمكني كفاءتي من اكون قدوة للآخرين في حياتي الاجتماعية	
			استطيع التعامل مع المشكلات الاجتماعية التي تواجهني	2- الكفاءة الذاتية الوجدانية:
			أستطيع التحكم بمشاعري وانفعالاتي	
			أفقد السيطرة على كمية الطعام التي أتناولها عندما اغضب	
			أستخدم الانفعالات الإيجابية كي أتوصل إلى حلول لمشكلاتي	
			أستطيع الحفاظ على هدوئي امام الصعاب لأنني اعتمد على قدراتي في مواجهتها	
			عندما اشعر بالفشل أعمل باجتهاد أكبر	
			أشعر بحيوية دافعة عندما ابدأ عملاً	
			لدي مستوى عالي من العزيمة والإرادة	
			أستطيع أن أتغلب على شعوري بالضيق عندما أرى من هم أجمل جسماً مني	

التعديل المقترح	مناسبة من حيث صياغتها ومناسبتها لفهم أفراد العينة	الفقرة مناسبة للبعد	الفقرة	البعد
			أساعد الآخرين على ضبط انفعالاتهم عند مرورهم بظروف قاسية	
			أولد في نفسي الانفعال الذي يشعر به الآخرين	
			امارس نشاطاً رياضياً بانتظام طوال العام	3- الكفاءة الذاتية لممارسة التمرينات الرياضية.
			امارس التمارين الرياضية عند الافراط في تناول الطعام	
			أمارس التمارين الرياضية رغم الاحباط من الآخرين	
			لا يمنعني العرق الذي يصاحب اداء التمارين الرياضية من ممارستها	
			اتحمل التدريبات الرياضية في سبيل الحصول على جسم جميل	
			يدفعني الفشل في اداء التدريبات الرياضية إلى العمل باجتهاد اكبر	
			إذا قمت بممارسة التمارين الرياضية، فإني أشعر بالجوع وأتناول المزيد من الطعام	
			احرص على أن أكون لائقة بدنيا	
			اتبع نظاماً غذائياً سليماً رغم شعوري بالجوع وشهيتي الشديدة للطعام	
			اتجنب الطعام الذي يحتوي على النشويات مثل (الخبز - البطاطا - الارز)	
			امارس ضبطاً لشهيتي، فاتناول الفواكه والخضروات بدل الحلويات رغم وجودها	
			افقد السيطرة على تناول الطعام عند مشاهدتي للتلفزيون	
			اراقب عدد السعرات الحرارية في طعامي	
			أميل للإفراط في تناول الطعام عندما أمر ببعض المشاكل	

التعديل المقترح	مناسبة من حيث صياغتها ومناسبتها لفهم أفراد العينة	الفقرة مناسبة للبعد	الفقرة	البعد
			أتجنب تناول الأطعمة بين الوجبات الرئيسية بالرغم من حبي لها	
			أحب الطعام كثيراً بدرجة تمنعني من مراقبة ما أتناوله	
			امتنع عن تناول الدهون حفاظاً على صحتي	
			رغم إغراءات الخروج والفسح فإنني أفضل النوم الكافي المبكر	الكفاءة الذاتية لعادات النوم:
			أواظب على النوم في مواعده حفاظاً على صحتي	
			أنام عدداً كافياً من الساعات	
			أنام خلال دقائق عندما أذهب للفراش	
			أعاني كثيراً من الكوابيس والأحلام المزعجة	
			نومي مضطرب ومقطع	
			اميل الي النوم كثيرا	
			افزع من النوم كثيرا	
			ممارسة الأنشطة البدنية من أبرز أولويات حياتي	6- الكفاءة الذاتية لسلوكيات الوقاية الصحية:
			أعرف الأشياء التي تؤثر سلباً في صحتي	
			استخدم السلم بدلاً من المصعد الكهربائي	
			أواظب على الاستشارات الصحية مهما كثرت مشاغلي	
			أمشي 30 دقيقة يومياً على الأقل	
			أحرص على عدم الجلوس لفترات طويلة	
			أخطط دوماً للعناية بصحتي النفسية والبدنية	
			أزن نفسي باستمرار	
			انتبه جيداً عند ظهور أي أعراض مرضية	
			أجتهد لانقاص وزني لكي تتحسن صحتي	

ملحق رقم (4)

الصياغة النهائية لمقياس الكفاءة الذاتية

بيانات أولية:

الاسم: العمر:
الوزن: الطول:
مؤشر كتلة الجسم: الحالة الاجتماعية:
المستوى التعليمي: المهنة:

تعليمات:

أختي الفاضلة.

يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تحدد كفاءتك في عدد من المجالات،
ويلي كل عبارة خمسة خيارات هي: أوافق بشدة، أوافق، لا ادري، لا أوافق، لا أوافق بشدة.
الرجاء منك:

قراءة العبارة جيداً، ومن ثم تحديد درجة انطباقها عليك، وذلك باختيار إجابة واحدة،
بوضع علامة (x)، ولا تتركي عبارة دون إجابة، وتذكرى أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى
خاطئة طالما الإجابة تعبر عن شعورك نحو ماتحملة العبارة، وأن المعلومات محاطة بالسرية
التامة، وستستخدم لغرض البحث العلمي فقط.

شاكراً لك حسن تعاونك

الباحثة / أسمهان موني

ت	الفقرة	أوافق بشدة	أوافق	لا دري	لا أوافق	لأوافق بشدة
1	استطيع كسب محبة الآخرين بسهولة					
2	اشعر بأننى موضع ثقة الاشخاص الذين اتعامل معهم					
3	احب المشاركة فى المناسبات الاجتماعية					
4	اشعر بان وجودى او غيابى يؤثر على الآخرين					
5	يستشيرونى اصدقائى حينما تواجههم مشاكل					
6	اتصرف بهدوء عندما اكون مع اصدقائى					
7	ابادر إلى مساعدة الآخرين عندما يحتاجون إلى المساعدة					
8	تمكنى كفايتى من أن اكون قدوة للآخرين فى حياتى الاجتماعية					
9	استطيع التعامل مع المشكلات الاجتماعية التى تواجهنى					
10	استطيع التحكم بمشاعري وانفعالاتي					
11	افقد السيطرة على تصرفاتي عندما اغضب					
12	أكون متزنة انفعاليا عند التفكير في حل مشكلاتي					
13	استطيع الحفاظ على هدوئى أمام الصعاب لأنني اعتمد على قدراتي في مواجهتها					
14	عندما اشعر بالفشل اعمل باجتهاد اكبر					
15	اشعر بحيوية دافعة عندما ابدا عملا					
16	لدي مستوى عالي من العزيمة والإرادة					
17	استطيع التغلب على شعوري بالضيق عندما ارى من هم اجمل جسماً مني					
18	امارس نشاطاً رياضياً بانتظام رغم مشاغلي					
19	امارس التمارين الرياضية عند الإفراط في تناول الطعام					
20	أمارس التمارين الرياضية رغم الاحباط من الآخرين					
21	لايمنعني العرق الذي يصاحب اداء التمارين الرياضية من ممارستها					
22	اتحمل التدريبات الرياضية في سبيل الحصول على جسم جميل					

