

# المعتقدات الصحية في علاقتها بكل من صورة الجسم المدركة والشعور بالوصمة لدى أطفال السمنة والأصحاء

## إعداد

د. هدى سعيد أحمد

قسم علم النفس - جامعة القاهرة

## ملخص :

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن أحجام العلاقات الارتباطية ووجهتها بين المعتقدات الصحية، وصورة الجسم المدركة، والشعور بالوصمة وبين بعضها البعض، وذلك لدى عينة من أطفال مرضي السمنة والأصحاء من الجنسين، وتكونت عينة الدراسة من (١٢٤) طفل وطفلة (٦٢ طفل وطفلة من مرضي السمنة، و٦٢ من الأصحاء من الجنسين)، ممن تراوحت أعمارهم ما بين ٩ إلى ١٢ عاماً، وتم تطبيق بطارية الدراسة التي شملت كلاً من اختبار المعتقدات الصحية، واختبار صورة الجسم المدركة، واختبار الشعور بالوصمة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود شبكة من العلاقات الارتباطية الموجبة بين كل من المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة وبعض المقاييس الفرعية لدى عينة المرضى من الذكور والإناث، بينما لم يتبين وجود علاقات ارتباطية دالة بين بعض المقاييس الفرعية للمتغيرين، كما كشفت النتائج عن وجود بعض العلاقات الارتباطية السالبة لدى عينة الأصحاء من الجنسين بين بعض المقاييس الفرعية لكل من المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة. كما أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة بين المعتقدات الصحية والشعور بالوصمة وكل من المقاييس الفرعية للمتغيرين، وذلك لدى عينة المرضى من الذكور والإناث، بينما كانت هناك بعض الارتباطات العكسية لدى عينة الأصحاء من الجنسين. كما بينت النتائج أن هناك علاقات ارتباطية موجبة ودالة احصائياً بين الشعور بالوصمة وصورة الجسم المدركة لدى عينة المرضى من الجنسين، بينما كانت هناك بعض الارتباطات العكسية لدى عينة الأصحاء من الذكور والإناث.

**كلمات مفتاحية:** المعتقدات الصحية - صورة الجسم المدركة - الشعور بالوصمة -

اضطراب السمنة.

## مقدمة :

لقد ازداد انتشار مرض السمنة وزيادة الوزن على مدي الثلاثين عاماً الماضية لتتضاعف معدلاته بين الأطفال والمراهقين، وأصبحت مشكلة صحية رئيسية في البلدان النامية والمتطورة، كما تعد هذه المشكلة عالمية أيضاً وتؤثر بشكل جوهري على البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وخاصة في المناطق الحضرية، وكثيراً ما تعزي هذه الظاهرة إلى الانخراط في عدد من السلوكيات التي تعتمد على كثرة الجلوس (مثل مشاهدة التلفاز، وألعاب الفيديو، أو استخدام الحاسب الآلي في أوقات الفراغ، بالإضافة إلى انخفاض مستويات النشاط البدني (Abdelkarim, Ammara, Soliman & Hökelmann, 2017).

ووفقاً للمسح الصحي الذي قامت به وزارة الصحة المصرية عام ٢٠١٤، والذي أظهر أن النسبة المئوية للأطفال والمراهقين ذوي الوزن الزائد الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٥ سنوات و ١٩ سنة كانت ٣٥% لدى الذكور، و ٣٦,٤% لدى الإناث، في حين كانت النسبة المئوية للسمنة لدى الذكور ١٠,٥%، و ٩,٥% لدى الإناث (Hassan, El-Masry, El-Batrawy, Khalil, Ali & Al-Tohamy, 2018).

وقد أثبت عديد من الدراسات ارتباط كل من زيادة الوزن والسمنة بعدد من العواقب النفسية أيضاً، حيث يعاني الأطفال المصابون بالسمنة وزيادة الوزن من عدد من المشكلات، التي تتضمن عدم الرضا عن الجسم والصورة السلبية للجسم، وانخفاض تقدير الذات، والاكتئاب، والقلق، والشعور بالوصمة الذاتية والوصمة من قبل الآخرين والأقران، والشعور بالتهميش الاجتماعي، هذا بالإضافة إلى الصعوبات الاجتماعية كالنبذ من الأقران، والعزلة والشعور بالوحدة (Khairy, Eid, El-Hadidy, Gebril & Megawer, 2016; Tso, Rowland, Toumbourou & Guadagno, 2017; Quattropani & Buccheri, 2013).

ولتوضيح الارتباط بين المعتقدات الصحية وصورة الجسم أجريت دراسة هدفت لمعرفة مدي تأثير صورة الجسم على السلوك الصحي والمعتقدات الصحية لدى مرضي السكر وفقاً لمؤشر كتلة الجسم، وأظهرت نتائج هذه الدراسة ارتباط صورة الجسم المدركة والمعتقدات الصحية بالسلوك الصحي لدى هؤلاء المرضى، حيث أثرت صورة الجسم المدركة والمعتقدات على السلوك الصحي لدى المرضى الذين يرتفع لديهم مؤشر كتلة الجسم عن ٢٤ كيلو جراماً، بينما لم تؤثر على السلوك الصحي لدى المرضى الذين ينخفض لديهم مؤشر كتلة الجسم عن ٢٤ كيلو جراماً، حيث ارتفعت لديهم مستويات القابلية المدركة وإدراك الفوائد والمعوقات التي تؤثر على السلوك الصحي، وكانوا أكثر التزاماً بإجراءات الإدارة الذاتية لمرض السكر، كما كشفت النتائج عن وجود علاقة موجبة بين السلوك الصحي وتقييم المظهر الجسمي، حيث وجد أن المرضى ذوو مؤشر كتلة الجسم المرتفع يميلون لتقييم صورة الجسم لديهم بشكل سلبي (Chao, Lao, Hao, & Lin, 2012).

ولتوضيح الارتباط بين المعتقدات الصحية والشعور بالوصمة يظهر من خلال السياق أننا نعيش في ثقافة منشغلة بالطعام وتناوله، وفي الوقت نفسه هناك وصمة اجتماعية قوية ضد الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن والبدانة بما في ذلك الأطفال، وبالتالي فإن الثقافة الحالية ترسل بثبات وبقوة رسالتين متعارضتين "من الجيد أن تأكل" "من السوء أن تكون بدينًا"، وبالتالي تؤثر هذه الرسائل المتناقضة من قبل وسائل الإعلام والثقافة الشعبية السائدة على معتقدات الآباء وأطفالهم. وفي حين أن وسائل الإعلام والثقافة الشعبية تعزز بوضوح الأطعمة غير المفيدة، فإن الوالدين يتحملان المسؤولية عن إطعام أطفالهم بشكل صحيح، ومع ذلك فإن الآباء والأمهات عرضة للضغوط الاجتماعية ذاتها مثل أي شخص آخر لتناول الطعام بطريقة غير صحية، وبالإضافة إلى ذلك يقوم الوالدان بإظهار حبهم لأطفالهم بإعطائهم الحلوي، وفي الوقت نفسه يقومون بتحذير أطفالهم منها لكي لا يصبحوا بديناء (Klaczynski, 2008 Schwartz & Puhl, 2003).

### مشكلة الدراسة :

في ضوء ما سبق، يمكننا بلورة مشكلات الدراسة الراهنة على النحو التالي :

- هل هناك علاقات ارتباطية جوهرية بين المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة لدى أطفال السمنة في مقابل الأصحاء؟
- هل هناك علاقات ارتباطية جوهرية بين المعتقدات الصحية والشعور بالوصمة لدى أطفال السمنة في مقابل الأصحاء؟
- هل هناك علاقات ارتباطية جوهرية بين صورة الجسم المدركة والشعور بالوصمة لدى أطفال السمنة مقابل الأصحاء؟

### مفاهيم الدراسة :

#### أولاً : مرض السمنة :

تعريف السمنة وزيادة الوزن وفقاً لمنظمة الصحة العالمية :

السمنة هي تراكم غير طبيعي ومرضي أو مفرط للدهون قد يؤثر بشكل سلبي على الصحة، ويتم حساب السمنة من خلال مؤشر كتلة الجسم<sup>١</sup>، وهو مؤشر بسيط للوزن مقابل الطول، والذي يستخدم عادة لتصنيف الوزن الزائد والسمنة لدى البالغين، ويتم تعريفه على أنه وزن الشخص بالكيلو جرام مقسوماً على مربع طوله بالأمتار (كجم/م<sup>٢</sup>). وفي هذه الحالة يتم تعريف السمنة لدى الأطفال بأنها ارتفاع مؤشر كتلة الجسم عن النسبة المئوية ٩٥% من الشريحة العمرية نفسها والجنس نفسه، في حين يتم تعريف زيادة الوزن بأنه ارتفاع مؤشر كتلة الجسم عن النسبة المئوية ٨٥%، وأقل من النسبة

(1) Body Mass Index (BMI).

المئوية ٩٥%، وذلك بالتناسب مع المستوى العمري والجنس (Through: Khairy, Eid, El-Hadidy, Gebril & Megawer, 2016).

### تصنيف مركز التحكم في الأمراض والوقاية منها<sup>٢</sup> لحالات الوزن :

هذا التصنيف يعتمد على تحديد زيادة الوزن والسمنة بمستوي الدقة المطلوبة عند الطرف الأعلى لتوزيع مؤشر كتلة الجسم (على سبيل المثال : السمنة تساوي مؤشر كتلة الجسم الأكبر من الرتبة المئينية ٩٥ لمن هم في عمر الطفل وجنسه ذاته) [Zahra, 2016].

#### جدول (١) حالات الوزن وفقاً لمؤشر كتلة الجسم

حالة الوزن	التصنيف
النحافة	مؤشر كتلة الجسم أقل من الرتبة المئينية الخامسة
الوزن الطبيعي	في المئين الخامس إلى أقل من المئين ٨٥
الوزن الزائد	من ٨٥ إلى أقل من المئين ٩٥
السمنة	يساوي أو أكبر من الرتبة المئينية ٩٥

(Zahra, 2016)

### ثانياً : المعتقدات الصحية :

ويستخدم مفهوم المعتقدات الصحية على نطاق واسع وذلك لفحص السلوكيات الصحية والوقائية ودور السلوكيات المرضية، كما أنه من المفاهيم التي وضعت لتفسير السلوك الصحي، وشرح الإجراءات الصحية الوقائية، فالمعتقدات الصحية تقدم نموذجاً لتحليل العوامل المرتبطة بقرارات الأفراد بقبول أو رفض التدابير الصحية، والقرارات المرتبطة بالإجراءات الصحية الموصى بها، والتي تعتمد على تصورات الأفراد للقابلية للإصابة بالمرض أو مضاعفاته وخطورة المرض، وفوائد الإجراءات الصحية والمعوقات التي تحول دون اتخاذ تلك الإجراءات الصحية (محمد عبدالقادر، ٢٠١٧).

### ثالثاً : صورة الجسم المدركة :

وتتضمن صورة الجسم المدركة التصورات الذاتية للمظهر الجسدي، والصور العقلية التي تتطوي على كيف ينظر المرء لذاته، هذه التصورات قد لا تكون تمثيلات دقيقة، فقد يكون الفرد ذا وزن طبيعي ولكنه يدرك ذاته الجسمية بأنه نحيف أو بدين، وبالتالي تشكل هذه التصورات الذاتية الأسس الخاصة باتجاهات الفرد نحو صورة جسمه (Cash, 2012).

(2) Centers for Disease Control and Prevention.

أما مفهوم تفاوت صورة الجسم<sup>٣</sup> فيتم تعريفه بأنه الفرق الذي يدركه الفرد بين الجسم الفعلي (على سبيل المثال معتقدات الفرد عن جسمه أو صورة جسمه)، والجسم المثالي (الحجم الذي يعتقد الفرد أنه يجب أن يكون عليه وفقاً لعمره وجنسه) (Robbins, Ling & Resnicow, 2017).

مما سبق نجد أنه غالباً ما يستخدم الباحثون مصطلحات صورة الجسم، وعدم الرضا عن الجسم، وتفاوت صورة الجسم بشكل متبادل، بصرف النظر عن طرق قياس هذه المتغيرات، وبشكل عام صورة الجسم هي المفهوم الذاتي للمظهر الجسمي للشخص بناءً على التصورات والاتجاهات الذاتية، والتي تتضمن الأفكار والمعتقدات والمشاعر، وتتكون صورة الجسم من مكونين، هما: الإدراكات أو التصورات حول مظهر الجسم (المعرفية أو العقلانية)، والاستجابات الوجدانية لهذه التصورات (الوجدانية، والإنفعالية)، ومع ذلك يقوم باحثون آخرون بفحص هذه المكونات بشكل منفصل (Robbins, Ling & Resnicow, 2017).

#### رابعاً : الوصمة<sup>٤</sup> :

ويعرف جوفمان الوصمة بأنها حالة الفرد الذي يتم استبعاده من القبول الاجتماعي الكامل، كما لاحظ جوفمان أن الناس يميلون إلى وصم الشخص نتيجة لثلاثة أسباب مختلفة تتضمن وجود إعاقة بدنية، أو وجود اضطراب في الشخصية، أو كون الفرد عضواً غريباً عن الجماعة (Through: Elran-Barak & Bar-Anan, 2018).

أو هي مجموعة من الاتجاهات المضادة والأفكار النمطية والسلوكيات التمييزية والتكتلات الاجتماعية المتحيزة التي أقرتها مجموعة كبيرة عن مجموعة فرعية، وهي تتضمن ثلاثة أنواع، النوع الأول وهو وصمة الجماعة ويركز على اتجاهات المجتمع تجاه الشخص الموصوم، والثاني وهو وصمة الذات ويركز على استبعاد وتبني الأفراد لنظرات وتقييمات المجتمع السلبية لهم، أما النمط الثالث فهو الوصمة الأسرية ويشير إلى الوصمة التي يعايشها الفرد نتيجة لكونه مرتبطاً بأقارب لديهم صفات واصمة (هيام صادق، ٢٠١٤).

وتم اقتراح أنماط عديدة من الوصمة في الإنتاج الفكري، حيث لخص كل من بيسكو ومارتن **Pesco & Martin** منظورين يمكن من خلالهما تصنيف الوصمة، أو طبيعة هذا المفهوم (والتي تشير إلى أن الوصمة يتم إدراكها أو التعبير عنها، أو توقعها، أو تلقيها، أو ممارستها)، وتم تصنيف مفهوم الوصمة إلى عدة تصنيفات نظراً لأن الوصمة ظاهرة متعددة الأبعاد : منها الوصمة العامة، والوصمة التركيبية، والوصمة التهذيبية أو التي تعتمد على اللطف، والوصمة من القائمين بالخدمة، والوصمة الذاتية (Alimoradi, Golboni, Griffiths, Broström, Lin, & Pakpour, 2020).

(3) Body Image Discrepancy.

(4) Stigmatization.

## النماذج المفسرة لمفاهيم الدراسة :

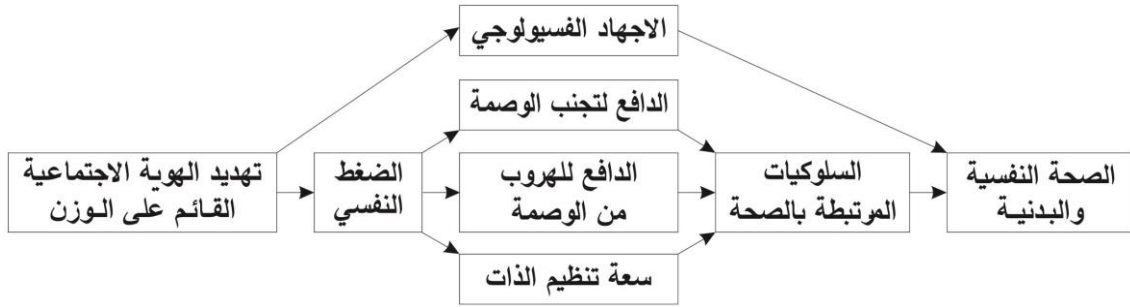
النماذج التي جمعت بين الوصمة والمعتقدات الصحية :

### نموذج تهديد الهوية الاجتماعية :

يوضح هذا النموذج كيف يمكن للوصمة المرتبطة بالوزن أن تساهم في زيادة الوزن والتدهور في الصحة البدنية والنفسية بين الأفراد ذوي الوزن الزائد، حيث يقترح هذا النموذج أن تهديد الهوية الاجتماعية القائم على زيادة الوزن يمكن أن يزيد من معدلات الإجهاد الفسيولوجي ويضعف من التنظيم الذاتي للفرد، ويزيد من الدافعية لتجنب السياقات التي يمكن أن يحدث بها الوصم (على سبيل المثال، صالة الألعاب الرياضية)، هذا بالإضافة إلى الهروب من وصمة الوزن من خلال الانخراط في فقد الوزن بطريقة غير صحية.

والهوية الاجتماعية هي جزء من مفهوم الفرد عن ذاته والمستمد من العضوية المدركة في فئة اجتماعية أو مجموعة اجتماعية معينة. وفي حالة الوزن، عندما يصنف الأشخاص أنفسهم بأنهم زائدي الوزن أو يعانون من السمنة، أو الاعتقاد في أن الآخرين يقومون بتصنيفهم على هذا النحو، يتكون لدى الفرد هوية اجتماعية بأنه مشترك مع فئة الأفراد زائدي الوزن، وبالتالي يشعرون بالقلق بأنهم سوف ينظر إليهم من خلال عدسة نمطية، ومن ثم يتم التقليل من شأنهم أو الحكم عليهم بشكل سلبي بسبب أوزانهم. ويدرك الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة أن زيادة الوزن أمر غير محبذ من الناحية الثقافية، وبالتالي هذا الوعي يجعلهم عرضة لمخاطر تهديد الهوية الاجتماعية القائمة على الوزن. وينشط التهديد للهوية الاجتماعية في المواقف التي يتعرض فيها الفرد للتمييز مباشرة مثل إخباره بأنه ينبغي أن يفقد وزنه، من خلال الرسائل أو السلوكيات التي تقلل من قيمة الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة مثل النكات، أو التغطية الإعلامية حول التكاليف التي يتحملها المجتمع نتيجة السمنة. وللتغلب على الضغط أو الإجهاد الناتج عن تهديد الهوية الاجتماعية، تتأثر قدرة الوظائف التنفيذية لدى الفرد، وبالتالي يحدث تدهور في قدرة الفرد فيما بعد على التحكم في الذات أثناء تناول الطعام، وتنظيم الضغوط. وتعد الانفعالات السلبية والأفكار الآلية والقلق الذي تسببه الوصمة جهداً في حد ذاته . وبالتالي قد يحاول الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة قمع الصور النمطية والانفعالات السلبية، أو العمل بجدية لإعطاء انطباع جيد. وتشير نتائج عديد من الدراسات إلى أن المواقف التي يخشى فيها الفرد أن يكون هدفاً للقوالب النمطية السلبية أو الحكم السلبي تؤدي إلى تقييد الأداء في المهام التي تتطلب تحكماً تنفيذياً مثل مهام الذاكرة العاملة، وعملية تنظيم تناول الطعام غير الصحي. وتتمثل إحدى الاستجابات لتهديد الهوية الاجتماعية في تجنب المجالات التي من المحتمل أن تحدث بها الوصمة، وبعض هذه المجالات التي يكون فيها الوصم أكثر شيوعاً هي الأماكن التي تعزز الصحة والرفاهية كأماكن ممارسة الأنشطة الرياضية والأماكن العامة، هذا بالإضافة إلى أماكن تقديم الخدمات الصحية، حيث

أن هناك مستويات مرتفعة من التحيز الواضح بين الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية بما في ذلك المتخصصين في مجال السمنة. كما يزيد تهديد الهوية الاجتماعية أيضاً الدافع للهروب من الوصم عن طريق فقد الوزن، وفي الوقت نفسه قد يقلل من القدرة على القيام بذلك، كما يشمل أيضاً الهروب من خلال تجنب ممارسة الرياضة، ورفض اتباع حمية غذائية، وزيادة تناول الطعام (Hunger, Major, Blodorn & Miller, 2015; Hayward, Vartanian & Pinkus, 2018).