ت	الفقرة	أوافق بشدة	أوافق	لا دري	لا أوافق	لأوافق بشدة
23	يدفعني الفشل في اداء التدريبات الرياضية إلى العمل باجتهاد اكبر					
24	امارس التمارين الرياضية بالرغم من وجود مغريات لمنعي من ذلك					
25	احرص على أن أكون لائقة بدنيا					
26	اتبع نظاما غذائيا سليما رغم شعوري بالجوع وشهيتي الشديدة للطعام					
27	اتجنب الطعام الذي يحتوي على النشويات مثل (الخبز-البطاطا-الارز)					
28	امارس ضبطا لشهيتي، فأتناول الفواكه والخضروات بدل الحلويات رغم وجودها					
29	افقد السيطرة على تناول الطعام عند مشاهدتي للتلفزيون					
30	اراقب عدد السعرات الحرارية في طعامي					
31	اميل للافرط في تناول الطعام عندما أمر ببعض المشاكل					
32	اتجنب تناول الاطعمة بين الوجبات الرئيسية بالرغم من حبي لها					
33	امتنع عن تناول الدهون حفاظا على صحتي					
34	اواظب على النوم في موعده حفاظا على صحتي					
35	انام عددا كافيا من الساعات					
36	انام خلال دقائق عندما اذهب للفراش					
37	اعاني كثيرا من الكوابيس والأحلام المزعجة					
38	نومي مضطرب ومنقطع					
39	اميل إلى النوم كثيرا					
40	افزع من النوم كثيرا					
41	ممارسة الأنشطة البدنية من ابرز اولويات حياتي					
42	استخدم السلم بدلاً من المصعد الكهربائي					
43	اواظب على الاستشارات الصحية مهما كثرت مشاغلي					

ت	الفقرة	أوافق بشدة	أوافق	لا دري	لا أوافق	لأوافق بشدة
44	أمشي 30 دقيقة يومياً على الأقل					
45	احرص على عدم الجلوس لفترات طويلة					
46	اخطط دوماً للعناية بصحتي النفسية والبدنية					
47	ازن نفسي باستمرار					
48	انتبه جيداً عند ظهور اي اعراض مرضية					
49	اجتهد لإنقاص وزني لكي تتحسن صحتي					

ملحق رقم (5)

استمارة تقييم الجلسة

الاسم: العمر:

أختي العزيزة، فيما يلي مجموعة من الأسئلة لمعرفة انطباعاتك حول الجلسة، الرجاء الإجابة عليها وإبداء رأيك وتقديم مقترحاتك لأن ذلك يهمني.

1. مارأيك في محتوى جلسة اليوم؟

.....
.....

2. هل يتناسب وقت الجلسة مع مضمونها؟

.....
.....

3. ما رأيك في أداء المرشدة خلال الجلسة؟

.....
.....

4. ما هي أهم الموضوعات التي تشعري أنك أستقدتي منها في الجلسة؟

.....
.....

5. هل توجد موضوعات تري أنها أقل فائدة بالنسبة لك؟ وما اقتراحك حولها؟

.....
.....

6. هل تقابلك صعوبات في نقل خبراتك من الجلسة إلى حياتك اليومية؟

.....
.....

7. هل تري أن هناك مفاهيم وموضوعات أخرى يمكن أن تضاف للجلسة؟

.....
.....

لك جزيل الشكر

المحق رقم (6)

قائمة التقدير

الاسم: الوزن:

العمر: الطول:

مؤشر كتلة الجسم:

1- متى بدأت زيادة الوزن لديك ؟

وأنت في عمر (.....).

2- نمط تغير الوزن ؟

(زيادة مستمرة _ التذبذب بين الزيادة والنقصان _ ثبات في الوزن).

3- أعلى وزن ثم تسجيله وأقل وزن ؟

أعلى وزن (.....) أقل وزن (.....).

4- عدد المحاولات السابقة لإنقاص الوزن ونتائجها ؟

(.....) محاوله نتائجها

5- تأثير هذه المحاولات على الوزن ؟

مقدار فقد الوزن (.....) الوزن المكتسب (.....) درجة الرضا عن ذلك (.....)

سرعة إعادة اكتساب الوزن (.....) النجاح في الحفاظ على الوزن (.....).

6- ما أنواع الأطعمة التي تتناولينها ؟

..... -

..... -

..... -

7- هل تأكلين بين الوجبات الرئيسية ؟

نعم () لا () أحياناً ()

8- هل تأكلين الوجبات السريعة ؟

نعم () لا () أحياناً ()

9- كمية الطعام التي تتناولونها ؟

10- هل لديك مشكلات متعلقة بالأكل مثل تعمد القيء أو سوء استعمال المسهلات...الخ؟

نعم () لا () أحياناً ()

11- هل تفقدين القدرة على التحكم في كمية الأكل ؟

نعم () لا () أحياناً ()

12- ما نوع المحاولات الحالية للحد من كثرة الأكل ؟

-
-
-

13- ما هو معدل ممارستك للتمارين الرياضية ؟

ثلاث مرات في الأسبوع () أكثر من ذلك () يومياً ()

14- ما اتجاهاتك نحو ممارسة التمارين الرياضيه ؟

-
-
-

15- ما هو معدل نشاطك البدني ؟

مرة في الأسبوع () أكثر من مرة () يومياً ()

16- ما اتجاهاتك نحو ممارسة النشاط البدني ؟

-
-
-

17- ما هي أسباب رغبتك في إنقاص الوزن ؟

لتغيير المظهر () لزيادة الشعور بالجاذبية ()

- لتغيير مقاس الملابس ()
 لتحقيق هدف مرتبط بالعمل ()
 لعلاج مشكلات صحية ()
 لتقليل مخاطر التعرض للإمراض ()
 لتقليل الإحساس بالثقل البدني ()

18- ما هو الوزن المثالي الذي تتمنين الوصول إليه ؟

(.....) كيلو غرام.

19- ما هو الوزن المرغوب الذي تتمنين الوصول إليه ؟

(.....) كيلو غرام.

20- ما هو الحد الأدنى المقبول لفقد الوزن ؟

(.....) كيلو غرام.

21- هل تعتقدين أن حياتك ستتغير إذا وصلت للوزن الذي ترغبين فيه ؟ وكيف ؟

.....

22- هل تعانين من مشكلات صحية ؟ اذكرها ؟

-
 -
 -

23- ما هو العلاج الحالي لهذه الإمراض ؟

-
 -
 -

24- هل توجد مشكلات في الوزن لدى أقاربك من الدرجة الأولى؟ ومن هم؟

-
 -
 -

25- ما هي الصعوبات المتوقعة في سبيل إنقاص الوزن ؟

شخصية : نقص الدافعية () فقدان الأمل () سوء الحالة المزاجية ()

خارجية : صعوبات تتعلق بالأسرة () ضغوط العمل ()

أخرى أذكرها:

26- ما هي اهتماماتك وهواياتك ؟

..... -

..... -

..... -

27- أي شيء له أهمية لديك؟

..... -

..... -

..... -

مع جزيل الشكر



ملحق (7)

إستمارة تقييم إستعدادك لتغيير السلوك

تحية طيبة،،،

من فضلك أجبني عن الأسئلة التالية وتكون إجابتك على متصل من (1- 5):

1- ما مستوى رغبتك في فقد الوزن؟

لا توجد رغبة 1 2 3 4 5 رغبة كبيرة

2- هل أنت مستعدة لتغيير نمط حياتك؟

مستعدة 1 2 3 4 5 أكثر استعداداً

3- هل توجد صعوبات لتغيير نمط حياتك؟

توجد 1 2 3 4 5 لا توجد

4- هل تشعرى بالثقة في أنك تستطيعي تغيير غذاؤك؟

غير واثقة 1 2 3 4 5 واثقة

5- هل تشعرى بالثقة في أنك تستطيعي تغيير غذاؤك؟

غير واثقة 1 2 3 4 5 واثقة

6- هل تشعرى بالثقة في أنك تستطيعي زيادة ممارستك للتمارين الرياضية؟

غير واثقة 1 2 3 4 5 واثقة

7- هل تشعرى بالثقة في أنك تستطيعي زيادة نشاطك البدني؟

غير واثقة 1 2 3 4 5 واثقة

8- مامدى الدعم المتوفر من أسرته؟

لا يوجد دعم 1 2 3 4 5 دعم كبير

9- مامدى دعم أصدقائك؟

لا يوجد دعم 1 2 3 4 5 دعم كبير

مع خالص الشكر



ملحق رقم (8)

كيفية الإستعداد لتغيير السلوك

أختي الغالية،،،

هل أنت على استعداد لتغيير سلوكك؟

فيما يلي مجموعة من الصفات إذا كنت تمتلكينها كلها أو بعضها فهي علامات جيدة

على إنك أكثر رغبة ودافعية لتغيير سلوكك وتشمل هذه الصفات :