شكل (١) نموذج تهديد الهوية الاجتماعية

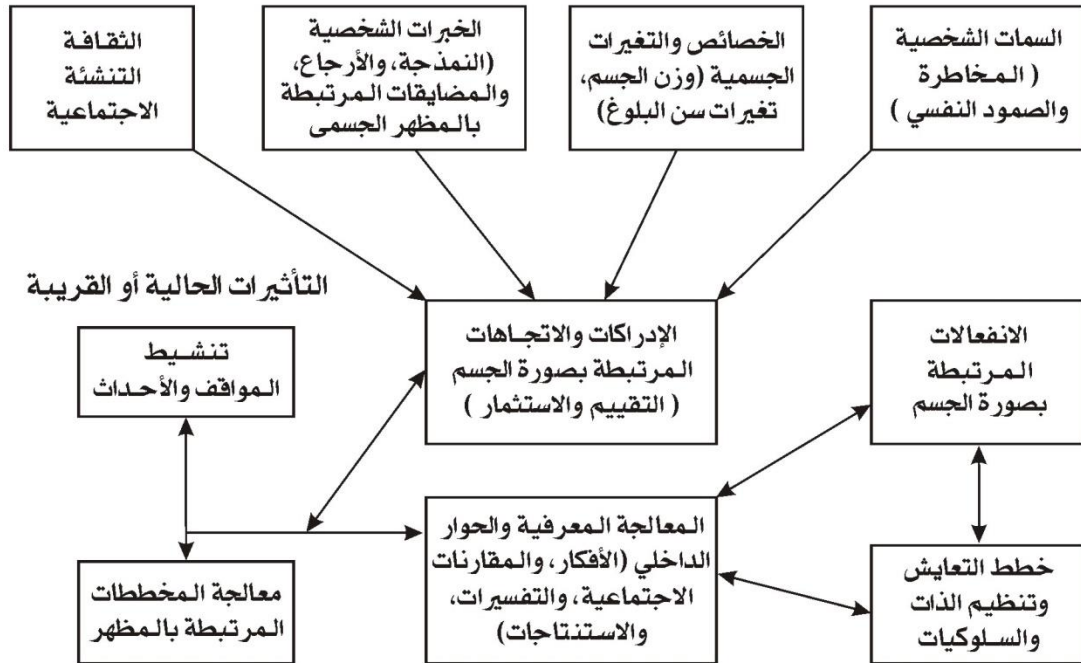
(Hunger, Major, Blodorn, & Miller, 2015; Hayward, Vartanian, & Pinkus, 2018)

## النماذج التي جمعت بين الوصمة وصورة الجسم :

### [١] النموذج المعرفي السلوكي لصورة الجسم :

يفترض هذا النموذج أن صورة الجسم ليست ظاهرة فريدة بل تشير إلى عدد من المتغيرات المترابطة التي سيتم عرضها كما يلي :

### التأثيرات الارتقائية والتاريخية



شكل (٢) النموذج المعرفي السلوكي لصورة الجسم (Cash, 2012).

ويشير هذا النموذج إلى العوامل والتأثيرات التي تشكل أو تطور صورة الجسم، حيث تشير العوامل التاريخية إلى الأحداث الماضية والخبرات التي تؤثر على الكيفية التي يفكر أو يشعر أو يتصرف وفقاً لها الفرد فيما يتعلق بجسمه، ومن أبرز هذه العوامل الثقافة والتنشئة الاجتماعية حول معني المظهر الجسمي والخبرات المرتبطة بالجسم أثناء الطفولة والمراهقة، والخصائص الجسمية ومتغيرات الشخصية، ومن خلال مختلف الأنماط من التعلم الشرطي والمعرفي والاجتماعي والتعلم القائم على المشاهدة والنمذجة تترسخ هذه العوامل بشكل قوي في الاتجاهات المرتبطة بصورة الجسم (التقييم والاستثمار)، وفي هذا النموذج المعرفي السلوكي تتطابق العوامل المرتبطة بصورة الجسم الحالية مع السياقات وأحداث الحياة، وتكون بمثابة عوامل مرسبة أو محافظة على التأثيرات المتعلقة بخبرات صورة الجسم، بما في ذلك معالجة المعلومات والحوارات الداخلية والانفعالات المرتبطة بصورة الجسم والتنظيم الذاتي (Cash, 2012).

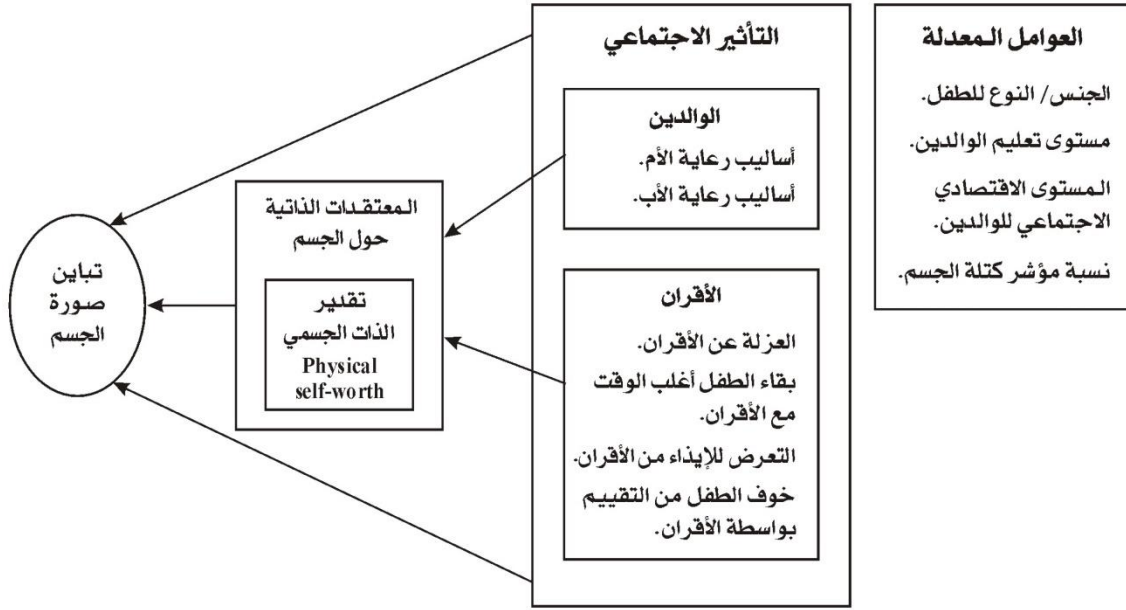
ويتم تعريف صورة الجسم من خلال الكيفية التي يدرك بها الأفراد الخبرات المرتبطة بمظهرهم الجسمي، كما تتضمن أيضاً الخبرات المرتبطة بالكفاءة الوظيفية الجسمية والسلامة الحيوية لأعضاء الجسم (مثل الصحة واللياقة البدنية، والمهارات الرياضية)، وتتكون الخبرات المرتبطة بالمظهر من الإدراكات المرتبطة بجوانب المظهر (على سبيل المثال التمثيلات المعرفية لحجم الجسم والشكل وخصائص الوجه)، واتجاهات الفرد نحو المظهر الجسمي والتي تشمل ميول الفرد في التفكير والشعور (وجدان أم انفعال، والتصرف السلوكي اتجاه بعض المواقف أو الأشياء)، وهناك بعدان مرتبطان بالاتجاهات المرتبطة بصورة الجسم، هما: تقييم صورة الجسم، والذي يشير إلى المعتقدات الإيجابية والسلبية لدى الفرد حول التقييم المعرفي لمظهره الجسمي بشكل عام، أو حول جوانب محددة من المظهر، فقد يعتقد الفرد أنه جذاب أو غير جذاب أو لديه وزن مقبول أو غير مقبول وكذلك ملامح الوجه، هذه التقييمات تتضمن عنصراً وجدانياً (على سبيل المثال مشاعر الرضا وعدم الرضا عن صورة الجسم)، بينما يتضمن البعد الثاني استثمار صورة الجسم والذي يسمى أيضاً بالتقييم أو الأهمية، والذي يشير إلى الأهمية النفسية التي يحددها الأفراد لمظهرهم الجسمي ومدى تأثرهم بها بالنسبة لمفهوم الفرد عن ذاته، وينطوي هذا البعد على ما يسمى بالمخططات الذاتية حول مظهر الفرد، حيث عرف ماركوس (Markus, 1977)، المخططات الذاتية بأنها تعميمات معرفية حول الذات مستمدة من الخبرات السابقة، والتي تنظم وتوجه معالجة المعلومات ذات الصلة بالخبرات الاجتماعية التي يمر بها الفرد، وتعكس المخططات الذاتية للمظهر الافتراضات الأساسية أو المعتقدات المحملة بالعاطفة أو المعتقدات حول أهمية مظهر الفرد في الحياة بما في ذلك أهميته لهوية الفرد أو إحساسه بذاته (Cash, 2012).



## [٢] نموذج تباين صورة الجسم :

يوضح هذا النموذج دور العوامل المرتبطة بالأسرة والأقران في حدوث درجة التباين المرتبطة بصورة الجسم المدركة، كما يوضح هذا النموذج الارتباطات السالبة والموجبة بين التأثير الاجتماعي والعواقب المرتبطة بالصحة، ومدى تأثير الأسرة والأقران على معتقدات الأطفال عن أنفسهم، وعن مظهرهم الجسمي، ومدى تقديرهم لمظهرهم الجسمي. ويعاني معظم المراهقين الصغار من الشعور بعدم الرضا عن أجسامهم نتيجة للتفاوت بين الحجم المثالي المدرك، وحجم الجسم الواقعي المدرك، والذي بدوره يؤثر على دورة الوزن، وحدث اضطرابات تناول الطعام، والاكتئاب، والسمنة. وتقرح نتائج بعض الدراسات أن الأطفال يتعلمون من أسرهم وأصدقائهم المعتقدات المرتبطة بالرغبة في النحافة، وأن زيادة الوزن أمر غير جذاب، وبالتالي بحثت الدراسات عن دور العلاقات الأسرية وعلاقات الأقران في نشأة عدم الرضا عن الجسم لدى الأطفال، حيث ارتبط انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية من الوالدين والأقران بعدم الرضا عن الجسم، كذلك ارتبط انخفاض تقدير الذات بارتفاع معدلات عدم الرضا عن الجسم ( Michael, Wentzel, Elliott, Dittus, Kanouse, ) (Wallander & Schuster, 2014).

ويوضح النموذج دور العوامل الوالدية، حيث بينت نتائج الدراسات أن الرعاية الوالدية متغير مؤثر خلال فترة الارتقاء، حيث كان هناك عديد من الارتباطات الإيجابية بين المراهقين الصغار الذين كانوا يشعرون بالرضا عن أجسامهم، وبين الرعاية الوالدية الإيجابية والدعم المقدم من الوالدين، وذلك بالمقارنة بالمراهقين غير الراضين عن أجسامهم الذين نشأوا في أسر تتبع أساليب الرعاية السلبية وغير الداعمة، وبالتالي فإن الرعاية الوالدية لها تأثير على صورة الجسم لدى الأطفال، وذلك لأن نتائج الدراسات بينت الارتباط بين انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية والوجدانية من الوالدين بارتفاع مستويات تباين صورة الجسم المدركة، كذلك ارتبط تعبير الوالدين عن عدم رضائهم عن أوزان أطفالهم أو تعريض الأطفال لخبرات الإيذاء والمضايقات المتعلقة بالوزن، بالتأثيرات السلبية على معتقدات أطفالهم حول أنفسهم. أما عن تأثير الأقران، فإن المراهقين الصغار الذين يشعرون بالقبول والتواصل مع جماعة الأقران الخاصة بهم كانوا مدركين لذواتهم بشكل إيجابي، وكانوا أكثر تقديراً لذواتهم الجسمية، بينما ارتبط نقد الأقران، ومضايقاتهم المتعلقة بالوزن وشكل الجسم سلبياً على معتقدات المراهقين الصغار حول مظهرهم الجسمي وارتبط ذلك بانخفاض مستويات التقدير الذاتي لأجسامهم، حيث يعد تقدير الذات الجسمي مكوناً مهماً يسهم بشكل كبير في مرحلة الطفولة والمراهقة حيث يرتبط إيجابياً بالقبول بين الأقران في مرحلة المراهقة، وأظهرت نتائج الدراسات أن الذكور أظهروا معدلات أعلى من تقدير الذات الجسمية بالمقارنة بالإناث (Michael, Wentzel, Elliott, Dittus, Kanouse, Wallander & Schuster, 2014).



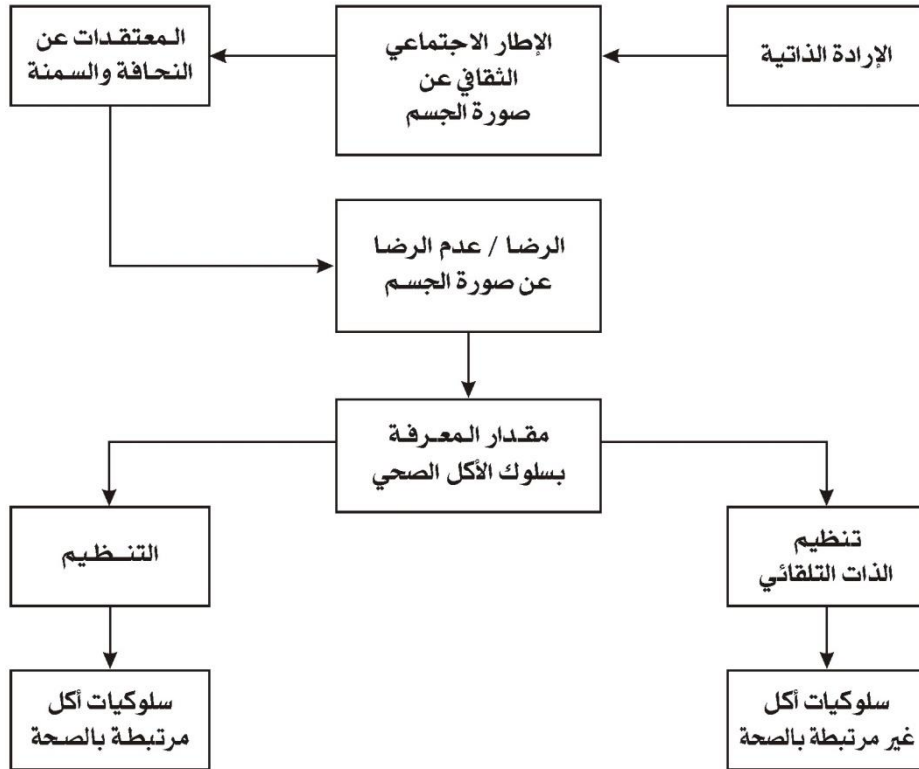
شكل (٣) نموذج تباين صورة الجسم

(Michael, Wentzel, Elliott, Dittus, Kanouse, Wallander & Schuster, 2014)

النماذج التي جمعت بين المعتقدات الصحية وصورة الجسم :

نموذج تنظيم سلوكيات الأكل :

قدم كل من بيليتير وديون Pelletier & Dion هذا النموذج والذي يفترض أن السلوكيات تتحدد من حيث كونها ترتبط بالصحة أو لا ترتبط بها بناء على عدد من العوامل يوضحها الشكل التالي:



شكل (٤) نموذج تنظيم سلوكيات الأكل (من خلال: سهير الغباشي، هناء شويخ، ٢٠١١)

ويبدأ النموذج بالإرادة الذاتية العامة، وهي تشير إلى درجة إرادة الفرد العامة، فإذا كانت قوية بدرجة كافية، فإن تأثير الإطار الاجتماعي والثقافي المتعلق بصورة الجسم يتضاءل، أما في حالة انخفاض الإرادة، فإن تأثير هذا الإطار الاجتماعي والثقافي يأخذ في الزيادة، ومن ثم تنشط المعتقدات المؤيدة للنحافة وللسمنة، وهذه المعتقدات تولد حالة من عدم الرضا عن الجسم، عندئذ يصبح سلوك الأكل لدى الفرد عرضة لأحد طرفين، هما: إما تنظيم الذات (التقائي)، والذي يكشف عن سلوك أكل مضطرب، أو التنظيم التحكمي، والذي يكشف عن سلوك أكل مرتبط بالصحة، ويصاحبه توافق نفسي، ويمكن أن يضاف إلى هذا التصور متغير مقدار المعرفة بسلوك الأكل الصحي، والذي ربما يحدد مسار السلوك إما نحو التنظيم التحكمي أو تنظيم الذات حيث يفترض ارتباط التنظيم التحكمي لسلوك الأكل الصحي إيجابياً مع مقدار المعرفة بسلوك الأكل الصحي، وأضاف ويليامسون **Williamson** أنه إذا حدث اتساق بين النقييمات الذاتية والمعايير الثقافية والاجتماعية حول صورة الجسم الجذابة، فهذا يعمل على توجيه سلوكيات الأكل للأفراد نحو التوافق (مثل ممارسة الرياضة، وإتباع نظام غذائي)، ولكن نظراً لإتسام هذا الإطار الاجتماعي الثقافي بدرجة أكثر صرامة بالنسبة للإناث عموماً وفي المجتمعات الغربية خصوصاً، فإنه يصعب حدوث هذا الاتساق، الأمر الذي يعمل على انتشار اضطرابات سلوكيات الأكل خاصة بين الإناث بالمقارنة بالذكور. أما بعض المجتمعات غير الغربية، فإن الأمر يبدو مختلفاً، وذلك لعدم وجود معايير صارمة من ناحية، وعدم وجود الوصمة المرتبطة بالسمنة من ناحية أخرى (من خلال: سهير الغباشي، هناء شويخ، ٢٠١١).

### الدراسات السابقة :

لفحص الارتباطات بين معتقدات نمط الحياة الصحية، والكفاءة الاجتماعية، والخيارات والسلوكيات الصحية، وبعض متغيرات الصحة النفسية، أجرى كل من جاكوبسون وميلنكي **Jacobson & Melnyk (2011)** هذه الدراسة على عينة من الأطفال الذين يعانون من السمنة المفرطة، والذين بلغ عددهم ٣٦ طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين ٩ و ١٢ عاماً. وتدعم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة حجم الترابط بين أفكار هؤلاء الأطفال وانفعالاتهم وسلوكياتهم، حيث أظهرت النتائج أن معتقدات الأطفال في قدرتهم على اتباع أسلوب حياة صحي قد ارتبطت بشكل كبير بنواياهم في اتخاذ خيارات نمط الحياة الصحي وتبني سلوكياته. وبالإضافة إلى ذلك فإن مفهوم الطفل عن ذاته قد ارتبط سلبياً بوزن الجسم، وارتبط ارتباطاً موجباً مع قلق الطفل وأعراض الاكتئاب، كما أظهرت نتائج هذه الدراسة أن السلوكيات الاجتماعية الايجابية لدى الأطفال الذين يعانون من السمنة المتمثلة في الخبرات الاجتماعية، والتفاعلات في المنزل والمدرسة، قد ارتبطت ارتباطاً موجباً بمعتقداتهم حول اتخاذ خيارات نمط الحياة الصحي، كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن وزن الأطفال قد ارتبط ارتباطاً سلبياً بقدرتهم على ضبط النفس ومهاراتهم الاجتماعية المتمثلة في

التعاون، والتعاطف، وتأكيد الذات، بينما ارتبطت هذه المهارات بشكل إيجابي مع معتقدات الأطفال في قدرتهم على اتباع أسلوب الحياة الصحي. وبالنظر إلى تأثير التفاعلات بين الأقران على الكفاءة الاجتماعية للطفل وتطوره بشكل إيجابي في سن المدرسة، كشفت نتائج الدراسة عن أن الخبرات المتعلقة بالإيذاء والوصم والإغاظ من قبل الأقران وما يترتب عليها من عزلة اجتماعية لهؤلاء الأطفال قد ارتبطت جوهرياً بارتفاع معدلات القلق والاكتئاب بينهم).

وفي دراسة أجراها كل من جيندرزيكا ووارشبرجر (Jendrzyca & Warschburger, 2016) لفحص دور وصمة الوزن في عدم الرضا عن الجسم وسلوكيات تناول الطعام، وذلك على عينة تكونت من 773 من الإناث و713 من الذكور، تراوحت أعمارهم ما بين 6 إلى 11 سنة، وقد أكلوا الاستخبارات الخاصة بالوصمة المرتبطة بالوزن، وعدم الرضا عن الجسم، وسلوكيات تناول الطعام، بالإضافة إلى التقييم الخارجي من قبل الوالدين لسلوكيات تناول الطعام. وأظهرت النتائج أن نمط الارتباط بين حالة الوزن، والوصمة المرتبطة بالوزن، وعدم الرضا عن الجسم، وسلوكيات تناول الطعام قد اختلفت باختلاف الجنس، حيث كشفت النتائج عن تأثير حالة الوزن والوصم بالوزن، علي عدم الرضا عن الجسم، وظهور اضطرابات في سلوكيات تناول الطعام، كما ظهر أن وصمة الوزن لم يكن لها تأثير مباشر على الاضطراب في تناول الطعام، حيث قد توسطت العلاقة بين عدم الرضا عن الجسم وسلوكيات تناول الطعام، كما توسط عدم الرضا عن الجسم العلاقة بين وصمة الوزن وسلوكيات تناول الطعام المقيدة في الإناث، بينما في الذكور أثر عدم الرضا عن الجسم بشكل مباشر على سلوكيات تناول الطعام المقيدة، وفي حالة كل من الذكور والإناث قد أمكن التنبؤ من حالة الوزن بعدم الرضا عن الجسم واضطرابات تناول الطعام.