- الرغبة القوية وإرادة التغير نحو الأفضل.
- الحد الأدنى من العقبات في طريق التغير.
- الثقة بالنفس لإحداث التغير.
- الشعور الجيد تجاه التغير والاعتقاد بأنه سينتج عنه فوائد ذات معنى.
- ملاحظة أن التغير المخطط يتطابق مع تخيل الذات والمعايير الاجتماعية.
- التشجيع والدعم من الأشخاص المقربين لأجل التغير.

أهداف فقد الوزن/ والآمال :

- كم تتوقعي أن تفقدي من وزنك؟

.....

- ما السرعة التي تتوقعي أن تفقدي بها الوزن؟

.....

- ما الفوائد التي تتوقعينها كنتيجة لفقد الوزن؟

.....

،،، بالتوفيق

ملحق (9)

نموذج القبول والتغيير

يعد كل من القبول والتغيير أساسيان جوهريان للتحكم الناجح في الوزن وإليك هذه

المعلومات:

- بعض تصورات مشكلات الوزن الزائد يمكن تغييرها، والبعض منها لا يمكن تغييرها.
- العلاج الناجح هو الذي يساعدك على تغيير ما يمكن تغييره وتقبل ما لا يمكن تغييره.
- وزن الجسم له نطاق ومدى معين فهو محدد وراثياً، لذلك يمكن التحكم به فقط بشكل جزئي.
- من الممكن عمل تغييرات حاسمة في الوزن في وقت قصير عن طريق تقليل الطعام بشكل حاد، لكن أظهرت بحوث كثيرة أن أي من هذه التغييرات لا يستمر على المدى البعيد.
- حالياً لا يوجد علاج للحد من الوزن الزائد (سوى العمليات الجراحية للمعدة) التي ينتج عنها فقدا للوزن بما يعادل 10-15% من وزن الجسم والوزن المفقود بشكل عام يُعاد اكتسابه. ويتم اكتساب ثلث الوزن خلال العام الأول، ويتم اكتساب كل الوزن المفقود خلال خمس سنوات. وذلك واقعي وحقيقي بالنسبة لكل العلاجات غير الجراحية مثل الحمية، والحميات قليلة السعرات بشكل حاد، وتعديل السلوك، وأدوية تقليل الشهية.
- لو فقدت 10-15% من وزنك الذي بدأت به سوف يصبح وزنك (.....).
- معظم الناس يكون وزنهم المرغوب أبعد كثيراً عن حدود 10-15% للوزن الذي يجب فقده. ونتيجة ذلك فهم ينظرون للعلاج ولأنفسهم على أنه فاشلاً. بينما أنه يُعد إنجازاً أن يفقدوا هذا الحد من الوزن وأن يحتفظوا به.
- أن فوائد نقص ما يتراوح بين 10-15% من الوزن تشمل التالي:
 - تحسن المظهر وتقلل من حجم الخصر (وبالتالي مقاس الملابس).
 - تحفز الإحساس العام بالصحة العامة وتقدير الذات.

- تقلل من العديد من التأثيرات السلبية على الصحة والمرتبطة بالبدانة (مثل ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع الدهون بالدم، ارتفاع السكر بالدم) وأيضا الوقاية من خطر نشوء هذه الأمراض.

- تحسين الوعي باللياقة البدنية.

إذا تقبّلتني ماسلف ذكره فإنّ لذلك تأثير إيجابي على جودة الحياة لديك، حيث يمكنك

التالي:

• يمكنك تغيير وزنك في مدى بين (10-15% من الوزن) بالرغم من أن الوزن المفقود ليس كبيراً كما تريد.

• يمكنك تحقيق أهدافاً شخصية أخرى بشكل مباشر، لكن من الأساس أن تتقبلي ما لا يمكنك تغييره (معدل الوزن، شكل الجسم).