وقام كلٌّ من أنيز وفورنيليز وآخرون (Añez, Fornieles-Deu, Fauquet-Ars, López-Guimerà, Puntí-Vidal & Sánchez-Carracedo, 2018) بدراسة هدفت إلى الكشف عما إذا كان عدم الرضا عن الجسم بمثابة حاجز أو ميسر للاندماج في ممارسة النشاط البدني، بالإضافة إلى التحقق من تأثير الرسائل التي تعرض من خلال شبكات التواصل الاجتماعي، ومختلف وسائل الإعلام، وذلك أثناء وقت الفراغ الذي يقضيه المراهقون في تصفح الحاسب الآلي، أجريت الدراسة على عينة تكونت من 1501 من المراهقين والمراهقات في مرحلة التعليم الثانوي، وكان متوسط أعمارهم 14 عاماً. كشفت نتائج الدراسة عن ارتباط عدم الرضا عن الجسم سلبياً بالنشاط البدني في كل من الجنسين، بينما ارتبط الوقت المستغرق على الحاسب الآلي بعدم الرضا عن الجسم لدى الإناث، حيث ارتبط استخدام الفتيات لأجهزة الحاسب الآلي لتصفح شبكات المعلومات وشبكات التواصل الاجتماعي في أوقات الفراغ بتعرضهن لرسائل من مصادر مختلفة حول المعايير المثالية للجمال، مما يؤثر على صورتهم عن أجسامهن، كما كشفت النتائج عن أن الفتيات اللاتي يقضين ساعات أطول في استخدام الحاسب الآلي لأداء الواجبات المنزلية لديهن صورة جسم إيجابية نظراً

لعدم تعرضهن لمثل هذه الرسائل، وبالتالي يستمدن التقييم الذاتي الإيجابي من خلال سمات شخصياتهن أكثر من مظهرهن الجسمي (على سبيل المثال: القدرات المعرفية، والإنجازات المدرسية).

وفي دراسة أخرى أجراها ليفيرز وآخرون **Ievers-Landis, Dykstra, Uli & O'Riordan, (2019)** هدفت إلى فحص العوامل المجتمعية والمعرفية الجديدة المرتبطة بتكرار المضايقات القائمة على الوزن، وذلك على عينة تكونت من ٣٣٤ من المراهقين (من ١٣-١٨ عاماً)، في فئة البدانة من المقام الأول ممن يشتركون في برامج إدارة الوزن في المستشفى؛ حيث ركزت الدراسة الحالية على اثنين من المنبئات للمضايقات المرتبطة بالوزن، والتي قد تكون بمثابة أهداف قابلة للتدخل بغض النظر عن مؤشر كتلة الجسم، وهي الوعي والاستيعاب الداخلي للاتجاهات الثقافية الاجتماعية حول المظهر الجسمي وإلى أي مدى يطبق المراهق هذه المعايير عليه، وفعالية الذات والمعتقدات حول قدرة المراهق على قدرته للإشتراك في النشاط البدني حتى إذا ما كان يمثل عقبة بالنسبة له، ومدى تأثير تلك المضايقات على الاشتراك في الأنشطة البدنية. وأظهرت نتائج الدراسة أن المراهقين الذين ارتفعت لديهم مستوى فاعلية الذات حول قدرتهم في التغلب على الحواجز الخاصة بالمشاركة في الأنشطة البدنية أفادوا بانخفاض تعرضهم للمضايقات المرتبطة بالوزن، أما فيما يتعلق بالتأثير المجتمعي على تكرار المضايقات المتعلقة بالوزن، بينت النتائج أن المراهقات اللاتي كن أكثر وعياً بوجهات النظر المجتمعية حول الجاذبية، واللاتي استوعبن تلك الآراء، كانت درجة السمعة لديهم أكثر أهمية فيما يتعلق بمضايقتهم بسبب وزنه، وذلك بالمقارنة بالمراهقات اللاتي كانت درجة وعيهن أقل فيما يتعلق بالآراء المجتمعية، كما أن وضع وزنه لم يأخذ أهمية لديهن عند تعرضهن للمضايقات، مما يضيفي مصداقية على هذه النتيجة بينت النتائج لدى العينة الكلية من الجنسين وجود علاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات والذين كانوا بمثابة متغيرات معدلة مع مؤشر كتلة الجسم في التنبؤ بالمضايقات المتعلقة بالوزن. هذا بالإضافة إلى أن العلاقة بين تكوين أو بنية الجسم والمضايقات كانت منخفضة في الأهمية للمراهقين الذين عبروا عن أفكار إيجابية حول ذواتهم وأجسامهم ومكانتهم في المجتمع . كما كشفت النتائج أيضاً عن وجود علاقة عكسية بين مؤشر كتلة الجسم والتعرض للمضايقات المتعلقة بالوزن.

وفي دراسة هدفت للتعرف على الدور الوسيط لتقدير الذات في العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالوزن وسلوكيات تناول الطعام المضطربة قام بها كل من منير وداود **(Munir & Dawood 2020)**، وذلك لدى عينة من المراهقات زائدات الوزن، وذلك لدى عينة تكونت من ٢٠٠ مراهقة ممن تراوحت أعمارهن ما بين (١٥ إلى ١٩ عاماً)، وكان مؤشر كتلة الجسم يرتفع لديهن عن ٢٥ كيلو جراماً. أظهرت النتائج أن الوصمة المرتبطة بالوزن (المضايقات اللفظية التي تضمنت التسمية، والضحك، والتعليقات المهينة) (والمضايقات البدنية والتي تشمل الضرب، والشدة، والركل أو الدفع)، قد ارتبطت إيجابياً بسلوكيات تناول الطعام المضطربة (الانسحاب عند تناول الطعام، والشرهة في تناول الطعام،

والشعور بالضغط الاجتماعي)، كلما زاد معدل التعرض للوصمة المرتبطة بالوزن، وزادت سلوكيات تناول الطعام المضطربة، كما بينت النتائج أن الوصمة المرتبطة بالوزن ارتبطت عكسياً بتقدير الذات، أما عن الدور الوسيط فقد بينت النتائج أن تقدير الذات قد توسط العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالوزن (اللفظية والبدنية)، وسلوكيات تناول الطعام المضطربة (الشراهة في تناول الطعام، والضغط الاجتماعي).

وفي دراسة أجراها كل من لو وشين (Chen, Luo & Chen (2020) هدفت للكشف عن خبرات الإيذاء المرتبطة بصورة الجسم<sup>1</sup>، والتي تتضمن المضايقات المبنية على المظهر الجسمي، والحديث السلبي عن الوزن، والتعليقات السلبية بواسطة الوالدين والأقران، وذلك لدى عينة من المراهقات (ن=1399) والذين تراوحت أعمارهن ما بين 11 إلى 17 عاماً، وذلك في علاقتها باضطرابات سلوكيات تناول الطعام، هذا بالإضافة إلى الكشف عن الدور الوسيط لعدم الرضا عن صورة الجسم والاكنتاب في هذه العلاقة. أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب ودال بين خبرات الإيذاء المرتبط بصورة الجسم، والسلوكيات المضطربة في تناول الطعام، كما بينت النتائج وجود توسط كل من عدم الرضا عن الجسم والاكنتاب في العلاقة بين هذه الخبرات والسلوكيات المضطربة، حيث بينت النتائج أن الارتباط بين خبرات الإيذاء اللفظية المرتبطة بصورة الجسم كانت تتضمن الضغوط المرتبطة بالمظهر والتي كانت تدفع الفتيات المراهقات إلى الانتباه بشكل زائد إلى صورة أجسامهن والإنخراط في سلوكيات مضطربة لتناول الطعام للحفاظ على مظهرهم الجسمي وتحسينه، وفي محاولة أيضاً لتقليل الضغوط المتعلقة بالمظهر. كذلك بينت النتائج أن هناك ارتباطاً موجباً بين خبرات الإيذاء وثلاثة أنماط من سلوكيات الأكل المضطربة (على سبيل المثال: الأكل الانفعالي، وأنماط تناول الطعام غير المتحكم فيها)، والتي تشير إلى أن الضغوط الثقافية الاجتماعية المتعلقة بالمظهر ربما تؤثر على سلوك الأكل المضطرب لدى الفتيات المراهقات، حيث تميل المراهقات إلى الأكل الانفعالي كمحاولة لتخفيف الضغوط والراحة من الانفعالات السلبية الناتجة عن المرور بخبرات الإيذاء بينما بينت النتائج أن عدم الرضا عن الجسم لا يتوسط العلاقة بين خبرات الإيذاء المتعلقة بصورة الجسم والأكل الانفعالي وسلوكيات تناول الطعام غير المتحكم بها. كذلك أوضحت النتائج أن الضغوط التي تتعرض لها المراهقات من الوالدين والأقران (للحصول على جسم نحيف) تزيد من معدلات عدم الرضا عن الجسم، والتي بدورها تؤدي إلى ارتفاع مستويات الاكنتاب لديهن.

## فروض الدراسة :

في ضوء ما سبق يمكننا صياغة الفروض الخاصة بالدراسة كالاتي :

(6) Body Image Victimization.

- ١- هناك علاقات ارتباطية موجبة وجوهرية بين المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة لدى أطفال السمنة في مقابل الأصحاء.
- ٢- هناك علاقات ارتباطية سالبة وجوهرية بين المعتقدات الصحية والشعور بالوصمة لدى أطفال السمنة في مقابل الأصحاء.
- ٣- هناك علاقات ارتباطية جوهرية وسالبة بين صورة الجسم المدركة والشعور بالوصمة لدى أطفال السمنة مقابل الأصحاء.

### منهج الدراسة وإجراءاتها :

**منهج الدراسة :** المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي الارتباطي المقارن؛ والذي هدف إلى فحص الفروق بين مجموعات الدراسة في جميع المتغيرات محل اهتمام الدراسة وفقاً للنوع والعمر.

**التصميم البحثي:** تم استخدام التصميم المستعرض لمجموعة الحالة (أطفال السمنة) في مقابل مجموعة المقارنة (الأطفال الأصحاء) من الجنسين .

**وصف عينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة الأساسية من ١٢٤ طفل وطفلة من أطفال السمنة والأسياء؛ حيث انقسمت هذه العينة إلى مجموعتين، المجموعة الأولى وتمثل مجموعة مرضي السمنة والتي تكونت من (٦٢) طفلاً وطفلة (٢٨ من الذكور، و٣٤ من الإناث) ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٩-١٢) عاماً، بمتوسط عمر (١١) سنة، وانحرف معياري قدره (٠,٩٤٣) سنة وذلك للمرضى الذكور، أما عينة المريضات كان المتوسط العمري لها بلغ (١١,٢٩) سنة، وانحراف معياري قدره (١,٠٦) سنة. أما المجموعة الثانية وتمثلت في مجموعة الأصحاء، والتي تكونت من ٦٢ طفلاً وطفلة (٢٨ من الذكور، و٣٤ من الإناث)، المكافئين لمجموعة المرضى في العمر والمستوى التعليمي، كما تم التكافؤ بين المجموعتين أيضاً في كل من المستوى الاقتصادي الاجتماعي ومستوى الفهم اللفظي، وتم انتقاء عينة الدراسة المرضية من المعهد القومي للتغذية، أما مجموعة الأصحاء تم اختيارها بشكل عشوائي من المدارس الابتدائية والاعدادية الحكومية. وفيما يلي جدول يوضح التكافؤ بين مجموعات الدراسة على بعض المتغيرات الدخيلة.

جدول (١) المتوسطات والانحرافات المعيارية لبعض المتغيرات لدى أطفال مرضي السمنة والأسوياء

المجموعات		مرضى السمنة ذكور (١) ن=٢٨		ذكور أسوياء (٢) ن=٢٨		مريضات السمنة (٣) ن=٣٤		إناث سويات (٤) ن=٣٤	
		ع	م	ع	م	ع	م	ع	م
المتغيرات									
العمر		١١,٠٠	٠,٩٤٣	١٠,٦١	١,١٠	١١,٢٩	١,٠٦	١٠,٧٩	١,٠٠
المستوى التعليمي		٢,٤٣	٠,٩٩٧	٢,٢٩	٠,٨٩٧	٢,٣٢	٠,٨٤٣	٢,٣٢	٠,٩١٢
مستوى الفهم اللفظي									
أ- اختبار الفهم		١١,٥٠	٢,٣٤٩	١٠,٣٢	٢,٢٩	١٠,٩١	٢,١٩	١١,١٨	٢,٣٥
ب- اختبار المفردات اللغوية		٨,٢٩	١,٤٨٧	٨,٨٦	٠,٩٧٠	٩,٣٥	٢,١١	٩,٩١	٢,٠٦
المستوى الاجتماعي الاقتصادي		٣٤,٣٦	٧,٤٧	٣٣,٥٤	٧,٢٤	٣٢,٤٤	٥,٣٢	٣٣,٤١	٥,٩٢

جدول (٢) التكافؤ بين مختلف مجموعات الدراسة من الجنسين في بعض المتغيرات الدخيلة

لدى العينة الكلية (مرضى السمنة ن=٦٢ الأسوياء ن=٦٢)

المجموعات		٢-١ مرضى سمنة وأسوياء		٣-١ مرضى سمنة ومريضات سمنة		٤-١ مرضى سمنة وسويات		٣-٢ أسوياء ومريضات سمنة		٤-٢ أسوياء وسويات		٤-٣ مريضات سمنة وسويات	
		دالاتها	قيم ت	دالاتها	قيم ت	دالاتها	قيم ت	دالاتها	قيم ت	دالاتها	قيم ت	دالاتها	قيم ت
المتغيرات													
العمر		١,٤٣	٠,١٥٧	١,١٤	٠,٢٩٤	٠,٨٢٤	٠,٤١٣	١,٤٩	٠,١٦٣	٠,٦٩٧	٠,٤٨٨	١,٧٨	٠,٠٩
المستوى التعليمي		٠,٥٦٤	٠,٥٧٥	٠,٤٥٠	٠,٦٥٥	٠,٤٣٣	٠,٦٦٧	٠,١٧١	٠,٨٦٥	٠,١٦٤	٠,٨٧١	٠,٥٨٩	٠,٢٤٥
مستوى الفهم اللفظي													
أ- اختبار الفهم		١,٩٢	٠,٠٦	١,٠١	٠,٣١٣	٠,٦٣٩	٠,٥٩٢	١,٠٤	٠,٢٩٩	١,٤٥	٠,١٥٠	٠,٤٨٠	٠,٦٣٣
ب- اختبار المفردات		١,٧٠	٠,٠٩	٢,٢٤	٠,٠٢	٣,٤٨	٠,٠٠١	١,١٤	٠,٢٥٧	٢,٤٨	٠,٠١	١,١٠	٠,٢٧٤
المستوى الاجتماعي الاقتصادي		٠,٤١٧	٠,٦٧٨	١,١٧	٠,٢٤٤	٠,٥٥٥	٠,٥٨١	٠,٦٨٥	٠,٤٩٦	٠,٠٧٤	٩٤١,	٠,٧١٠	٠,٤٨٠

أظهرت نتائج اختبار ليفن لقياس التجانس بين مجموعات الدراسة في متغيرات العمر، والمستوى التعليمي، ومستوى الفهم اللفظي بما يتضمنه من اختباري الفهم والمفردات، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي، أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين مختلف مجموعات الدراسة في المتغيرات السابقة، عدا متغير اختبار المفردات، حيث كان هناك فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي المرضى من الذكور والإناث في درجة اختبار المفردات، وذلك لصالح عينة الإناث من المريضات، كما كانت هناك فروق جوهرية بين مجموعة مرضي السمنة والسويات على درجة اختبار المفردات وذلك لصالح مجموعة الإناث السويات، هذا بالإضافة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعة الأصحاء من الذكور والإناث في درجة اختبار المفردات، في اتجاه مجموعة الإناث الصحيحات.

### أدوات الدراسة :

تكونت بطارية الاستخبارات الخاصة بالدراسة الحالية من ثلاثة استخبارات تضمنت الآتي :



١ - **استخبار المعتقدات الصحية** : يتضمن الاستخبار؛ ٨٨ بنداً مقسمة إلى تسعة مقاييس فرعية ويحدد المشارك درجة موافقته أو عدم موافقته وفقاً لخمس بدائل كالاتي : غير موافق (ويحصل المشارك على درجة للعبارة)، محايد (درجتان)، موافق بدرجة بسيطة (٣ درجات)، موافق بدرجة متوسطة (٤ درجات)، موافق بدرجة شديدة (٥ درجات).

٢ - **صورة الجسم المدركة** : تكون هذا الاستخبار من جزئين الجزء الأول من الاستخبار يتكون من نماذج للصور الظلية الخاصة بصورة الجسم المدركة والمثالية والتي تراوحت من نحيف جداً حتي بدين للغاية، أما الجزء الثاني، يتكون من ١٢٥ بنداً مقسمة إلى ستة مقاييس فرعية ويحدد المشارك درجة موافقته أو عدم موافقته وفقاً لخمس بدائل كالاتي : غير موافق بشدة (ويحصل المشارك على درجة واحدة)، غير موافق (درجتان)، موافق بدرجة بسيطة (٣ درجات)، موافق بدرجة متوسطة (٤ درجات)، موافق بدرجة كبيرة (٥ درجات)

٣ - **الشعور بالوصمة** : يتكون هذا الاستخبار من ستة مقاييس فرعية، التي نحصل منها على درجة تكرار المواقف المرتبطة بالوصمة المتعلقة بالوزن، وفيها يجب الطفل وفقاً للاختبار الملائم لمدي تكرار الموقف على مقياس خماسي يبدأ بأبداً (ويحصل الطفل على درجة واحدة)، نادراً (درجتان)، أحياناً (٣ درجات)، غالباً (٤ درجات)، دائماً (٥ درجات).

#### التحقق من الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة :

وتم التحقق من الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة بتطبيق بطارية الدراسة على عينة الدراسة الاستطلاعية والتي تكونت من (٦٠) طفلاً وطفلة من الأطفال مرضي السمنة والأسوياء، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين كالاتي: المجموعة الأولى، وهي مجموعة المرضى من أطفال السمنة والتي تكونت من ثلاثين طفلاً وطفلة (١٣ من الذكور، و١٧ من الإناث)، وقد تراوح المدي العمري لعينة الذكور بين (١٠-١٢) سنة بمتوسط (١١,٢٩) سنة، وانحراف معياري (١) سنة، أما عينة الإناث كان متوسط أعمارهن (١١,٣٧) سنة بانحراف معياري قدره (١,١١) سنة. أما المجموعة الثانية فتكونت أيضاً من (٣٠) طفلاً وطفلة مكافئين في العدد لعينة المرضى من الذكور والإناث، وكان متوسط أعمار عينة الذكور من الأسوياء (١٠,٩١) سنة بانحراف معياري (١,١٣) سنة، أما عينة الإناث فبلغ متوسط أعمارهن (١١) سنة بانحراف معياري (١,٢٣) سنة. وتم إحداث التكافؤ بين مجموعات الدراسة في عديد من المتغيرات التي شملت : العمر، والمستوى التعليمي، والذكاء (مقياس الفهم العام، ومقياس البنود اللغوية من مقياس وكسلر للأطفال النسخة الرابعة للدكتور عبدالرقيب البحيري)، والمستوي الاقتصادي - الاجتماعي، وفيما يلي عرض للجداول التي توضح التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في المتغيرات السابق ذكرها على النحو الآتي :

جدول (٣) المتوسطات والانحرافات المعيارية لبعض المتغيرات لدى العينة الاستطلاعية

المجموعات		مرضى السمنة ذكور (١) ن=١٣		ذكور أسوياء (٢) ن=١٣		مريضات السمنة (٣) ن=١٧		إناث سويات (٤) ن=١٧	
المتغيرات		ع	م	ع	م	ع	م	ع	م
العمر		١	١١,٢٩	١,١٣	١٠,٩١	١,١١	١١,٣٧	١١	١,٢٣
المستوى التعليمي		١,٢٢	٢,٥٧	٠,٩٢	٢,٣٦	٠,٩٩	٢,٢٦	٢,٤٤	١,١٤
مستوى الفهم اللفظي									
أ- اختبار الفهم		٢,٢٩	١١,٣٨	٢,٤٦	١٠,٤٥	٢,٣٤	١٠,٦٥	١١,١٦	٢,٢٦
ب- اختبار المفردات اللفظية		١,٥٤	٨,٣١	١,٠٤	٨,٩١	٢,٠٠	٨,٨٢	٩,٨٩	٢,٠٧
المستوى الاجتماعي الاقتصادي		٣,٦٠	٣٠,٣٦	٦,٢٩	٣٣,٣٦	٩,١٩	٣٧,٧٩	٣٣,٦٩	٥,٨٨

جدول (٤) التكافؤ بين مختلف مجموعات الدراسة من الجنسين على بعض المتغيرات الدخيلة

المجموعات		٢-١ مرضى سمنة وأسوياء		٣-١ مرضى سمنة ومريضات سمنة		٤-١ مرضى سمنة وسويات		٣-٢ أسوياء ومريضات سمنة		٤-٢ أسوياء وسويات		٤-٣ مريضات سمنة وسويات	
المتغيرات		قيمتها	دالاتها	قيمتها	دالاتها	قيمتها	دالاتها	قيمتها	دالاتها	قيمتها	دالاتها	قيمتها	دالاتها
العمر		٠,٨٨	٠,٣٨	٠,٢٢	٠,٨٢	٠,٧٠	٠,٤٨	١,٠٧	٠,٢٩	٠,١٩	٠,٨٤	٠,٩٥	٠,٣٤
المستوى التعليمي		٠,٤٦	٠,٦٤	٠,٨٠	٠,٤٣	٠,٣٠	٠,٧٦	٠,٢٧	٠,٧٨	٠,١٩	٠,٨٤	٠,٥١	٠,٦١
مستوى الفهم اللفظي													
أ- اختبار الفهم		٠,٩٥	٠,٣٤	٠,٨٦	٠,٣٩	٠,٢٧	٠,٧٨	٠,٢٠	٠,٨٣	٠,٧٩	٠,٤٣	٠,٦٦	٠,٥١
ب- اختبار المفردات		١,٠٩	٠,٢٨	٠,٧٦	٠,٤٩	٢,٣٤	٠,٠٢	٠,١٣	٠,٨٩	١,٤٦	٠,١٥	١,٥٦	٠,١٢
المستوى الاجتماعي الاقتصادي		١,٥٠	٠,١٤	٣,٢٠	٠,٠٠٤	١,٨٣	٠,٠٧	١,٤١	٠,١٦	٠,١٣	٠,٨٩	١,٥٣	٠,١٣

ويتضح من نتائج الجدول السابق الذي يعبر عن قدر التكافؤ بين مجموعات الدراسة من خلال اختبار ليفن لقياس التجانس الآتي :

لا توجد فروق دالة إحصائية بين مختلف مجموعات الدراسة في كل من متغير العمر والمستوى التعليمي ومستوى الفهم اللفظي والمستوى الاجتماعي الاقتصادي عدا مجموعتي المرضى من الذكور والإناث، حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المستوى الاجتماعي الاقتصادي، هذا بالإضافة إلى مجموعتي المرضى من الذكور والسويات الإناث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بينهما في درجة اختبار المفردات.

**أولاً : الثبات :**

وتم استخدام أسلوبين من الأساليب الإحصائية لتقدير ثبات استخبارات الدراسة كالآتي :

- ثبات ألفا كرونباخ.
- ثبات القسمة النصفية مع تصحيح الطول بمعادلة جوتمان: وفي هذه المعادلة يؤخذ في الاعتبار احتمال اختلاف تباين النصف الأول للاختبار عن تباين درجات النصف الثاني (بشرى اسماعيل، ٢٠٠٤، ٧٧). وفيما يلي نعرض نتائج حساب معاملات الثبات لاستخبارات الدراسة وفقاً للطرق الإحصائية السابقة.

جدول (٥) معاملات الثبات لاستخبارات الدراسة لدى مختلف العينات في الدراسة الاستطلاعية

أسوياء إناث ١٧=ن		مريضات إناث ١٧=ن		أسوياء ذكور ١٣=ن		مرضى سمنة ذكور ١٣=ن		معاملات الثبات  الاستخبارات
ألفا القصية النصفية	ألفا كرونباخ	ألفا القصية النصفية	ألفا كرونباخ	ألفا القصية النصفية	ألفا كرونباخ	ألفا القصية النصفية	ألفا كرونباخ	
٠,٧٢	٠,٨٤	٠,٦٤	٠,٨٠	٠,٦١	٠,٨٣	٠,٦٨	٠,٧٥	الدرجة الكلية لاستخبار المعقدات الصحية
٠,٦٧	٠,٨٦	٠,٦٩	٠,٨٢	٠,٧٨	٠,٨٥	٠,٧٠	٠,٧٧	الدرجة الكلية للجزء الأول من الاستخبار
								المقاييس الفرعية للجزء الأول
٠,٧٨	٠,٧٤	٠,٤٦	٠,٤٧	٠,٧٠	٠,٧١	٠,٤٢	٠,٢٧	١- معتقدات قيمة الصحة
٠,٤٠	٠,٥١	٠,٧٠	٠,٨١	٠,٦٤	٠,٦٤	٠,٧٤	٠,٧٤	٢- معتقدات القابلية للإصابة بالمرض ومضاعفاته
٠,٥١	٠,٦٢	٠,٦٠	٠,٧١	٠,٦٤	٠,٥٢	٠,٤٠	٠,٥٠	٣- معتقدات إدراك خطورة المرض وشدته
٠,٧٣	٠,٧٠	٠,٨١	٠,٧٨	٠,٥٣	٠,٦٢	٠,٥٣	٠,٧٠	٤- معتقدات المعوقات المدركة للعلاج
٠,٦٣	٠,٧٠	٠,٦٠	٠,٧٣	٠,٦٤	٠,٨٣	٠,٩٢	٠,٩٢	٥- معتقدات إدراك الفوائد من العلاج
٠,٦٥	٠,٧٠	٠,٦١	٠,٦٠	٠,٧٢	٠,٦٧	٠,٦٢	٠,٦٤	٦- معتقدات فعالية الذات
٠,٥٠	٠,٧٠	٠,٧٩	٠,٨٠	٠,٥٢	٠,٥٥	٠,٨٠	٠,٧٦	٧- معتقدات هاديات الفعل
٠,٥٢	٠,٥٩	٠,٤٤	٠,٧٣	٠,٦٢	٠,٧٢	٠,٨٥	٠,٨٣	٨- المعتقدات اللاعقلانية للطعام
٠,٣١	٠,٦٤	٠,٣٥	٠,٣٣	٠,٥٦	٠,٦٠	٠,٣٠	٠,٥٠	٩- المعتقدات العقلانية للطعام
								استخبار صورة الجسم المدركة
٠,٨٠	٠,٧٥	٠,٤١	٠,٨٨	٠,٥١	٠,٨١	٠,٦١	٠,٧٩	الدرجة الكلية لاستخبار صورة الجسم المدركة
٠,٤٠	٠,٣٠	٠,٤٩	٠,٤٨	٠,٥٤	٠,٥٢	٠,٥٩	٠,٥٤	الدرجة الكلية للجزء الأول من الاستخبار
٠,٧٩	٠,٧٨	٠,٧٩	٠,٨٨	٠,٧٠	٠,٨٢	٠,٨٨	٠,٨٠	الدرجة الكلية للجزء الثاني من الاستخبار
								المقاييس الفرعية
٠,٧٨	٠,٨٤	٠,٧٤	٠,٨٤	٠,٣٠	٠,٣٩	٠,٤٤	٠,٨٢	المكون الجسمي
٠,٨٤	٠,٨١	٠,٨١	٠,٨٤	٠,٥١	٠,٦٧	٠,٧٤	٠,٧٦	المكون المعرفي
٠,٧٤	٠,٧٣	٠,٨٦	٠,٨٧	٠,٩٣	٠,٨٧	٠,٨٩	٠,٩١	المكون السلوكي
٠,٨٣	٠,٨١	٠,٨٧	٠,٨٨	٠,٥٨	٠,٧٤	٠,٨٥	٠,٨٥	المكون الوجداني/ الانفعالي
٠,٣٥	٠,٣٣	٠,٧٨	٠,٧٨	٠,٥٢	٠,٣٦	٠,٥٥	٠,٦١	المكون الاجتماعي
٠,٨٤	٠,٨٥	٠,٧٦	٠,٨١	٠,٩٠	٠,٨٦	٠,٦٦	٠,٨٣	الأنشطة البدنية
								استخبار الشعور بالوصمة
٠,٦٧	٠,٥٣	٠,٩٢	٠,٩٦	٠,٦٨	٠,٧٤	٠,٩٤	٠,٩٨	الدرجة الكلية لاستخبار الوصمة لمقياس التكرار
٠,٨٥	٠,٧٦	٠,٩٧	٠,٩٨	٠,٧٤	٠,٧٨	٠,٩٥	٠,٩٨	الدرجة الكلية للاستخبار ككل
								المقاييس الفرعية
٠,٦٤	٠,٦٦	٠,٨٤	٠,٨١	٠,٤٢	٠,٥٩	٠,٨٣	٠,٨٩	الوصمة الأسرية
٠,٣٩	٠,٤٢	٠,٨١	٠,٨٢	٠,٨٤	٠,٧٧	٠,٩٣	٠,٩٣	وصمة الأقران
٠,٦٢	٠,٩٠	٠,٧٤	٠,٨٨	٠,٦٥	٠,٨٠	٠,٩١	٠,٩٣	وصمة القائمين بالتدريس
٠,٣٦	٠,٦٣	٠,٥٨	٠,٧٢	٠,٣٠	٠,٤٨	٠,٨٣	٠,٨٥	وصمة ممارسة الرياضة
٠,٦٢	٠,٣١	٠,٧٥	٠,٨١	٠,٤٠	٠,٤٦	٠,٨٩	٠,٨٣	وصمة الغرباء
٠,٤٦	٠,٣٥	٠,٨٨	٠,٩١	٠,٨٣	٠,٨٣	٠,٩٣	٠,٩٤	الوصمة الذاتية

أظهرت نتائج الجدول السابق أن معاملات ثبات الدرجات الكلية لاستخبارات الدراسة تراوحت ما بين المقبول والمرتع، مما يشير إلى تمتع أدوات الدراسة بدرجة من الاتساق الداخلي والاستقرار،

ويرجع انخفاض معاملات الثبات في بعض المقاييس الفرعية إلى عدة أسباب منها: قلة عدد مفردات الاختبارات، حيث بالنظر إلى الدرجة الكلية سنجد أن معاملات الثبات مقبولة ومرتفعه بالمقارنة بالمعاملات المنخفضة، وذلك لأن معامل الثبات يتأثر بطول الاختبار، وكلما زاد عدد مفردات الاختبار زادت قيمة معامل ثبات درجاته، لأننا بذلك نحصل على عينة أكبر من السلوك وبالتالي نصل إلى مقاييس أكثر اتساقاً واستقراراً. كما أن القيمة التقديرية لمعامل الثبات تعتمد بشكل كبير على مدي الفروق بين أفراد العينة، وكلما زادت هذه الفروق، إزداد تباين الدرجات الحقيقية للأفراد، وبالتالي تزداد قيمة معامل الثبات، أما إذا كانت أفراد العينة متجانسين في السمة التي يقيسها الاختبار فإن تباين الدرجات الحقيقية يقل، وبالتالي تتخضع قيمة معامل الثبات، وربما يرجع الإنخفاض إلى عوامل أخرى لم تستطع الباحثة رصدها من الممكن أن تكون متعلقة بوجود بعض العوامل المرتبطة بالاختبارات أو متغيرات وسيطة متعلقة بمجموعتي الدراسة وهذه المصادر من الأخطاء يصعب التحكم فيها لأنها متعلقة بالفرد نفسه.

#### ثانياً : الصدق :

يعرف الصدق بأنه قدرة الاختبار على التنبؤ ببعض وظائف وأشكال السلوك المحددة، والتي تعد محكاً لصدق الدرجة، كما أن صدق الاختبار يتعلق بالهدف الذي يبني الاختبار من أجله، وأحد المفاهيم المهمة لصدق الاختبار هو قدرته على أن يميز بين طرفي القدرة التي يقيسها، أو بمعنى آخر إظهار الفروق الفردية في مجال هذه القدرة أو السمة.

واستعانت الباحثة لحساب معاملات صدق الاختبار بصدق التعلق بمحك، والذي يشير إلى مدي صلاحية الاختبار أو المقياس في أغراض التنبؤ من أجل اتخاذ قرارات عملية، ومن أنواع هذا الصدق (الصدق التنبؤي، والصدق التلازمي)، ولحساب معاملات صدق استخبارات الدراسة تم الاعتماد على الصدق التلازمي والذي يهتم بالوصف بينما يهتم الصدق التنبؤي بالتنبؤ بأداء الفرد المستقبلي، والصدق التلازمي يتعلق بدرجة اقتران تباين درجات الاختبار بتباين درجات اختبار آخر يطبق في الوقت نفسه تقريباً وفيما يلي نتائج معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لأدوات الدراسة :

جدول (٦) معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لدى عينات الدراسة الاستطلاعية من مرضى السمنة والأسوياء من الجنسين

مجموعات الدراسة	مرضى ذكور ن = ١٣	مرضى إناث ن = ١٧	ذكور أسوياء ن = ١٣	مريضات إناث ن = ١٧
الاستخبارات				
الدرجة الكلية لاستخبار المعقدات الصحية*	٠,٤٠	٠,٤٣	٠,٦٨	٠,٧٠
الدرجة الكلية للجزء الأول من الاستخبار	٠,٣٥	٠,٣٩	٠,٦٧	٠,٦٨
المقاييس الفرعية للجزء الأول				
١- معتقدات قيمة الصحة	٠,٣٨	٠,٦٤	٠,٤٤	٠,٤٩
٢- معتقدات القابلية للإصابة بالمرض ومضاعفاته	٠,٣٤	٠,٢٥	٠,٢٠	٠,٢٣
٣- معتقدات إدراك خطورة المرض وشدته	٠,٢٠	٠,٢٣	٠,٥٥	٠,٣٨
٤- معتقدات المعوقات المدركة للعلاج	٠,٢٠	٠,٢٣	٠,٢٥	٠,٢٠
٥- معتقدات إدراك الفوائد من العلاج	٠,٦٦	٠,٢٠	٠,٥٨	٠,٦١
٦- معتقدات فعالية الذات	٠,٢٤	٠,٤٤	٠,٧٨	٠,٧٤
٧- معتقدات هاديات الفعل	٠,٢٨	٠,٥٥	٠,٤٦	٠,٨٠
٨- المعتقدات اللاعقلانية للطعام	٠,٢٣	٠,٢٤	٠,٢٠	٠,٢٠
٩- المعتقدات العقلانية للطعام	٠,٢٦	٠,٢٠	٠,٢٥	٠,٣٦
استخبار صورة الجسم المدركة**				
الدرجة الكلية للجزء الأول من الاستخبار	٠,٧٦	٠,٧٧	٠,٢٧	٠,٤٠
الدرجة الكلية للجزء الثاني من الاستخبار	٠,٤٩	٠,٥٢	٠,٢١	٠,٢٨
المقاييس الفرعية				
المكون الجسمي	٠,٦٠	٠,٤٠	٠,٢٠	٠,٢٤
المكون المعرفي	٠,٦٢	٠,٦٢	٠,٣٨	٠,٢٣
المكون السلوكي	٠,٦٠	٠,٧٢	٠,٢٦	٠,٢٦
المكون الوجداني/ الانفعالي	٠,٧٤	٠,٧٣	٠,٣٢	٠,٢٠
المكون الاجتماعي	٠,٤٦	٠,٦٧	٠,٤٥	٠,٢١
الأنشطة البدنية	٠,٣٠	٠,٢٠	٠,٣٤	٠,٢٣
استخبار الشعور بالوصمة***				
الدرجة الكلية لاستخبار الوصمة لمقياس التكرار	٠,٦٨	٠,٦٤	٠,٤٤	٠,٣١
المقاييس الفرعية				
الوصمة الأسرية :	٠,٥٠	٠,٦١	٠,٢٢	٠,٢٥
وصمة الأقران	٠,٥٦	٠,٤٩	٠,٣٥	٠,٢١
وصمة القائمين بالتدريس	٠,٦٩	٠,٣٧	٠,٤١	٠,٣٦
وصمة ممارسة الرياضة	٠,٢٥	٠,٤٠	٠,٣٣	٠,٢٠
وصمة الغرباء	٠,٤٢	٠,٣٤	٠,٢٧	٠,٣٥
الوصمة الذاتية	٠,٨٤	٠,٧٢	٠,٢٨	٠,٣٦

\* المحك الخارجي: استخبار المعقدات الصحية؛ إعداد: راية مسلم خميس ٢٠١٧ .

\*\* المحك الخارجي: مقياس صورة الجسم؛ إعداد: محمد النوبي ٢٠١٠ .

\*\*\* المحك الخارجي: مقياس الشعور بالخزي؛ إعداد: بدر الأنصاري ٢٠٠٢ .

ومن النتائج السابقة نجد أن معاملات صدق التعلق بمحك خارجي للدرجات الكلية لاستخبارات الدراسة كانت ما بين المقبولة والمرتفعة، مما يشير إلى قدرة الاستخبارات على إظهار الفروق الفردية

في السمة المراد قياسها، بينما كان هناك انخفاض في معاملات صدق المقاييس الفرعية وخاصة لدى عينة الأسوياء من الذكور والإناث نعرض أسباب انخفاضها بشكل تفصيلي كما يلي :

في اختبار المعتقدات الصحية نجد أن بعض المعاملات المتعلقة بالمقاييس الفرعية كانت منخفضة وخاصة لدى عينة المرضى من الذكور والإناث، ويرجع ذلك لعدة أسباب منها أن اختبار المحك الخارجي كان مهتم بقياس المعتقدات الصحية بشكل عام وكان طابع البنود في الاتجاه الايجابي وليس السلبي أو المرضي، بينما كان محتوى بنود الاختبار التجريبي يعبر عن مشكلة فعلية لدى هذه العينة المرضية والمعتقدات المتعلقة بمرض السمنة بشكل خاص، وهذا ما يُعد من أحد عيوب صدق التعلق بالمحك العيب الأول وهو ما يسمى بتشويه المحك، والذي يحدث عند استخدام أوزان غير مناسبة كمكونات للمحك، مما يترتب عليه اختلال في دلالة الدرجة الكلية للمحك بالمقارنة بدرجة الاختبار، كما ينتج عن استبعاد عناصر مهمة من المحك إلى عدم تكامله كمكون مركب يرتبط بالاختبار، بينما العيب الثاني يسمى بتحيز وحدات القياس المحكمة، والذي يحدث نتيجة عدم تساوي وحدات القياس في المحك، سواء نتيجة لاستخدام محك مركب من المحكات الفرعية، أو استخدام عناصر مختلفة في تمثيلها للسمة التي يقيسها الاختبار، كما قد يرجع السبب أيضاً إلى ثبات وصدق المحك الخارجي، حيث أن معامل الصدق يزداد تبعاً لزيادة ثبات المحك ويتأثر بالقيمة العددية للمحك، وأيضاً من أحد عيوب الصدق المرتبط بالمحك أنه يعتمد على صدق الاختبار المحكي فإذا كان هذا الاختبار مشكوكاً في صدقه، يؤثر ذلك على الاختبار المراد معرفة صدقه. أحد الأسباب المحتملة الأخرى قد ترجع إلى عدد مفردات الاختبار التجريبي، نظراً لأن القيمة القصوي للصدق تعتمد على مؤشر الثبات، وهذه القيمة تزداد بزيادة قيمة معامل الثبات، والتي بدورها تعتمد على طول الاختبار أو زيادة عدد مفرداته.

وفي كل من اختبار صورة الجسم المدركة واختبار الوصمة كان هناك انخفاض ملحوظ في معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لدى عينة الأسوياء، ويرجع انخفاض معاملات الصدق إلى عدة أسباب منها أن كلاً من المحك التجريبي والمحك الخارجي تعبر بنودهما عن مشكلة فعلية أو مرضية لدى عينة المرضى، وهذه الأعراض المرضية قد لا يكون الأغلب منها موجود لدى عينة الأسوياء، مما ترتب عليه ما يسمى بمشكلة التجانس في درجات أفراد العينة من الأسوياء، أو انخفاض التباين في الدرجات بينهم، وينتج عن هذا التجانس ضيق في مدي درجات الاختبار، مما يؤدي إلى انخفاض معامل الصدق وكلما كانت المجموعة غير متجانسة، ازداد تباين درجات الاختبار وبالتالي تزداد قيمة معامل الصدق، وقد يحدث هذا الانخفاض أيضاً بسبب عدم استقامة العلاقة بين درجات الاختبارين (التجريبي والمحكي)، أو أحد الأسباب السابق ذكرها لانخفاض معامل الصدق هي عدد البنود الخاصة بالاستخبارات، والتي تُعد أيضاً دالة لمعامل الصدق، كلما زاد عددها، ارتفع معامل صدق الاختبار. ولأن صدق الاختبار يتأثر بكل من مصادر الأخطاء العشوائية والأخطاء المنتظمة أو الثابتة، فإنه يصعب رصد أي الأسباب المحتملة لانخفاض معاملات الصدق.