• لو لم تتجحي في قبول ما لا يمكنك تغييره، فسوف تكوني في خطر الأمور التالية :

- تقليل قيمة ما أنجزته وأحرزته من نجاح.

- اعتقادك بأنك لن تستطيعي التحكم في وزنك على الإطلاق.

- لن تكوني مستعدةً بشكل كافٍ للحفاظ على الوزن الذي فقدته، ويعتبر ذلك سبباً رئيسياً لإعادة اكتساب الوزن.

بالتوفيق

ملحق (10)

نموذج حل المشكلات

سيدتي الفاضلة أن الحل الفعال للتعامل مع مشكلاتك يسير في ست خطوات أساسية مع خطوة نهائية للمراجعة. وهذه الخطوات هي كما يلي:

الخطوة الأولى: حددي المشكلة مبكرًا.

الخطوة الثانية: حددي المشكلة بوضوح.

الخطوة الثالثة: فكري في أكبر عدد من الحلول الممكنة.

الخطوة الرابعة: فكري في تضمينات كل حل من الحلول.

الخطوة الخامسة: اختاري الحل الأمثل أو عددًا متصاحبًا من الحلول معًا.

الخطوة السادسة: ابدأي في تنفيذ الحل.

تم قومي بمراجعة كل عملية حل للمشكلة لتري إن كان بإمكانك أن تجريها بشكل أفضل. وسوف تتقدمين في ذلك بالممارسة.

بالتوفيق

ملحق (11)

نصائح غذائية

نصائح غذائية للوصول إلى وزن صحي والمحافظة عليه

- 1- **حافظي على أوقات منتظمة للوجبات** حاولي ألا تتخطي أي وجبات لأن التخطي يقود إلى إفراط في الأكل في بقية اليوم. وإذا لم يكن لديك وقت لوجبات كاملة فاحرصي على تناول وجبات خفيفة وصحية.
- 2- **اقربي بطاقات الأغذية عند شرائك لها**، لأنها تنبهك إلى حجم الحصة وعدد السعرات في كل حصة وكمية الدهون المشبعة في كل حصة، وهذا يساعدك في اختيار الغذاء الصحي.
- 3- **أدخلي بعض البدائل على غذائك لخفض السعرات** مثلاً اشربي ماء أو الشاي البارد غير المحلى بدلاً عن المشروبات عالية السعرات. اختاري النوعيات منخفضة السعرات ومنخفضة الدهون من الجبن والقشدة الحامضة والمايونيز. لا تكثري من الأغذية المقلية وبدلاً عن ذلك تناولي المخبوز أو المسلوق أو المشوي .
- 4- **حددي من تناول الأطعمة مثل الثلجات والكعك أو رقائق البطاطا**. استمتعي بها وذلك بتناول النوعيات منخفضة السعرات أو التقليل منها .
- 5- **حددي حجم حصصك من الأطعمة للسيطرة على الكمية**. تناولي حجم حصة واحدة وذلك بوضعها في وعاء بدلاً من أكلها من العلبة.
- 6- **التحكم في السعرات الحرارية عند تناول الغذاء في الخارج**. في مطاعم الوجبات السريعة قللي من حجم الطعام والمشروب بدلاً من الأحجام الكبيرة، راجعي مواقع مطاعم الوجبات السريعة المفضلة على الإنترنت للمعلومات الغذائية لاختيار الصحية منها .
- 7- **اطلبي بعض الأشياء من المطعم**. مثل عدم إضافة الجبن ووضع الصلصة على جانب الطبق وأن تكون تتبيلة السلطة منخفضة الدهون وأن يستبدلوا شرائح البطاطا المقلية بالخضراوات، وتجنبي الأطباق المقلية .
- 8- **خططي مقدماً للوجبات والوجبات الخفيفة وتأكدي من حصولك على الطعام الذي تريديه** وهذا يسهل عليك الحصول على وجبات خفيفة صحية ومخطط لها .

9- تجنب الأماكن والأوضاع التي تثير الأكل مثلا إذا كان المرور بجوار محل للحلويات يفتح

شهيتك لها فقمي بتغيير الطريق، استبدلي أكل الحلويات بالخضراوات، وتجنبي الأكل اثناء

مشاهدة التلفزيون أو القراءة.

10- حاولي استبدال الأكل بنشاطات أخرى مثلا المشي أو التحدث مع صديقة، فهذه النشاطات

تجنبك السرعات الزائدة ويمكن أن تكون مرضية أكثر من الأكل.

ملحق (12)

نموذج مراقبة مستوى نشاطك

أن الخطوة الأولى في سبيل زيادة مستوى نشاطك البدني، هي قياس مدى نشاطك الآن. ولكي تفعل ذلك فأنت بحاجة في نهاية كل يوم قياس ثلاث أشكال من النشاط التي تم مناقشتها أثناء الجلسات. قومي بذلك على مدى الأربع وعشرون ساعة (منذ منتصف الليل وحتى منتصف الليل لليوم التالي).

أولاً: عدم النشاط:

- كم عدد الساعات التي قضيتها جالسه أو راقده.
- كم عدد الساعات التي قضيتها جالسة في العمل أو المدرسة .

ثانياً: نمط الحياة النشط:

- كم عدد الساعات التي قضيتها في النشاطات مثل المشي، الوقوف، صعود السلم، والأعمال المنزلية؟

ثالثاً: التمرينات الرياضية :

- كم عدد الدقائق التي قضيتها في ممارسة التمرينات الرياضية ومانوعها؟

والجدول التالي يلخص مستوى نشاطك خلال الأربع وعشرون ساعة الماضية. ويجب عليك إكماله في نهاية اليوم.

جدول تقييم مستوى النشاط

	عدم النشاط (بالساعات)
	نمط الحياة النشط (بالساعات)
	التدريبات الرياضية (دقائق)

لك جزيل الشكر

ملحق (13)

قائمة فحص صعوبات وعوائق فقد الوزن

فيما يلي قائمة للصعوبات والمعوقات الشائعة لفقد الوزن. من فضلك حددي إن كانت

(أي منها) تنطبق عليك أم لا. وضعي علامة في العمود المناسب:

لا	إلى حد ما	نعم	
			<p>* حجم الأجزاء طعامك؟</p> <ul style="list-style-type: none"> - هل حجم القطع يميل للكبر؟ - هل تتناولي قطع إضافية مرة ثانية؟ - هل تتناولي كل ما يوجد في الصحن أمامك؟ - هل تتناولي بقايا الطعام. <p>* اختياراتك من الطعام والشراب:</p> <ul style="list-style-type: none"> - هل تميلي لأكل الأطعمة الغنية بالطاقة (عالية الدهون)؟ - هل تتحاشي تناول بعض الأطعمة؟ <p>* كيف تأكلين:</p> <ul style="list-style-type: none"> - هل أنت من الأفراد الذين يأكلون بسرعة كبيرة؟ - هل تتناولي طعامك في أماكن أخرى غير المطبخ وحجرة الطعام؟ - هل تأكلي أثناء مشاهدتك للتلفزيون؟ - هل تأكلي أثناء ممارستك لبعض النشاطات؟ - هل تخططي لأكلك مقدما؟ - هل تتناولي طعامك مباشرة من العبوة؟ <p>* معوقات أخرى في سبيل فقد الوزن:</p> <ul style="list-style-type: none"> - هل فقدت دافعيتك حيال فقد الوزن؟ - هل تميلي للأكل تحت الضغوط؟ - هل تميلي للأكل عندما تكوني منزعجة؟ - هل التفكير بصورة الأبيض والأسود يقف كخلفية وراء محاولتك لفقد الوزن؟ - هل تواجهي صعوبات أو معوقات أخرى في سبيل فقد الوزن؟

ملحق (14)