## موقف التطبيق وإجراءاته :

تمثلت إجراءات تطبيق البطارية الخاصة بالدراسة الحالية في مجموعة من الخطوات، هي:

١ - تم الحصول على عينة الدراسة، أطفال مرضي السمنة من الذكور والإناث من خلال التطبيق في العيادات التخصصية للسمنة التابعة للمعهد القومي للتغذية (الفترة الصباحية)، حيث اعتمدت الباحثة عند الحصول على عينة الدراسة من المرضى على تشخيص الأطباء<sup>٧</sup>، وذلك وفقاً لعدة إجراءات متبعة تضمنت قياس الطول والوزن للطفل عند زيارته للعيادة لأول مرة، ثم حساب مؤشر كتلة الجسم من خلال المعادلة التالية : الوزن (بالكيلو جرام) مقسوماً على (الطول بالمتراً × الطول بالمتراً)، ومن خلال ناتج هذه المعادلة يتم تحديد مؤشر كتلة الجسم وفقاً للعمر والنوع من خلال منحنيات النمو المحددة للأطفال، والتابعة لمركز السيطرة على الأمراض (CDC)، والتي يعتمدها الأطباء في معهد التغذية، وتم التطبيق على الأطفال الذي كان مؤشر كتلة الجسم لديهم أكبر من الرتبة المئينية (٩٥)، وتم تدريب الباحثة على حساب هذه المعادلة وكيفية تحديد مؤشر كتلة الجسم، وذلك للتطبيق على عينة الأسوياء من الذكور والإناث والتي تم اختيارها من بعض المدارس الحكومية من المرحلة الابتدائية والاعدادية، حيث كان يتم قياس الوزن من خلال ميزان رقمي، بالإضافة إلى قياس الطول، وكان يتم أخذ القياسات بدون ارتداء الحذاء، وكان يتم استبعاد الأطفال الذي كان مؤشر كتلة الجسم لديهم يضعهم في تصنيف فئة النحافة والوزن الزائد، حيث تم التطبيق على الأطفال في فئة الوزن الطبيعي والمحددة سلفاً في التصنيفات الخاصة بمؤشر كتلة الجسم في الفصل الثاني.

٢ - تم أخذ الموافقة الكتابية والشفهية من المشاركين في الدراسة وأولياء أمورهم، وذلك لتطبيق بطارية الدراسة، مع شرح الهدف من الدراسة والأهمية التطبيقية لهذا البحث، والتأكيد على سرية البيانات.

٣ - بعد أخذ القياسات الخاصة بالطول والوزن والحصول على مؤشر كتلة الجسم للتصنيف، كان يتم تطبيق بطارية الدراسة بشكل فردي، حيث كان يتم تقديم الأدوات لمجموعتي الدراسة وفقاً للترتيب الآتي: المقابلة المبدئية، ثم تقديم استخبار المعتقدات الصحية، ثم استخبار صورة الجسم المدركة، واستخبار الشعور بالوصمة)، وكانت مدة تطبيق الأدوات تستغرق ساعتين تتخللها فترات راحة للطفل، مع تقديم بعض المدعمات للطفل من قبل الباحثة.

(٧) تتوجه الباحثة بالشكر للأستاذة الدكتورة سلوى محمود صالح أستاذ التغذية العلاجية وطب الأطفال، والدكتورة علا شوقي نائب مدير عيادات المعهد القومي للتغذية، لقيامهن بتقديم المساعدة في إنجاز الجانب التطبيقي للرسالة، وتحويل الحالات بالإضافة إلي ما بذلوه من جهد في توجيه النصح والإرشاد وإثراء الباحثة بكم وفير من المعلومات عن الجانب الطبي للمرضي.

٤ - تراوحت فترة التطبيق على العينة الاستطلاعية للدراسة ما بين شهر أكتوبر (٢٠١٩) إلى شهر مارس (٢٠٢٠)، ثم استئناف التطبيق على العينة الأساسية من شهر يوليو (٢٠٢٠) حتي شهر فبراير (٢٠٢١)، وذلك بسبب فترة الحظر التي قامت الحكومة المصرية بتطبيقها بسبب انتشار وباء كورونا المستجد.

### نتائج الدراسة :

وفيما يلي عرض فروض الدراسة والنتائج الخاصة بكل فرض :

**الفرض الأول :** توجد علاقات ارتباطية موجبة وجوهرية بين المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة لدى أطفال السمنة في مقابل الأصحاء :

جدول (٧) مصفوفة ارتباطية للعلاقات بين المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة وذلك لدى كل مجموعة من مجموعات الدراسة الأربع

المتغيرات	مجموعات الدراسة	صورة الجسم	المكون الجسمي (التقييم)	المكون الجسمي (الرضا)	المكون الجسمي الكلي	المكون المعرفي	المكون السلوكي	المكون الوجداني	المكون الاجتماعي	الأنشطة البدنية
المعتقدات الصحية	مرضي ذكور	*٠,٣٩٠	٠,١٩٦	٠,١٠٥	٠,١٩٤	**٠,٦٣١	٠,١٦٣	٠,٣٦٠	٠,١٤٠	**٠,٣٧٧
الدرجة الكلية	أسوياء ذكور	٠,٠٩٢	٠,١٩٣-	*٠,٤٤٨-	*٠,٤٣٤-	٠,١٤٨-	٠,٢٥٢	٠,١١٥-	*٠,٤١٤-	**٠,٥٢١
	مريضات إناث	٠,٣٢٥	٠,٢٨٦	٠,٠١٣-	٠,٠٥٥	٠,٣٣٥*	*٠,٣٦٨	٠,٢٥٢	٠,٢٦٨	٠,٣٣٧
	سويات إناث	٠,٣٢٧	٠,٠٠١	٠,٠٢٧-	٠,٠٢٦-	**٠,٤٥٣	٠,٠٩٨	٠,٠٤٩	٠,٢١٨-	**٠,٦١٨
المعتقدات الصحية	مرضي ذكور	*٠,٣٧٩	٠,١٧٦	٠,١٤٦	٠,١٨٧	**٠,٦٨٠	٠,١٣٤	٠,٣٢٣	٠,١٣٥	٠,٣٦٠
الجزء الأول	أسوياء ذكور	٠,١٤٢	٠,١٦٨-	*٠,٤٠٦-	*٠,٣٩٠-	٠,١٢٠-	٠,٢٧٦	٠,٠٨٦-	*٠,٤١٨-	**٠,٥٣١
	مريضات إناث	*٠,٣٥٨	٠,٣١٩	٠,٠٠٩-	٠,٠٦٥	*٠,٣٥٤	*٠,٤٠٥	٠,٢٨٤	٠,٣١٨	*٠,٣٥٠
	سويات إناث	*٠,٣٤٩	٠,٠١٧-	٠,٠٠١	٠,٠٠٣-	**٠,٤٦٥	٠,١٢٩	٠,٠٧٥	٠,٢١٩-	**٠,٥٩٧
قيمة الصحة	مرضي ذكور	٠,٠٤٤-	*٠,٤٤٣-	٠,١٦٣-	٠,٢٢٢-	٠,٣١٦	٠,٠٣٢-	٠,١١٣-	٠,٣١٤-	*٠,٣٦٩
	أسوياء ذكور	٠,١٤٣-	*٠,٤٢٧-	٠,٢٥٨-	٠,٣٦٥-	٠,١٣٦-	٠,٠٨٢-	٠,١١٢-	٠,٢١٥	٠,٢٤٠
	مريضات إناث	٠,١٥١-	٠,٠٤٥	٠,٢٣٦-	٠,١٩٥	٠,١٢١-	٠,٢١٢-	٠,٢٨٩-	٠,١٧٧-	**٠,٦١٥
	سويات إناث	٠,١٥٢	٠,٣٠١-	٠,٠٨١-	٠,١٥٢-	٠,١٥٣	٠,١٨٢	٠,٠٧٤	٠,٠٦٣-	**٠,٤٥٥
القابلية للإصابة	مرضي ذكور	٠,١٩٢	٠,٠٧١	٠,١٢٤	٠,١٢٦	٠,٢٩٣	*٠,٤٦٧	٠,١٤٩	٠,٠٨٥-	**٠,٥٩٦
	أسوياء ذكور	٠,٢١١	٠,٠٨٢-	٠,٢٤٦-	٠,٢٣٠-	٠,٠٩٤-	٠,٠٧٤-	٠,١٧٦-	٠,٢٢٤	*٠,٤٣٧
	مريضات إناث	**٠,٤٧٣	*٠,٤٠٨	٠,٠٤٨	٠,١٣٥	*٠,٤٦٧	**٠,٥٥٢	**٠,٤٦١	*٠,٣٨٢	٠,٢٧٦
	سويات إناث	٠,٢٧٨	٠,١٠٨-	٠,٢٤٣	٠,٢٠٧	٠,٢٦٧	٠,٠٢٥	٠,٠٩٠	*٠,٣٧٤-	*٠,٣٦٠
إدراك الخطورة	مرضي ذكور	*٠,٤٢٩	٠,٠٨٤	٠,٢٧٦	٠,٢٦٦	**٠,٥٧٦	**٠,٤٩٠	٠,٢٧٢	*٠,٤٢٧	**٠,٥٦٦
	أسوياء ذكور	٠,٢٦١	٠,١٦٤	*٠,٤٦٥-	٠,٤٣٧-	٠,٠٢٢	٠,١٩٩	٠,١٦٤	٠,١٧٠	٠,٣٣٧
	مريضات إناث	**٠,٥٦٨	*٠,٤٠٢	٠,٢٠٨	٠,٢٧٣	**٠,٥٥٩	**٠,٦١٢	**٠,٥٠٦	**٠,٤٤٩	٠,١٠٤
	سويات إناث	٠,١٦٦	٠,٠٩٦-	٠,٠١٠	٠,٠١٥-	٠,٠٥٢	٠,٢٢٠	٠,٠٣١	٠,٠٠٩-	*٠,٣٩٢



تابع جدول (٧) مصفوفة ارتباطية للعلاقات بين المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة وذلك لدى كل مجموعة من مجموعات الدراسة الأربع

المتغيرات	مجموعات الدراسة	صورة الجسم	المكون الجسمي (التقييم)	المكون الجسمي (الرضا)	المكون الجسمي الكلي	المكون المعرفي	المكون السلوكي	المكون الوجداني	المكون الاجتماعي	الأنشطة البدنية
معتقدات المعوقات	مرضى ذكور	*٠,٣٧٧	٠,٢٩٠	٠,٠٠٧	٠,٠٦٢	*٠,٤٢٤	٠,٣١٣	٠,٢٥٧	٠,٢٢٥	٠,١٧٧-
	أسوياء ذكور	٠,١٩٧	٠,٠٧٤	٠,٠٦٨-	٠,٠٢٨-	٠,٢٠٧	٠,٢٦٩	٠,٠٧٨	٠,١٤٨	٠,٠٦٢
	مريضات إناث	٠,٠٢٦-	٠,٠٣٣-	٠,٠٠٩	٠,٠٠٠	٠,٠٥٠	٠,٠٣٣	٠,٠٢١	٠,١٠١	**٠,٤٣٦-
	سويات إناث	٠,١٦١-	*٠,٣٦٧-	٠,٢٠٩-	٠,٢٩٢-	٠,٠٧٠	٠,١٣٧	٠,٢٠٣-	٠,٠٠٩	٠,١٢٢
معتقدات الفوائد	مرضى ذكور	٠,٠٠٧-	٠,٢٤١	٠,٠٠٩	٠,٠٥٤	*٠,٣٤٨	٠,١٩١-	٠,٠٩٩-	*٠,٤٨٨-	٠,٠٢٦-
	أسوياء ذكور	٠,٠٧٨-	*٠,٤٠٩-	*٠,٤٧٧-	*٠,٥٣٦-	٠,٢٦٦-	٠,٢١٤	٠,١١٣-	٠,٠٨١-	٠,٣١٢
	مريضات إناث	-*٠,٣٦٨	٠,١٦٠	٠,٢٤٨	٠,٢٥٢	*٠,٣٩٣	٠,٢٥٩	٠,٣٠٧	٠,٢٠٦	٠,١٤٧
	سويات إناث	٠,٢٧٢	٠,٣٠٤	٠,٠٥٨	٠,١٣١	٠,٢٧٦	٠,٠٨٣-	٠,٠٥٧	٠,٣١٩-	**٠,٥٦٥
فعالية الذات	مرضى ذكور	٠,١١٧	٠,٢٦٩-	٠,١٥٢-	٠,٠٨٦	٠,١٤٨	٠,٠٥٤-	٠,١٦٨	*٠,٣٧٧-	٠,٢٨٥
	أسوياء ذكور	٠,٠١٦-	٠,٢٢٨-	*٠,٤١٧-	*٠,٤٢١-	٠,١٣٧-	٠,١٦٨	٠,٠٤-	٠,٠٥٥-	٠,٢٥٨
	مريضات إناث	٠,٠٥٥	٠,١٣٣	٠,٠٥٣-	٠,٠١٥-	٠,٠٢٨-	٠,٠٥٧-	٠,٠٠٠	٠,١٢٥	*٠,٤٢٥
	سويات إناث	*٠,٤١٣-	٠,١٢١	٠,١١٤	٠,١٣٩	*٠,٣٧٠-	٠,٠٢٠	٠,٢١٦	٠,٢٥٣-	**٠,٧٠٠
هاديات الفعل	مرضى ذكور	٠,١٣٧	٠,٠٠٥	٠,١٦٨	٠,١٥٣	٠,٢٣١	٠,١٣١-	٠,٠٩٧	٠,١٧٣	٠,٢١٩
	أسوياء ذكور	٠,٠٣٢	٠,٠٥٧-	٠,٢٠٠-	٠,١٨٣-	٠,٢٥٥-	٠,٠٨٠	٠,٠٧٩-	٠,١٩٨	**٠,٤٦٦
	مريضات إناث	٠,١٥١-	٠,٠٢٧-	٠,٢٩١-	٠,٢٥٩-	٠,١٨٢-	٠,٠٨١-	٠,١٤٦	٠,١٧٧-	**٠,٤٨٧
	سويات إناث	*٠,٣٨٧	٠,١٥٨	٠,٠٢٥	٠,٠٦٣	*٠,٤١١	٠,١٤٠	٠,٠٨٨	٠,٠٩٤-	**٠,٦٢٧
اللاعقلانية	مرضى ذكور	٠,٣٤٦	٠,١٣٠	٠,١١٨	٠,١٣٢	٠,٢٩٦	*٠,٤٤٤	٠,٣١٤	٠,٣٢٧	٠,٠٤٠-
	أسوياء ذكور	٠,٢٦٨	*٠,٤٣٦	٠,١٨٩	٠,٣١٢	٠,٠٩٢	٠,٠٠٠	٠,٠٧٠	٠,٠٢٣-	٠,٢٥٥
	مريضات إناث	٠,٢٠٢	٠,١٩٧	٠,١٠٨	٠,١٣٩	٠,١٨٨	٠,٣١٤	٠,٠٩١	٠,١٤٠	٠,٠٨٨-
	سويات إناث	٠,٢١١	٠,١٠٦-	٠,٠٢٩-	٠,٠٥٥-	*٠,٤٩٨	٠,٢٣٨	٠,٠١٤	٠,١٥٠	٠,٠٩٣-
العقلانية	مرضى ذكور	٠,٠١٤-	٠,٠٤٤	٠,٠٨٠-	٠,٠٦٤-	٠,٢١١	٠,٠٨٧-	٠,٠٢٩	٠,٢٢١-	٠,١٠٩
	أسوياء ذكور	٠,٠٤١-	٠,٠٦٤	٠,١٩٠-	٠,١٣١	٠,١٩٩	٠,٠٦٢-	٠,١٩٠-	٠,٠٦	*٠,٣٩٠
	مريضات إناث	٠,٢٢٤	٠,١٢٥	٠,١٧٣-	٠,١٢٢-	٠,٢٣٩	٠,٣٢١	٠,٢٣٧	٠,٣٢٤	*٠,٣٤٣
	سويات إناث	٠,١٢٤	*٠,٣٧٤	٠,٠٣٨-	٠,٠٥٦	٠,٣٠٩	٠,٢٧٠-	٠,٠٥٦	٠,٢٧٨-	٠,٢١٦
	مريضات إناث	٠,١٥٩-	٠,١٠٩-	٠,١٢٤	٠,٠٨٣	٠,١٠١-	٠,٢٧٧-	٠,٣٠٧-	٠,٣٣٤-	٠,٠٣٣
	سويات إناث	٠,١٢٦-	٠,١٦٨	٠,١٦١-	٠,١١٣-	٠,١٧١-	٠,١٩٣-	٠,١٠٤-	٠,١٢٢-	٠,٢٨٧

\* دال عند ٠,٠٥ ، \*\* دال عند ٠,٠١

تظهر نتائج الجدول السابق أن هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين الدرجة الكلية لاستخبار المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة، والمكون المعرفي، ومكون الأنشطة البدنية الموجهة لتحسين شكل الجسم، وذلك لدى عينة المرضى من الذكور والإناث، وكان هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية لاستخبار المعتقدات الصحية والمكون الوجداني لدى عينة الذكور من المرضى، بينما ارتبطت المعتقدات الصحية بالمكون السلوكي لدى عينة الإناث من المريضات أما عينة الأسوياء من الذكور كانت هناك علاقات ارتباطية سالبة ودالة بين الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية وعدد من المقاييس الفرعية لصورة الجسم منها (المكون الجسمي الكلي، والمكون الجسمي عدم الرضا، والمكون الاجتماعي)، بينما أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب

ودال بين المعتقدات الصحية والأنشطة البدنية الموجهة لتحسين شكل الجسم. أما مجموعة الإناث من السويات كان هناك ارتباط موجب ودال بين الدرجة الكلية لاستخبار المعتقدات الصحية وكل من المكون المعرفي والأنشطة البدنية.

وأظهرت المصنوفة الارتباطية للمقاييس الفرعية لاستخبار المعتقدات الصحية عن وجود علاقات ارتباطية سالبة ودالة إحصائياً بين مكون قيمة الصحة والمكون الجسمي (التقييم الذاتي) لدى عينة الذكور من المرضى والأسوياء، هذا بالإضافة إلى الارتباط السالب والدال بين قيمة الصحة والمكون الجسمي الكلي لدى عينة الأسوياء من الذكور. بينما كانت هناك علاقات ارتباطية موجبة ودالة بشكل جوهري بين قيمة الصحة والأنشطة البدنية لدى مجموعات الدراسة من المرضى الذكور، والإناث من مجموعة المرضى والسويات.

أما مكون القابلية للإصابة أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين هذا المكون والمكون السلوكي والأنشطة البدنية وذلك لدى عينة المرضى من الذكور، أما مجموعة الإناث المريضات بينت النتائج أن هناك علاقات ارتباطية موجبة ودالة جوهرياً بين مكون القابلية للإصابة وكل من صورة الجسم المدركة، والمكون الجسمي (التقييم) والمكون المعرفي، والمكون السلوكي، والمكون الوجداني، والمكون الاجتماعي).

أما عينة الأسوياء فكان هناك ارتباط موجب ودال إحصائياً بين القابلية للإصابة والأنشطة البدنية لدى الذكور والإناث، بالإضافة إلى وجود ارتباط سالب ودال بين القابلية للإصابة والمكون الاجتماعي لدى عينة الإناث السويات.

وأظهرت شبكة العلاقات أيضاً أن هناك علاقات ارتباطية موجبة ودالة بشكل جوهري بين مكون إدراك الخطورة وصورة الجسم المدركة والمقاييس الفرعية الخاصة بالاستخبار التي تمثلت في: المكون المعرفي، والمكون السلوكي، والمكون الاجتماعي، وذلك لدى عينة المرضى من الذكور والإناث، هذا بالإضافة إلى وجود ارتباط موجب ودال إحصائياً بين هذا المكون والأنشطة البدنية لدى المرضى الذكور، ووجود علاقات ارتباطية موجبة بين هذا المحك والمكون الجسمي (التقييم)، والمكون الوجداني لدى عينة الإناث المريضات.

وكان اتجاه العلاقات الارتباطية لدى عينة الذكور من الأسوياء بين مكون إدراك الخطورة وكل من المكون الجسمي الكلي والمكون الجسمي (عدم الرضا) في الاتجاه العكسي، وكانت دالة إحصائياً. أما عينة السويات فأظهرت النتائج وجود ارتباط موجب ودال بين مكون إدراك الخطورة والأنشطة البدنية الموجهة لتحسين شكل الجسم.

أما مكون المعوقات المدركة من العلاج بينت النتائج أن هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين هذا المكون وصورة الجسم المدركة، والمكون المعرفي لدى عينة الذكور من المرضى، بينما ارتبط هذا المكون فقط بشكل موجب ودال جوهرياً مع مكون الأنشطة البدنية لدى عينة المريضات.

بينما عينة الأسوياء نجد أن هذا المكون كان اتجاه الارتباط الخاص به عكسي ودال إحصائياً مع المكون الجسمي (التقييم) لدى عينة الإناث السويات.

بينما ارتبط مكون الفوائد المدركة بالعلاقات الارتباطية في الاتجاه العكسي وكانت دالة جوهرياً مع كلاً من المكون المعرفي والمكون الاجتماعي لدى عينة المرضى من الذكور، كما ارتبط هذا المكون بشكل عكسي ودال إحصائياً مع كل من صورة الجسم المدركة والمكون المعرفي لدى عينة المريضات.

أما عينة الأسوياء فقد كانت هناك علاقات ارتباطية سالبة وجوهرياً بين مكون الفوائد المدركة وكل من المكون الجسمي الكلي، والمكون الجسمي (التقييم)، والمكون الجسمي (عدم الرضا)، بينما ارتبط هذا المكون بشكل موجب ودال بمكون الأنشطة البدنية، وذلك لدى عينة الإناث السويات.

ويبين جدول العلاقات الارتباطية الخاصة بمتغير فعالية الذات وجود علاقة ارتباطية سالبة بين هذا المكون والمكون الاجتماعي، وذلك لدى عينة المرضى الذكور، بينما ارتبط هذا المكون بشكل موجب ودال بالأنشطة البدنية لدى عينة المريضات.

وكانت طبيعة العلاقات الارتباطية بين مكون فعالية الذات والمكون الجسمي الكلي، والمكون الجسمي (عدم الرضا) في الاتجاه العكسي وكانت دالة بشكل جوهري لدى عينة الأسوياء الذكور، أما لدى عينة الإناث السويات فقد ارتبط هذا المكون أيضاً بشكل عكسي مع كل من صورة الجسم المدركة والمكون المعرفي، وارتبط بشكل موجب ودال إحصائياً مع مكون الأنشطة البدنية الموجهة لتحسين شكل الجسم.

أما العلاقات الارتباطية بين مكون هاديات الفعل وصورة الجسم ومقاييسها الفرعية، أظهرت النتائج أن هناك علاقات ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين هاديات الفعل والأنشطة البدنية لدى كل من الأسوياء الذكور، وعينة الإناث من المريضات والسويات، هذا بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين هاديات الفعل وصورة الجسم المدركة والمكون المعرفي لدى مجموعة الإناث السويات.

وارتبط مكون اللاعقلانية بشكل موجب ودال إحصائياً مع كل من صورة الجسم المدركة والمكون السلوكي لدى عينة المرضى من الذكور، بينما ارتبط بشكل موجب أيضاً مع المكون الجسمي (التقييم) لدى عينة الأسوياء الذكور، ومع المكون المعرفي لدى عينة الإناث السويات. بينما مكون العقلانية ارتبط بشكل موجب مع مكون الأنشطة البدنية لدى مجموعتي الذكور الأسوياء، ومجموعة المريضات الإناث، بينما كان هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين مكون العقلانية والمكون الجسمي (التقييم) لدى عينة السويات من الإناث .

**الفرض الثاني: توجد علاقات ارتباطية موجبة وجوهية بين المعتقدات الصحية والشعور بالوصمة لدى أطفال السمنة والأصحاء :**

**جدول (٨) مصفوفة ارتباطية للعلاقات بين المعتقدات الصحية والشعور بالوصمة لدى مجموعات لدى مجموعات الدراسة لدى مجموعات الدراسة الأربع، كل منها على حدة**

المتغيرات	المجموعات	الوصمة كلي	الوصمة تكرار	الوصمة الاسرية	الوصمة الأقران	الوصمة المدرسين	الوصمة الجيم	وصمة الأماكن	الوصمة الذاتية
المعتقدات الصحية	مرضى ذكور	*٠,٤٢١	*٠,٤١٦	٠,١١٣-	*٠,٤٦١	*٠,٣٦٤	-٠,٢٦٤	٠,٤٦١	٠,٢٦٢
الدرجة الكلية	أسوياء ذكور	٠,٢٤٣-	٠,١٩٩	٠,٢٦٦	٠,١٩٣	٠,١٢٢	٠,١٦٧-	٠,٠٤٨-	٠,٢٤٨
	مريضات إناث	*٠,٣٨٨	*٠,٤٠٣	٠,٢٧٩	٠,٣١٤	*٠,٤٢٧	٠,٣٣٥	٠,٣٢٥	*٠,٤٠٠
	سويات إناث	٠,٠٦٨-	٠,٠٨١-	٠,٢٦٤-	٠,١٥٠-	٠,٠٤٧-	٠,٠٤١	٠,٠٤١-	٠,٠٥٣
المعتقدات الصحية	مرضى ذكور	*٠,٤٢٢	*٠,٤١٧	٠,٢٦٩	**٠,٤٦٩	*٠,٣٧٢*	٠,١٥٨-	٠,٤٦٩	٠,٢٦٤
الجزء الأول	أسوياء ذكور	٠,٢٥٦	٠,٢١٢	٠,١٣٥-	٠,١٩٦	-٠,١٤٠	٠,٢٦٥	٠,٢٦١	٠,١٦٨
	مريضات إناث	**٠,٤٤٤	**٠,٤٥٨	٠,٣٠٨	*٠,٣٧٠*	**٠,٤٤٩	*٠,٣٨٦	*٠,٤٠٤	**٠,٤٤٦
	سويات إناث	٠,٠٧٤-	٠,٠٧٨-	٠,٢٤٨-	٠,١١٢	٠,١٣٠-	٠,٠٣٧	٠,٠١٦	٠,٠٠٩
قيمة الصحة	مرضى ذكور	٠,١٢٨-	٠,١٧٢-	٠,١٧٧-	٠,٢٢٩-	٠,٠٩٣	٠,١١٦	٠,٢١٦-	٠,١٣٠-
	أسوياء ذكور	٠,٠٠٤-	٠,١٦٧-	٠,١٦٩	٠,١٠٢	٠,٠٢٤	٠,٠١٧-	٠,١١٣	٠,٠٨٤
	مريضات إناث	٠,٢٦٩-	٠,٢٦٤-	٠,٣٢٠-	٠,١٨٩-	٠,١٠١	٠,١٥٢-	٠,١٢٤-	٠,٢٩٠-
القابلية للإصابة	سويات إناث	٠,٢٠٣-	٠,٢٥٠-	٠,٢٦٥-	٠,٠٩٨-	٠,٠٩٩-	٠,٠٢٦	٠,٠١٠-	٠,٠٣٧
	مرضى ذكور	**٠,٦٨٩	**٠,٦٨٠	٠,٠٤٤-	**٠,٧٥٨	**٠,٧٥٨	٠,١١٦	**٠,٧٥٨	**٠,٥٠٠
	أسوياء ذكور	٠,٠٠٢	٠,٠٧١-	٠,٠٩-	٠,١٤١-	٠,٠٨٧-	٠,٠٠٤	٠,٠٧٦-	٠,٠٩٩
إدراك الخطورة	مريضات إناث	*٠,٤٢٤	*٠,٤٣٨	*٠,٣٤٠	*٠,٣٦٥	*٠,٣٦٩	٠,٣٥١	*٠,٤٠٨	**٠,٤١٤
	سويات إناث	٠,٣٧٩-	*٠,٤٠٦-	٠,٢٧٨-	*٠,٤٠١	٠,٠٩٤-	٠,٠٥٢	*٠,٣٨٨-	*٠,٣٥٦
	مرضى ذكور	٠,٥٠٣**	٠,٥٠٢**	٠,٢٥٥	*٠,٤٧٩	*٠,٣٨٥	٠,١٢١	*٠,٤٧٩	*٠,٤٤٥
معتقدات المعوقات	أسوياء ذكور	٠,٢٥٤	٠,٢١٥	٠,٢٢١-	٠,١٣٧	٠,٢٨١	٠,١٦٩	٠,٢٤٩	٠,١٥٩
	مريضات إناث	**٠,٥٧٦	**٠,٥٩٨	*٠,٤١٧	**٠,٥٠٤	*٠,٤٠٩	**٠,٤٧٤	**٠,٦١٨	**٠,٥٦٥
	سويات إناث	٠,١٦٥	٠,١٧١	٠,٠٧٦-	٠,١٧١	٠,٠١٢	٠,٠٤٤	٠,٠٩٥-	٠,١٨٤
معتقدات الفوائد	مرضى ذكور	*٠,٤٧٨	*٠,٣٨٧	٠,٣٥١	*٠,٤٢٥	*٠,٤٧٣	٠,١١١	*٠,٤١٣	*٠,٣٧٥
	أسوياء ذكور	٠,١٦٣-	٠,٣٤١	٠,١٦٩-	٠,٢٩٠	٠,٢٧٠	٠,١٧٨	٠,١٨١	٠,٠٤٩
	مريضات إناث	٠,١١٦	٠,١١٧	٠,٣٠٦	٠,١٢٨	٠,١٧٠-	٠,٢٠٤	٠,٠٧٨	٠,٠٧٨
فعالية الذات	سويات إناث	٠,٠٣٤-	٠,٠٨١-	٠,١٤٠-	٠,١٢٦	٠,٠٣٤-	٠,٠٢٣-	٠,١٥٧-	٠,٠٤٥-
	مرضى ذكور	٠,٠٢٤-	٠,٠١٨-	٠,١٠٤	٠,٠١٧	٠,٠٤٧	٠,١٣٢-	٠,٢٣٠-	٠,٠١٨
	أسوياء ذكور	٠,١٧٦	٠,١٨٣	٠,٢٣٢-	٠,٣٢١	٠,١٩٨	٠,٠٣٧-	٠,٠٩٣	٠,٠٦٤
فعالية الذات	مريضات إناث	-٠,٢٧٧	٠,٢٧٩	-٠,١٥٨	٠,٢٣٨	-*٠,٤١٦	٠,٢١٢	٠,١٧٣	٠,٢٧٨
	سويات إناث	٠,٢٦٨	٠,٢١٥	٠,٠٥٠	٠,٢٦٠	٠,١٢٩	٠,٠٠٣	٠,١٢٢	٠,٢٨٣
	مرضى ذكور	٠,١٣٥-	٠,١٧١-	٠,٠٧٨-	٠,١٢٧-	٠,١٥٠-	٠,٢٣٦	٠,١٩٧-	-٠,١٤٢
فعالية الذات	أسوياء ذكور	٠,٠٢٥	٠,٠١٢-	٠,٠٨٠-	٠,١٥١	٠,٠٣٨	٠,٠٣٠-	٠,١٥١	٠,١١٦-
	مريضات إناث	٠,٠٠٩-	٠,٠١٥-	٠,١٦٧-	٠,٠٨٣	٠,٢٨٥	٠,٠٢٣	٠,٠٦١-	٠,٠٤٧-
	سويات إناث	٠,٢٣٣-	٠,٢٤٧-	٠,٢٦٠-	٠,١٩٢-	٠,١٦١-	٠,٠٠٤-	٠,٠٨٨	٠,٠٧٣-

تابع جدول (٨) مصفوفة ارتباطية للعلاقات بين المعتقدات الصحية والشعور بالوصمة

لدى مجموعات الدراسة لدى مجموعات الدراسة الأربع، كل منها على حدة

المتغيرات	المجموعات	الوصمة كلى	الوصمة تكرار	الوصمة الاسرية	الوصمة الأقران	الوصمة المدرسين	الوصمة الجيم	الوصمة الأماكن	الوصمة الذاتية
هاديات الفعل	مرضى ذكور	٠,٢٧٦-	٠,٣٣٠-	٠,٢٧٣-	٠,٣٣٥-	٠,٣٧٩*	٠,٣٧٢-	٠,٢٤٤-	٠,١٧٢
	أسوياء ذكور	٠,٢٦٦	٠,٣١٥	٠,١٢٥	٠,٢٨٢	٠,٣١٩	٠,١٤٢	٠,٢٧٥	٠,٠٦٥
	مريضات إناث	٠,٠٥٥-	٠,٠٢٢-	٠,١٧٣-	٠,١٩٤-	٠,١٥٨	٠,٠٥٦-	٠,٠٧٠	٠,٠٢٧
	سويات إناث	٠,٠٥٨-	٠,٠٠٤	٠,١٤٦-	٠,١٩٢-	٠,٠٠٩	٠,٢٠٩	٠,١١٦	٠,٠٣٧-
اللاعقلانية	مرضى ذكور	**٠,٥٥٠	**٠,٥٥٥	*٠,٤٦٤	**٠,٥٠٤	**٠,٦٢٦	٠,٠٩٧	*٠,٤٢٧	**٠,٥٥٤
	أسوياء ذكور	٠,٠٧٦	٠,٠٧٩	٠,٠٠٩-	٠,٠١٣	٠,٠١٩-	٠,٢٩٣	٠,٠٣٩	٠,٠٢٨
	مريضات إناث	**٠,٤٤٩	*٠,٤٣٠	*٠,٣٥٤	٠,٣١٤	٠,٢١٤	٠,١٤٥	٠,٢٢٥	**٠,٥٣٩
	سويات إناث	٠,٠١٩-	٠,٠٣٥-	٠,٠٣٨-	٠,٠٤١	٠,٠٧٦-	٠,١٣٠-	٠,٠٨٥-	٠,٠٥٦-
العقلانية	مرضى ذكور	٠,٠٣٥	٠,٠١٤	٠,٠٥٦	٠,٠٠٨	٠,١٠٥	٠,١٠٠	٠,٠٦٨-	٠,٠٢٦
	أسوياء ذكور	٠,٢٠٤	٠,٢٠٥	٠,٢٥١-	٠,١٧٧	٠,٣١١	٠,٣٤٠	٠,٠٣٠-	٠,٢٩٢
	مريضات إناث	*٠,٣٩٢	*٠,٣٩٧	٠,٣١٦	*٠,٣٧٠	٠,٢٧٨	**٠,٤٧٦	*٠,٣٤١*	*٠,٣٤٩
	سويات إناث	٠,١٣٤	٠,٠٧٤	٠,٠٧٠	٠,٠٧٨	٠,٠٨٠-	٠,٠٤٧	٠,٠٥١	٠,٠٦٣

\* دال عند ٠,٠٥ \*\* دال عند ٠,٠١

بينت نتائج جدول (٨) أن هناك علاقات ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للشعور بالوصمة وبين الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية لدى مجموعة المرضى من الذكور والإناث. أما عن الارتباط بين الدرجة الكلية للشعور بالوصمة والمقاييس الفرعية للمعتقدات الصحية، فقد أظهرت النتائج أن هناك علاقات ارتباطية موجبة بين الشعور بالوصمة وعدد من المقاييس الفرعية التي تمثلت في: معتقدات القابلية للإصابة، وإدراك الخطورة، ومعتقدات اللاعقلانية، وذلك لدى مجموعة المرضى من الذكور والإناث، هذا بالإضافة إلى أن مكون الدرجة الكلية للشعور بالوصمة ارتبط إيجابياً وبشكل دال بمكون معتقدات المعوقات المدركة من العلاج، وذلك لدى عينة المرضى الذكور. كما كان هناك ارتباط موجب ودال بين الشعور بالوصمة ومعتقدات العقلانية لدى عينة المريضات.

أما لدى عينة الأسوياء فقد كان هناك ارتباط عكسي ودال بين الشعور بالوصمة والقابلية للإصابة لدى عينة الإناث السويات.

أما عن العلاقات الارتباطية بين المقاييس الفرعية للشعور بالوصمة، أظهرت النتائج الخاصة بمقياس التكرار أن هناك علاقات ارتباطية موجبة ودالة بين الوصمة الأسرية والمعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالطعام لدى كل من الذكور والإناث من المرضى، بينما لدى المريضات الإناث ارتبط مكون الوصمة الأسرية إيجابياً وبشكل دال إحصائياً بمعتقدات القابلية للإصابة وإدراك الخطورة.

أما مواقف الوصمة التي يتعرض لها الأطفال من الأقران والزملاء ارتبطت إيجابياً وبشكل جوهري بالدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وكل من معتقدات القابلية للإصابة، ومعتقدات إدراك الخطورة، وذلك لدى عينة المرضى من الذكور والإناث، كما ارتبط مكون الوصمة الاقران أيضاً

بشكل موجب ودال بمعتقدات المعوقات المدركة من العلاج والمعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالطعام، وذلك لدى مجموعة المرضى من الذكور. بينما لدى مجموعة المريضات ارتبط مكون وصمة الأقران ارتباطاً موجباً بمعتقدات العقلانية المتعلقة بالطعام.

أما لدى عينة الإناث السويات، فنجد أنه كان هناك علاقة ارتباطية سالبة بين التعرض لمواقف الوصمة من الأقران ومعتقدات القابلية للإصابة.

وأظهرت النتائج أنه كانت هناك علاقات ارتباطية موجبة ودالة بين الوصمة التي يتعرض لها الأطفال من القائمين بالتدريس والمعتقدات الصحية وكل من القابلية للإصابة وإدراك الخطورة لدى مجموعة المرضى من الجنسين، كما كانت هناك أيضاً علاقة ارتباطية موجبة بين وصمة القائمين بالتدريس ومعتقدات المعوقات المدركة واللاعقلانية، بينما ارتبط مكون الوصمة من المدرسين عكسياً وبشكل دال بهاديات الفعل، وذلك لدى عينة المرضى من الذكور. وكان هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين وصمة المدرسين ومعتقدات الفوائد المدركة من العلاج لدى عينة المريضات من الإناث.

أما مكون مواقف الوصمة عند ممارسة الألعاب الرياضية، كشفت مصفوفة العلاقات الارتباطية عن وجود علاقات ارتباطية عكسية ودالة بين وصمة ممارسة الرياضة وهاديات الفعل، وذلك لدى عينة المرضى من الذكور. أما لدى مجموعة المريضات فقد كانت هناك علاقات ارتباطية موجبة بين وصمة ممارسة الألعاب الرياضية وكل من المعتقدات الصحية الجزء الأول، والقابلية للإصابة، وإدراك الخطورة، والعقلانية.

وارتبط مكون التعرض لمواقف الوصمة من الغرباء في الأماكن العامة والمواصلات ارتباطاً موجباً ودالاً إحصائياً بالمعتقدات الصحية، ومعتقدات القابلية للإصابة، ومعتقدات إدراك الخطورة، وذلك لدى مجموعة المرضى من الذكور والإناث. هذا بالإضافة إلى وجود علاقات ارتباطية أخرى موجبة ودالة بشكل جوهري بين هذا المكون ومعتقدات المعوقات المدركة من العلاج، ومعتقدات اللاعقلانية لدى المرضى من الذكور، أما لدى المريضات فقد كان هناك ارتباط موجب أيضاً ودال بين مكون وصمة الأماكن والعقلانية.

وكانت طبيعة العلاقة الخاصة بمكون وصمة الأماكن العامة لدى عينة السويات الإناث في الاتجاه العكسي حيث ارتبط هذا المكون بشكل سالب ودال إحصائياً بمعتقدات القابلية للإصابة.

أما مكون الوصمة الذاتية، فقد كانت هناك علاقات ارتباطية موجبة بين هذا المكون وكلاً من معتقدات القابلية للإصابة، ومعتقدات إدراك الخطورة، ومعتقدات المعوقات من العلاج، ومعتقدات اللاعقلانية، وذلك لدى مجموعة المرضى من الذكور. أما مجموعة المريضات فكانت هناك ارتباطات موجبة وجوهرياً بين الشعور بالوصمة الذاتية وكل من الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، والقابلية للإصابة، وإدراك الخطورة، ومعتقدات اللاعقلانية والعقلانية.

أما مجموعة الإناث السويات فكان هناك علاقة ارتباطية سالبة بين الوصمة الذاتية ومعتقدات القابلية للإصابة.