نموذج موازنة الطاقة

لماذا يكون لدى بعض الناس مشكلات في الوزن؟

- لكي تحسلي على وزن ثابت، فإن طاقتك المأخوذة (ما تتناولينه من طعام وشراب) يجب أن تساوى الطاقة المفقودة (التي تحرقها) وذلك يعني أن تمارسي النشاط البدني باستمرار. فهناك سببين رئيسيين لمشكلة زيادة الوزن غالباً ما يوجدان معاً هما الأكل بشراهة (الطاقة المأخوذة عالية جداً)، وغير نشطة بشكل كافٍ (لا تحرق طاقة كافية). نشأة مشكلة الوزن عندك هي نتيجة لأن الطاقة المأخوذة (السعرات) تكون أكبر من الطاقة المفقودة (النشاط) وبشكل مستمر عبر فترة من الزمن تخزن الطاقة الزائدة في الجسم على هيئة دهون.
- أن الوزن الزائد يتم فقده فقط عندما تبتكري توازن سلبي للطاقة، بحيث جسمك يعتمد على الطاقة المخزنة (الدهون).
- لتخفيف الوزن تكوني في حاجة لتقليل الطاقة المأخوذة (الطعام والشراب).
- إن معدل فقدك للوزن يمكن أن يتضاعف عن طريق زيادة الطاقة التي تحرقها كنتيجة للنشاط البدني والرياضي، وهذا يساعدك أيضاً في الحفاظ على الوزن.
- وبمجرد أن تصلي لمعدل الوزن المرغوب لديك، تصبجي بحاجة لمواءمة طعامك، ومستوى نشاطك للحفاظ على وزنك.
- لو كانت لديك مشكلة تقف خلف اكتسابك للوزن، يجب أن تستخدم أسلوب حل المشكلات لعلاجها وحلها.

ملحق (15)

نموذج خطة المحافظة على الوزن

من فضلك أختي العزيزة أن تضعي رأيك وملاحظاتك تحت العبارات التالية:

1- الأسباب التي من أجلها تريدان المحافظة على وزنك:

(أ) (ب)

(ج) (د)

2- العادات الجيدة التي يجب أن تحتفظي بها (العادات الغذائية):

(أ) (ب)

(ج) (د)

3- العادات الجيدة التي يجب أن تحتفظي بها (النشاط البدني):

(أ) (ب)

(ج) (د)

4- العادات الجيدة التي يجب أن تحتفظي بها (التمرينات الرياضية):

(أ) (ب)

(ج) (د)

5- المناطق الخطرة التي يجب أن تكوني واعية بها :

(أ) (ب)

(ج) (د)

شكراً لك

ملحق رقم (16)

التقييم النهائي للبرنامج

- الاسم: العمر:
- أولاً: كانت مشاركتي في البرنامج:
- ثانياً: ساعدني البرنامج في معرفة أفضل على:
1. (كثيراً . وسط . قليلاً . أبداً)
 2. (كثيراً . وسط . قليلاً . أبداً)
 3. (كثيراً . وسط . قليلاً . أبداً)
- ثالثاً: الأساليب والفنيات المستخدمة كانت فعالة:
- رابعاً: موضوعات كل جلسة كانت فعالة:
- خامساً: تحسنت في:
1. (كثيراً . وسط . قليلاً . أبداً)
 2. (كثيراً . وسط . قليلاً . أبداً)
 3. (كثيراً . وسط . قليلاً . أبداً)
 4. (كثيراً . وسط . قليلاً . أبداً)
- سادساً: كانت الباحثة نموذجاً جيداً في:
1. التواصل
 2. الانصات الفعال
 3. التعبيرات الصادقة المناسبة
- سابعاً: كانت الباحثة ناجحة في استخدام فنيات البرنامج
- ثامناً: كانت الباحثة أكثر نجاحاً في
- تاسعاً: أكثر ما أفادني في البرنامج هو
- عاشراً: أقل ما أفادني في البرنامج هو
- حادي عشر: اذكر ملاحظتك واقتراحاتك عن:
1. محتوى البرنامج

2. موضوعاته.....
3. أساليبه.....
4. الباحثة.....
5. الاستفادة من الجلسات.....
6. مدة كل جلسة.....
7. مدة البرنامج.....
8. مواعيد الجلسات والبرنامج.....

لك فائق التقدير والإحترام