**الفرض الثالث:** توجد علاقات ارتباطية موجبة وجوهرية بين الشعور بالوصمة وصورة الجسم المدركة لدى أطفال السمنة والأسوياء.

**جدول (٩) مصفوفة العلاقات الارتباطية بين الشعور بالوصمة وصورة الجسم المدركة لدى أطفال السمنة والأسوياء ن=١٢٤**

المتغيرات	المجموعات	الوصمة كلي	الوصمة تكرار	الوصمة الاسرية	الوصمة الأقران	وصمة المدرسين	وصمة الجيم	وصمة الأماكن	الوصمة الذاتية
صورة الجسم	مرضى ذكور	*٠,٨٠٠	**٠,٧٦٤	**٠,٦٢٣	**٠,٧٨٢	**٠,٦٠٦	*٠,٤٧٥	**٠,٦١٣	**٠,٧٨٩
	أسوياء ذكور	٠,٣٠٥	٠,٢٤٦	٠,٠٤٤	*٠,٤٢٩	*٠,٤٢٩	٠,٠٤٦	٠,١٤٦	٠,١٥٨
الدرجة الكلية	مريضات إناث	**٠,٦٤٩	**٠,٦٥١	**٠,٥٩٥	**٠,٦٤٨	٠,٢٨٨	*٠,٣٤٠	**٠,٥٦٤	**٠,٦٢٣
	سويات إناث	٠,٠٠٩-	٠,٠٢٧-	٠,٠٠١	٠,٠١٦	٠,٠٦٢	٠,٠٤٦	٠,٠٠٤-	٠,٠٧٣-
المكون الجسمي الكلي	مرضى ذكور	**٠,٦٤٦	**٠,٦٠٩	*٠,٤٤٧	**٠,٥٧٣	*٠,٤٠٨	*٠,٤١٣	**٠,٥١٣	**٠,٦٨٨
	أسوياء ذكور	٠,٠١١-	٠,٠٠٥-	٠,٢٠٠	٠,١٢٦-	٠,٠٥٢	٠,١٤٩-	٠,٠٧٧	٠,١٥٠-
	مريضات إناث	*٠,٣٧٠	*٠,٣٦٠	٠,٣٢٨	*٠,٤٣٣	٠,١٤١	٠,١٥٤	٠,٢٩٧	٠,٣١٢
	سويات إناث	٠,٠٠٢	٠,٠٣٢-	٠,٠٣١-	٠,٠٩٩	*٠,٣٦٩	٠,١٤٩-	٠,٠٢٠-	٠,١٣٧-
المكون الجسمي (التقييم)	مرضى ذكور	٠,٣٢٧	٠,٣٣٢	٠,٢٤٦	*٠,٤٠٤	٠,١٣١	٠,٢٥٨	*٠,٣٣٧	*٠,٣٤٣
	أسوياء ذكور	٠,٠٤٠-	٠,٠٢٦-	٠,٠٧٩-	٠,١٠٥	٠,٠٨٦	٠,١٦١	٠,١٤٣-	٠,١١٢-
	مريضات إناث	*٠,٤٠١	*٠,٣٨٣	*٠,٣٤٦	**٠,٤٦٧	٠,٠٧٧	٠,١٥١	٠,٣٢٨	*٠,٣٧٣
	سويات إناث	٠,٠٩٩	٠,١١٦	٠,٠٤٨	٠,١٩٦	٠,١١٥	٠,١٦١	٠,١٦٦	٠,٠٧١
المكون الجسمي (الرضا)	مرضى ذكور	**٠,٦٤٤	*٠,٦٠٢	*٠,٤٤٢	**٠,٥٤٨	*٠,٤٢٣	*٠,٤٠١	**٠,٥٠٧	**٠,٦٨٨
	أسوياء ذكور	٠,٢٥٦	٠,٢٦٢-	٠,٢٨٢	٠,٠٨١-	٠,٠٢٦	٠,٢٥٦-	٠,١٥٩	٠,١٣٥-
	مريضات إناث	٠,٣٢٣	٠,٣١٦	٠,٢٨٣	*٠,٣٧٥	٠,١٤٢	٠,١٣٧	٠,٢٥٥	٠,٢٥٨
	سويات إناث	٠,٠٢٣-	٠,٠٦٣-	٠,٠٤٥-	٠,٠٥٣	*٠,٣٥٦	٠,٢٥٦-	٠,٠٦٤-	٠,١٦٢-
المكون المعرفي	مرضى ذكور	*٠,٣٩٥	*٠,٣٦٥*	*٠,٣٩٨	*٠,٣٢٦	*٠,٣٩٩	٠,١٠٩	*٠,٣٧٠	*٠,٣٩٨
	أسوياء ذكور	٠,١٩٠	٠,١٩٧-	٠,٠٤٥-	٠,٠٢٧-	٠,٢١٠-	٠,٠٠٤	٠,٢٠٦-	٠,١٨٢
	مريضات إناث	**٠,٥٥١	**٠,٥٤٣	**٠,٤٨١	**٠,٥٢٦	٠,١٩٢	٠,٢٦٨	**٠,٤٦٤	**٠,٥٥٧
	سويات إناث	٠,٠١٣	٠,٠١٩-	٠,٠٥٩-	٠,٠٩٠-	٠,٠٤٨	٠,٠٠٤	٠,١١٠-	٠,٠٦٤
المكون السلوكي	مرضى ذكور	**٠,٧٩٥	**٠,٧٧٨	**٠,٦٠٣	**٠,٨٧٤	**٠,٦٥٦	**٠,٥٣٢	**٠,٦٤٢	**٠,٧٣٨
	أسوياء ذكور	**٠,٧١٢	*٠,٧٠٣	٠,١٢٢-	**٠,٧٩٨	**٠,٧٩٨	٠,١٩٩	**٠,٧٩٨	**٠,٥٠١
	مريضات إناث	**٠,٧٣٩	**٠,٧٤٦	**٠,٦٧٦	**٠,٦٢١	*٠,٣٦٠	*٠,٤١٤	**٠,٦٠١	**٠,٧٦١
	سويات إناث	٠,١٠٠	٠,١١٨	٠,٢٦١	٠,١٥٩	٠,١٤٥-	٠,١٩٩	٠,٢١٥	٠,٠٦٦-
المكون الوجداني	مرضى ذكور	**٠,٧٦٤	**٠,٧٤٣	**٠,٦٥٦	**٠,٧٥٩	**٠,٥٤٧	**٠,٥٠٧	**٠,٦٣٢	**٠,٧٣٩
	أسوياء ذكور	٠,٠٦٧	٠,٠٤٣	٠,٠٧٢	٠,٠٢١	٠,٠٧٠	٠,١٢٠-	٠,١٣٩	٠,٠٠٨-
	مريضات إناث	**٠,٥٨١	**٠,٥٩٣	**٠,٦٠٤	**٠,٥٢٠	٠,٢٨٨	٠,١٩٥	**٠,٤٨٤	**٠,٦٠٣
	سويات إناث	٠,٠٦٤-	٠,٠٢٧-	٠,٠١٥	٠,٠٠١-	٠,١٨٩-	٠,١٢٠-	٠,٠٦٢	٠,٠٥٢-
المكون الاجتماعي	مرضى ذكور	**٠,٦٣٦	**٠,٦١٥	*٠,٤٣٥	**٠,٦٠٤	*٠,٣٩٥	*٠,٤٦٨	**٠,٥٧٣	**٠,٦٥٩
	أسوياء ذكور	٠,١٦٢	٠,٠٦١-	٠,٣٠٦-	٠,١٢٤	٠,١٠٦	٠,٠٨٧-	٠,٠٥٣	٠,٠٥٧
	مريضات إناث	**٠,٧٤٥	**٠,٧٤٠	**٠,٦١٣	**٠,٧٧٤	٠,٢٦٨	*٠,٥١٩	**٠,٦٢٤	**٠,٥٨٤
	سويات إناث	٠,١٣٣	٠,١٦٤	٠,٢٥٧	٠,١٤٧	٠,٠٥٣-	٠,٠٨٥-	٠,١٧١	٠,٠٣١
الأنشطة البدنية	مرضى ذكور	٠,٠٧٣	٠,٠٤٠	٠,٠٧٣	٠,١٠٣	٠,١٤٧	٠,١٣٨-	٠,٠٦١-	٠,٠٢٢
	أسوياء ذكور	٠,١٢١	٠,١٨٦	٠,١٧٤	٠,٢٣٧	٠,٠٧٧	٠,١٧٥	٠,٠١٨-	٠,٠٥٣-
	مريضات إناث	٠,١١٦-	٠,٠٩٤-	٠,١٣٧-	٠,١٢٠-	٠,٠٢٢	٠,٠٤٤-	٠,٠٨١	٠,١٢٨-
	سويات إناث	٠,١١٤-	٠,١٦١-	٠,١٩٤-	٠,١٨٦-	٠,١٩٩-	٠,١٧٥	٠,١٢٨-	٠,٠٣٤-

\*\* دال عند ٠,٠١

\* دال عند ٠,٠٥

بينت مصفوفة العلاقات الارتباطية بين متغيري الشعور بالوصمة وصورة الجسم المدركة، وذلك بالنسبة للدرجات الكلية للاستخبارات، عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة جوهرياً بين الدرجة الكلية للشعور بالوصمة وصورة الجسم المدركة، أما بالنسبة للمقاييس الفرعية ارتبطت الدرجة الكلية للشعور بالوصمة بكل من المكون الجسمي الكلي، والمكون الجسمي عدم الرضا، والمكون المعرفي، والمكون السلوكي، والمكون الوجداني، والاجتماعي، وذلك لدى عينة المرضى من الذكور والإناث. كما ارتبط مكون التقييم الذاتي بشكل موجب ودال بمكون الدرجة الكلية للشعور بالوصمة لدى عينة المريضات.

أما عينة الأسوياء من الذكور كان هناك ارتباط موجب ودال بين الدرجة الكلية للشعور بالوصمة والمكون السلوكي.

أما بالنسبة لشبكة العلاقات الارتباطية بين المقاييس الفرعية للشعور بالوصمة والمقاييس الفرعية لصورة الجسم المدركة، تبين وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة جوهرياً بين الوصمة الأسرية وكل من صورة الجسم المدركة، والمكون الجسمي الكلي، والمكون المعرفي، والمكون السلوكي، والمكون الوجداني، والمكون الاجتماعي، هذا بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الوصمة الأسرية ومكون عدم الرضا عن أجزاء الجسم لدى الذكور المرضى، ومكون التقييم الذاتي لدى عينة المريضات.

وبينت النتائج فيما يتعلق بمكون مواقف الوصمة من الأقران عن وجود علاقات ارتباطية بين هذا المكون وكل من صورة الجسم المدركة، والمكون الجسمي الكلي، ومكون التقييم الذاتي، ومكون عدم الرضا عن أجزاء الجسم، والمكون المعرفي، والمكون السلوكي، والمكون الوجداني، والمكون الاجتماعي. أما عينة الأسوياء من الذكور فكانت هناك علاقات ارتباطية موجبة ودالة احصائياً بين الوصمة من الأقران وكل من صورة الجسم المدركة، والمكون السلوكي .

أما الوصمة التي يتعرض لها الأطفال من القائمين بالتدريس فقد ارتبطت ارتباطاً موجباً وبشكل دال لدى عينة الذكور من المرضى بكل من صورة الجسم المدركة، والمكون الجسمي الكلي، ومكون عدم الرضا عن أجزاء الجسم، والمكون المعرفي، والمكون السلوكي، والمكون الوجداني، والمكون الاجتماعي، وذلك لدى عينة المرضى من الذكور، بينما ارتبط مكون الوصمة من المدرسين بشكل موجب ودال إحصائياً فقط بالمكون السلوكي وذلك لدى عينة المريضات من الإناث.

وبينت النتائج لدى عينة الأسوياء من الذكور والإناث عن وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة بين مواقف الوصمة من المدرسين وكل من صورة الجسم المدركة الكلية، والمكون السلوكي وذلك لدى عينة الذكور، أما عينة الإناث كان هناك ارتباط موجب ودال بين مكون الوصمة من المدرسين والمكون الجسمي الكلي، ومكون عدم الرضا عن أجزاء الجسم.



وجاءت العلاقات الارتباطية موجبة ودالة بين مكون مواقف الوصمة عند ممارسة الألعاب الرياضية وكل من صورة الجسم المدركة، والمكون السلوكي، والمكون الاجتماعي وذلك لدى عينة المرضى من الجنسين، كما كان هناك ارتباط موجب ودال بين مواقف الوصمة في الألعاب الرياضية وكل من المكون الجسمي الكلي، والمكون الجسمي (عدم الرضا)، والمكون الوجداني، وذلك لدى عينة الذكور من المرضى.

وبينت النتائج وجود عديد من العلاقات الارتباطية الموجبة والدالة بشكل جوهري بين مواقف الوصمة من الغرباء في الأماكن العامة وكل من صورة الجسم المدركة، والمكون المعرفي، والمكون السلوكي، والمكون الوجداني، والمكون الاجتماعي، وذلك لدى عينة المرضى من الجنسين، هذا بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين هذا المكون من الوصمة، والمكون الجسمي الكلي، ومكون عدم الرضا عن أجزاء الجسم، وذلك لدى المرضى من الذكور، بينما ارتبطت وصمة الأماكن العامة بمكون التقييم الذاتي لدى عينة المريضات من الإناث. أما عينة الأسوياء من الذكور فقد أوضحت النتائج أن هناك علاقة موجبة ودالة بين مواقف الوصمة في الأماكن العامة والمكون السلوكي.

أما مكون الشعور بالوصمة الذاتية، بينت النتائج وجود علاقات ارتباطية بين صورة الجسم المدركة، ومكون التقييم الذاتي، والمكون المعرفي، والمكون السلوكي، والمكون الوجداني، والمكون الاجتماعي، بينما عينة الأسوياء من الذكور، كان هناك ارتباط موجب ودال بين الشعور بالوصمة الذاتية (درجة التكرار) والمكون السلوكي.

### مناقشة النتائج :

**الفرض الأول:** "الذي ينص على أنه توجد علاقات ارتباطية موجبة وجوهرية بين المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة لدى أطفال السمنة والأصحاء من الجنسين" :

تبين من نتائج هذا الفرض ثبوت صحته بشكل جزئي، حيث كانت هناك علاقات ارتباطية متبادلة وموجبة ودالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية وعديد من المقاييس الفرعية للاستخبار وبين صورة الجسم المدركة وبعض المقاييس الفرعية، حيث كانت هناك علاقات ارتباطية موجبة ودالة بين انخفاض درجة المعتقدات الصحية وكل من المكون المعرفي والمكون الوجداني والمكون السلوكي لدى عينة المرضى من الذكور والإناث، كما تبين وجود ارتباط موجب أيضاً بين القابلية للإصابة وصورة الجسم المدركة والمكون الجسمي الكلي، والمكون المعرفي، والمكون السلوكي، والمكون الوجداني، والمكون الاجتماعي، وذلك لدى عينة المريضات، بينما ارتبطت هذه المعتقدات بالمكون السلوكي والأنشطة البدنية لدى المرضى الذكور، وارتبطت معتقدات إدراك الخطورة بصورة الجسم المدركة، والمكون المعرفي، والمكون السلوكي، والمكون الاجتماعي، بينما كان هناك ارتباط

سالب وعكسي بين قيمة الصحة والمكون الجسمي الكلي، والتقييم الذاتي لدى مجموعة المرضى، كما ارتبطت معتقدات الفوائد المدركة بشكل عكسي مع المكون المعرفي لصورة الجسم، والمكون الاجتماعي، وصورة الجسم. أما لدى عينة الأسوياء فقد كانت هناك ارتباطات سالبة وعكسية بين ارتفاع درجة المعتقدات الصحية لديهم والمكونات الخاصة بصورة الجسم .

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نموذج تنظيم سلوكيات الأكل والذي يشير إلى أن درجة إرادة الفرد العامة إذا كانت مرتفعة يتضاءل التأثير الاجتماعي والثقافي المتعلق بصورة الجسم، أما في حالة انخفاض درجة الإرادة العامة لسلوكيات الأكل الصحي، تنشط المعتقدات المؤيدة للنحافة والسمنة، ومن ثم تولد هذه المعتقدات حالة من عدم الرضا عن الجسم، حيث ذكر ويليامسون (1990) Williamson أنه إذا حدث اتساق بين التقييمات الذاتية، والمعايير الثقافية الاجتماعية حول صورة الجسم الجذابة، يعمل ذلك على توجيه سلوكيات الأفراد نحو الأكل في اتجاه إيجابي (مثل ممارسة الرياضة، واتباع نظام غذائي)، ولكن نظراً لأن السياق الاجتماعي الثقافي صارم يصعب حدوث هذا الإتساق، ويمكن أن ينتج عن هذا تعرض الفرد لنمطين من السلوكيات، أما سلوكيات تناول الطعام الصحية، فقد كانت مصاحبة بدرجة من التوافق النفسي، أو حدوث اضطرابات في سلوكيات الأكل (من خلال: سهير الغباشي، هناء شويخ، ٢٠١١).

ولتوضيح صورة الجسم من خلال نظرية السلوك المخطط، حيث كان هناك فجوة بحثية في الدراسات السابقة حول الارتباط بين جوانب صورة الجسم والنوايا السلوكية، وما هي الدوافع التي تؤثر في نوايا الأفراد لتحسين صورة الجسم لديهم/ن، حيث ناقشت الدراسات العلاقة بين عدم الرضا عن صورة الجسم وأداء الفرد الداخلي والخارجي (المظهر الجسمي، والإدراك)، في التنبؤ بالسلوكيات الصحية والحالة النفسية لدى الفرد بناء على صورة الذات، كما أشارت الدراسات أيضاً إلى أن سلوكيات الأفراد لتحسين الصحة يمكن أن تتأثر اجتماعياً، وبناء على ذلك فإن عدم الرضا عن صورة الجسم، والمخاوف المتعلقة بالجسم مرتبطان بالعديد من السلوكيات الصحية الرئيسية، وهي ذات أهمية لأي شخص مهتم بتعزيز الجوانب المتعلقة بالصحة وشكل الجسم لديه. ومن خلال نظرية الفعل المخطط وجد ارتباط بين مفهوم الهوية الذاتية<sup>٨</sup> والذي ينعكس في المعتقدات، والقيم، والاتجاهات الخاصة بالفرد، كما تنشأ الهوية الذاتية من الذات الاجتماعية، وتوضح مدي إدراك الأفراد لأنفسهم في الأدوار الاجتماعية التي تستوفي المحكات والمعايير المقبولة، وبالتالي فإن الأفراد الذين يفهمون مزايا صورة الجسم الجيدة، سيتكون لديهم اتجاهات أكثر إيجابية في التحكم في المعتقدات والسلوكيات المرتبطة بصورة الجسم، وتشير بعض نتائج الدراسات السابقة أيضاً إلى أن تصورات الفرد وتفضيلاته وأفكاره حول صورة الجسم يمكن اعتبارها عادة على أنها تتضمن تقدير حجم الجسم، وتقييم مدي جاذبية الجسم، والمشاعر المرتبطة بشكل الجسم وحجمه،

(8) Self-Identity.

ومن ثم فقد يقوم الشخص صانع القرار أو متخذ الفعل بإجراء التقييم في ذهنه ثم يربط الأحداث أو السلوكيات بها مما يؤثر على النية السلوكية، وعلي وجه التحديد عندما يكون لدى الفرد استجابة تقييمية ايجابية تجاه تحسين صورة الجسم، يجب أن يؤدي إلى استعداد أكبر للانخراط في الأنشطة التي تؤدي لتحسين صورة الجسم (Chen, Hung & Zhong, 2020).

وتتسق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج هذه الدراسة التي هدفت لفحص الدور الوسيط لصورة الجسم في العلاقة بين المعرفة الصحية (التي تتضمن المهارات المعرفية والاجتماعية التي تحدد من دافعية الفرد وقدرته على فهم واستخدام المعلومات التي تمكنه من الحفاظ على صحته بشكل جيد)، وأعراض اضطرابات الطعام لدى عينة من المراهقين (ن=٥٠٥٤). وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن المراهقين الذين عبروا عن مستويات منخفضة أو متوسطة من المعرفة الصحية كانت توجد لديهم عرض أو اثنين من اضطرابات الأكل، وذلك بالمقارنة بالمراهقين الذين كانت مستويات المعرفة الصحية لديهم مرتفعة، وبالإضافة إلى ذلك فإن المراهقين الذين أدركوا أنفسهم بأنهم زائدين في الوزن ظهرت لديهم أيضاً بعض من أعراض اضطرابات الأكل بالمقارنة بالمراهقين الأصحاء في إدراكهم، مما يؤكد توسط صورة الجسم في العلاقة بين المعرفة الصحية واضطرابات الأكل، حيث ارتبطت صورة الجسم السلبية بالمستويات المنخفضة من المعرفة بالمفاهيم والسلوكيات الصحية واضطرابات الأكل، كما بينت النتائج أن متغير فعالية الذات مكون مهم في المعرفة الصحية والذي يسمح للفرد بالقدرة على التمييز بين ما هو جيد بالنسبة له، وما هو متوقع منه في إطار السياق من حوله، وكيفية البدء في تحقيق أهدافه الخاصة، كما أن فعالية الذات لها تأثير إيجابي على تقدير الذات الذي يعد مكوناً رئيسياً في صورة الجسم (Boberová & Husárová, 2021).

بالإضافة إلى ذلك عندما يقترب الأطفال من سن المراهقة، فإنهم يركزون بشكل متزايد على مظهرهم وجاذبيتهم الجسمية نتيجة لصورة الجسم المرتبطة بمرحلة المراهقة، ويؤدي تعليم المراهقين المفاهيم المرتبطة بالصحة إلى تغيير اتجاهات الفرد نحو أجزاء جسمه، ويعد نموذج المعتقدات الصحية من النماذج المهمة في التنقيف الصحي، ووفقاً لهذا النموذج، يعتمد قرار الفرد ودوافعه لتبني سلوكيات صحية على ثلاث فئات، هي: الإدراك الشخصي، والسلوكيات التكيفية، واحتمالية تنفيذ هذا الاجراء أو السلوك، وفي هذه الدراسة التي هدفت إلى تطبيق نموذج المعتقدات الصحية لتحسين صورة الجسم لدى ٦٠ مراهقة في الصف السادس الابتدائي بمتوسط عمر ١٢ سنة في إيران، حيث أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أن استخدام نموذج المعتقدات الصحية كان فعالاً في تحسين معرفة وأداء الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالسمنة وإحداث تغييرات في السلوك الصحي، كما أدى إلى تحسين العادات الغذائية لديهم أيضاً، وعزز من السلوكيات الوقائية والسيطرة على مخاطر فترة البلوغ لدى الفتيات المتعلقة بصورة الجسم. وأظهرت نتائج الدراسة الحالية أن الفتيات اللاتي تلقين تثقيفاً في المفاهيم الصحية المرتبطة بفترة البلوغ بناء على نموذج المعتقدات

الصحية كانوا أقل في المخاوف المتعلقة بالصحة وشكل الجسم واللياقة البدنية بالمقارنة بالفتيات في المجموعة الضابطة اللاتي تلقين تدريباً اعتيادياً، كما اختلفت المفاهيم المتعلقة بصورة الجسم بين المجموعتين في اتجاه المجموعة التي تلقت التدريب المعتمد على نموذج المعتقدات الصحية؛ والذي تضمن التدريب على تعديل واستبدال المعتقدات السلبية حول فترة البلوغ وصورة الجسم بأفكار ومعتقدات إيجابية ومنطقية لتحسين الرضا عن الجسم والحصول على صورة أكثر واقعية للجسم لديهن، مما يزود الفتيات بفهم أوضح لأجسامهن، ويعزز تقديرهن لذواتهن وثقتن بأنفسهن (Barkhordari-Sharifabad, Vaziri-Yazdi & Barkhordari-Sharifabad, 2020).

**الفرض الثاني : توجد علاقات ارتباطية جوهرية بين المعتقدات الصحية والشعور بالوصمة لدى أطفال السمنة والأصحاء :**

أظهرت النتائج عن تحقق هذا الفرض جزئياً، حيث كان هناك عديد من الارتباطات بين الدرجة الكلية للشعور بالوصمة و المعتقدات الصحية والمقاييس الفرعية للمعتقدات الصحية، من بينها أنه كان هناك علاقات ارتباطية موجبة بين الشعور بالوصمة وعديد من المقاييس الفرعية التي تمثلت في: معتقدات القابلية للإصابة، وإدراك الخطورة، ومعتقدات اللاعقلانية، وذلك لدى مجموعة المرضى من الذكور والإناث، هذا بالإضافة إلى أن مكون الدرجة الكلية للشعور بالوصمة ارتبط إيجابياً وبشكل دال بمكون معتقدات المعوقات المدركة من العلاج وتصنيف الأطعمة، بينما ارتبط بشكل عكسي ودال بسلوك التغذية المتوقع، وذلك لدى عينة المرضى الذكور. كما كان هناك ارتباط موجب ودال بين الشعور بالوصمة ومعتقدات العقلانية لدى عينة المريضات، وارتباط سلبي ودال احصائياً بين الشعور بالوصمة والدرجة الكلية للمعرفة الصحية.

وعند مناقشة نتائج هذا الفرض في ضوء نموذج تهديد الهوية الاجتماعية، حيث يوضح تأثير الوصمة المرتبطة بالوزن في تدهور الصحة النفسية والجسمية للأفراد ذوي الوزن الزائد، حيث أن هذا التهديد يزيد من معدلات الإجهاد الفسيولوجي للفرد، ويضعف من التنظيم الذاتي له وبالتالي يزيد الدافع لدى الفرد لتجنب السياقات التي يحدث فيها الوصم (على سبيل المثال، صالة الألعاب الرياضية)، هذا بالإضافة إلى الانخراط في سلوكيات غير صحية لإنقاص الوزن، وهو ما يؤكد أيضاً نموذج الوصمة المرتبطة بالوزن، والذي يوضح كيف تسهم هذه الوصمة في زيادة تناول الطعام، باعتبار الوصمة بمثابة حدث ضاغط للفرد يمكن أن يؤدي إلى عديد من السلوكيات المضطربة في تناول الطعام (Hunger, Major, Blodorn & Miller, 2015; Hayward, Vartanian & Pinkus, 2017).

وتشير نتائج بعض الدراسات السابقة إلى أن المرور بخبرات الوصمة المرتبطة بالوزن قد ارتبطت بزيادة السلوكيات التعويضية، والقيود الغذائية، وأعراض الشراهة في تناول الطعام، وانخفاض الدافع للمشاركة في السلوكيات التي تعزز الصحة، كما أثبتت الأدلة أن المرور أيضاً

بخبرات الاستيعاب المدرك للتحيز للوزن يدعم استمرار الأنماط السلبية من الأعراض التي تضر بالصحة النفسية، وذلك لطبيعة هذا النمط من الوصم ذاتي التوجيه. كما أشارت الأدلة إلى أن المستويات المرتفعة من الاستيعاب المدرك الداخلي للتحيز قد ارتبطت بأعراض تناول الأكل بنهم، وأعراض الاكتئاب والمخاوف حول صورة الجسم، وفي بعض الحالات ارتبط ذلك بالسلوكيات غير الصحية المتضمنة في السلوكيات التعويضية وتقييد النظام الغذائي بشكل غير صحي. وقد أظهرت الأبحاث الحديثة أن الدور الوسيط للاستيعاب المدرك في الارتباطات بين خبرات الوصمة المرتبطة بالوزن وسلوكيات اضطرابات الأكل يتم تفسيرها إلى حد كبير من خلال مكونات صورة الجسم، وتقدير الذات، نظراً لطبيعة التوجيه الذاتي لكل من مكونات الاستيعاب المدرك، وصورة الجسم، وتقدير الذات (Romano, Heron & Henson, 2021).

وتتفق نتائج هذا الفرض مع دراسة هدفت لاستكشاف وتقييم العلاقة بين المضايقات المتعلقة بالوزن من قبل الوالدين والأقران، وبين الأكل الانفعالي والسلوكيات غير الصحية للتحكم في الوزن لدى عينة من الأطفال اللاتي يعانين من السمنة المفرطة من الأمريكيات ذوي الأصل الأفريقي، ممن تراوحت أعمارهن ما بين ٩ إلى ١٤ عاماً، حيث أظهرت النتائج أن هناك نسبة كبيرة من أفراد العينة تعرضوا للمضايقات المرتبطة بأوزانهم من والديهم، وأقرانهم، حيث أفاد ٥٩% من الفتيات أنهم تعرضوا لتلك المضايقات من قبل أقرانهم، كما أنه كان هناك ٤٢% من المشاركين أقروا بتعرضهم للمضايقات المتعلقة بوزنهم من والديهم. كما بينت النتائج أن تلك المضايقات التي تعرضت لها الفتيات من والديهم ارتبطت بالأكل الانفعالي والشراهة في تناول الطعام، في حين أن المضايقات التي صدرت من الأقران كانت مرتبطة فقط بالأكل الانفعالي (Olvera, Dempsey, Gonzalez & Abrahamson, 2013)، كما اتفقت مع دراسة منير وداود (Munir & Dawood, 2020) والتي هدفت للتعرف على الدور الوسيط لتقدير الذات في العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالوزن وسلوكيات تناول الطعام المضطربة، وذلك لدى عينة من المراهقات زائدات الوزن، وذلك لدى عينة تكونت من ٢٠٠ مراهقة ممن تراوحت أعمارهن ما بين (١٥ إلى ١٩ عاماً)، وكانت يرتفع مؤشر كتلة الجسم لديهم عن ٢٥ كيلو جراماً. وأظهرت النتائج أن الوصمة المرتبطة بالوزن (المضايقات اللفظية التي تضمنت التسمية، والضحك، والتعليقات المهينة) (والمضايقات البدنية والتي تشمل الضرب، والشدة، والركل أو الدفع)، قد ارتبطت ارتباطاً موجباً بسلوكيات تناول الطعام المضطربة (الانسحاب عند تناول الطعام، والشراهة في تناول الطعام، والشعور بالضغط الاجتماعي)، كلما زاد معدل التعرض للوصمة المرتبطة بالوزن، زادت سلوكيات تناول الطعام المضطربة، كما بينت النتائج أن الوصمة المرتبطة بالوزن ارتبطت عكسياً بتقدير الذات، أما عن الدور الوسيط بينت النتائج أن تقدير الذات قد توسط العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالوزن (اللفظية والبدنية)، وسلوكيات تناول الطعام المضطربة (الشراهة في تناول الطعام، والضغط الاجتماعي).

### الفرض الثالث : توجد علاقات ارتباطية موجبة وجوهرية بين الشعور بالوصمة وصورة الجسم المدركة لدى أطفال السمنة والأسوياء :

بينت مصفوفة العلاقات الارتباطية بين متغيري الشعور بالوصمة وصورة الجسم المدركة، وذلك بالنسبة للدرجات الكلية للاستخبارات، عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة جوهرياً بين الدرجة الكلية للشعور بالوصمة وصورة الجسم المدركة، أما بالنسبة للمقاييس الفرعية ارتبطت الدرجة الكلية للشعور بالوصمة بكل من المكون الجسمي الكلي، والمكون الجسمي (عدم الرضا)، والمكون المعرفي، والمكون السلوكي، والمكون الوجداني، والاجتماعي، وذلك لدى عينة المرضى من الذكور والإناث. كما ارتبط مكون التقييم الذاتي بشكل موجب ودال بمكون الدرجة الكلية للشعور بالوصمة لدى عينة المريضات.

وعند مناقشة نتائج هذا الفرض في ضوء نموذج تباين صورة الجسم الذي يوضح أن هناك دوراً للعوامل الأسرية والعلاقات مع الأقران في نشأة عدم الرضا عن الجسم لدى الأطفال، والذي يسهم أيضاً في مكون تقدير الذات الجسمي الذي بدوره يكون مسئولاً عن حدوث التباينات السالبة والموجبة لصورة الجسم، حيث أثبتت النتائج في ضوء هذا النموذج، الارتباط بين انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية والوجدانية من الوالدين بارتفاع مستويات تباين صورة الجسم المدركة، كذلك ارتبط تعبير الوالدين عن عدم رضائهم عن أوزان أطفالهم، أو تعريض أطفالهم لخبرات الإيذاء والمضايقات المتعلقة بالوزن بالتأثيرات السلبية على معتقدات أطفالهم حول أنفسهم، أما عن تأثير الأقران فإن المراهقين الصغار الذين يشعرون بالقبول والتواصل مع جماعة الأقران كانوا مدركين لذواتهم بشكل إيجابي بينما الذين تعرضوا للنقد والمضايقات المتعلقة بالوزن كانوا أكثر انخفاضاً في مستوى التقدير الذاتي لأجسامهم (Michael, Wentzel, Elliott, Dittus, Kanouse, Wallander & Schuster, 2014).

واتسقت نتائج الفرض الحالي مع نتائج عديد من الدراسات السابقة منها دراسة جيندرزيكا ووارشبرجر (Jendrzyca & Warschburger, 2016)، والتي أظهرت نتائجها أن مواقف الوصم المرتبطة بالوزن كان لها تأثير على ارتفاع معدلات عدم الرضا عن صورة الجسم، كما توسط عدم الرضا عن الجسم العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالوزن وسلوكيات تناول الطعام المقيدة لدى كل من الذكور والإناث. واتفقت أيضاً هذه النتيجة مع دراسة لو وشين (Chen, Luo & Chen, 2020) والتي بينت أن هناك ارتباطاً بين خبرات الإيذاء اللفظية وعدم الرضا عن صورة الجسم، وأن الضغوط التي تتعرض لها المراهقات من ذوي الوزن الزائد من الوالدين والأقران للحصول على جسم نحيف كانت تزيد من معدلات عدم الرضا عن الجسم، والتي بدورها تؤدي إلى ارتفاع مستويات الاكتئاب لديهن.

## قائمة المراجع

### أولاً : مراجع باللغة العربية :

صادق، هيام (٢٠١٤). النموذج البنائي لعلاقة الرفاهية الذاتية بالوصمة المدركة والحس الفكاهي لدى أمهات الأطفال الذاتويين. مجلة التربية للبحوث التربوية والنفسية والاجتماعية ١٥٨ (٣)، ١١-٥٤.

عبد الموجود، محمد (٢٠١٧). الصمود النفسي والمعتقدات الصحية كمنبئين بأبعاد تنظيم الذات وعمه المشاعر لدى مرضي النمط الثاني من السكري والأصحاء. رسالة دكتوراة (غير منشورة) جامعة جنوب الوادي، قسم علم النفس.

غباشي، سهير، وشويخ، هناء (٢٠١١). الرضا عن صورة الجسم ومقدار المعرفة ومعامل كتلة الجسم والنوع وموطن الإقامة كمنبئات بسلوك الأكل المرتبط بالصحة لدى طلاب الجامعة. دراسات نفسية ٢١ (٢)، ١٦١-٢٠٥.

### ثانياً : المراجع باللغة الانجليزية :

Abdelkarim, O.; Ammara, A.; Soliman A. & Hökelmann, A. (2017). Prevalence of overweight and obesity associated with the levels of physical fitness among primary school age children in Assiut city. *Egyptian Pediatric Association Gazette*, (65), 43-48.

Alimoradi, Z.; Golboni, F.; Griffiths, M.D.; Broström, A.; Lin, C.Y. & Pakpour, A.H. (2020). Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 39(7), 2001-2013.

Añez, E.; Fornieles-Deu, A.; Fauquet-Ars, J.; López-Guimerà, G.; Puntí-Vidal, J. & Sánchez-Carracedo, D. (2018). Body image dissatisfaction, physical activity and screen-time in Spanish adolescents. *Journal of health psychology*, 23(1), 36-47.

Barkhordari-Sharifabad, M.; Vaziri-Yazdi, S. & Barkhordari-Sharifabad, M. (2020). The effect of teaching puberty health concepts on the basis of a health belief model for improving perceived body image of female adolescents: a quasi-experimental study. *BMC public health*, 20(1), 1-7.

Boberová, Z. & Husárová, D. (2021). What Role Does Body Image in Relationship between Level of Health Literacy and Symptoms of Eating Disorders in Adolescents?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3482.

- Cash, T.F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *In Encyclopedia of body image and human appearance*, 334-342.
- Chao, H.; Lao, I.; Hao, L. & Lin, C. (2012). Association of body image and health beliefs with health behaviors in patients with diabetes: a cross-sectional study. *The Diabetes Educator*, 38(5), 705-714.
- Chen, W.K., Hung, Y.H. & Zhong, J.Y. (2020, August). *Building the Body Image Conceptual Framework Based on the Theory of Planned Behavior (TPB)*. In 2020 IEEE 21st International Conference on Information Reuse and Integration for Data Science (IRI) (pp. 430-437).
- Elran-Barak, R. & Bar-Anan, Y. (2018). Implicit and explicit anti-fat bias: The role of weight-related attitudes and beliefs. *Social Science & Medicine*, (204), 117-124.
- Hassan, N.; El-Masry, S.; El Batrawy, S.; Khalil, A.; Ali, M.; Al Tohamy, M. & Abo Hashish, M. (2018). Relationship between breast feeding duration and risk of overweight/ obesity among Egyptian children. *Egyptian Pediatric Association Gazette*, (66), 9-14.
- Hayward L.E.; Vartanian L.R. & Pinkus R.T. (2018). Weight stigma predicts poorer psychological well-being through internalized weight bias and maladaptive coping responses. *Obesity*, (26), 755–761.
- Ievers-Landis, C.E.; Dykstra, C.; Uli, N. & O’Riordan, M.A. (2019). Weight-related teasing of adolescents who are primarily obese: Roles of sociocultural attitudes towards appearance and physical activity self efficacy. *International journal of environmental research and public health*, 16(9), 1540.
- Jendrzyca, A. & Warschburger, P. (2016). Weight stigma and eating behaviours in elementary school children: A prospective population-based study. *Appetite*, (102), 51-59.
- Khairy A.; Eid R.; El Hadidy M.; Gebril H.; Megawer S. (2016). The health-related quality of life in normal and obese children. *Egyptian Pediatric Association Gazette* (64), 53-60.
- Klaczynski, P.A. (2008). There’s something about obesity: Culture, contagion, rationality, and children’s responses to drinks “created” by obese children. *Journal of experimental child psychology*, 99(1), 58-74.
- Michael, S.L.; Wentzel, K.; Elliott, M.N.; Dittus, P.J.; Kanouse, D.E.; Wallander, J.L. & Schuster, M.A. (2014). Parental and peer factors associated with body image discrepancy among fifth-grade boys and girls. *Journal of youth and adolescence*, 43(1), 15-29.



- Munir, M. & Dawood, S. (2020). Weight stigma and disordered eating behaviors in Pakistani overweight adolescents: the mediating role of body esteem. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-10.
- Robbins, L.B.; Ling, J. & Resnicow, K. (2017). Demographic differences in and correlates of perceived body image discrepancy among urban adolescent girls: a cross-sectional study. *BMC pediatrics*, 17(1), 1-10.
- Romano, K.A.; Heron, K.E. & Henson, J.M. (2021). Examining associations among weight stigma, weight bias internalization, body dissatisfaction, and eating disorder symptoms: Does weight status matter?. *Body Image*, 37, 38-49.
- Tso, M.; Rowland, B.; Toumbourou, J.W. & Guadagno, B.L. (2017). Overweight or obesity associations with physical aggression in children and adolescents. A meta-analysis International. *Journal of Behavioral Development*. 42(1) 116–131
- Zahra, S. (2016). A prospective longitudinal study to estimate the prevalence of obesity in Egyptian children with nocturnal enuresis and the association between body mass index and response to therapy. *The Egyptian Journal of Medical Human Genetics* , (18), 211–218.

## **Health Beliefs and their Associations with Perceived Body Image and feeling stigma among obese and healthy children**

**By**

**Hoda Saeed Ahmed**

**Dept. Psychology – Cairo University**

### **Abstract :**

The current study aimed to reveal the volumes and direction of the correlational relationships between health beliefs, perceived body image, and feelings of stigma and between each other, in a sample of obese and healthy children of both sexes. The study sample consisted of (124) boys and girls (62 obese boys and girls), and (62 healthy children of both sexes), whose ages ranged between 9 to 12 years, and the study battery was applied, which included health beliefs questionnaire, perceived body image questionnaire, and stigma questionnaire. The results of the study showed the existence of a network of positive correlations between health beliefs, perceived body image, and some sub-scales in the sample of male and female patients, while it was not found that there were significant correlations between some of the sub-scales of the two variables, and the results revealed the existence of some negative correlations in A sample of healthy subjects of both sexes between some subscales of health beliefs and perceived body image. The results of the study also showed the existence of positive and significant correlations between health beliefs and feelings of stigma and each of the sub-scales of the two variables, in the sample of male and female patients, while there were some inverse correlations in the sample of healthy people of both sexes. The results also showed that there are positive and statistically significant correlations between the feeling of stigma and the perceived body image in the sample of patients of both sexes, while there were some inverse correlations in the sample of healthy males and females.

**Key Words:** Health Beliefs – Perceived Body Image – Feeling Stigmatized – Obesity Disorder.