

# الفروق في المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة والشعور بالوصمة على ضوء النوع والمرض والعمر لدى أطفال السمنة والأصحاء

إعداد

أ.د. / محمد نجيب الصبوة  
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

د. / هدى سعيد أحمد  
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

## ملخص :

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن تباين الفروق في المعتقدات الصحية، وصورة الجسم المدركة، والشعور بالوصمة، وذلك بتباين النوع والعمر لدى أطفال السمنة والأصحاء، على عينة تكونت من (١٢٤) طفلاً وطفلة (٦٢ من الأطفال مرضى السمنة من الجنسين، ٦٢ من الأطفال الأصحاء من الذكور والإناث)، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٩-١٢) عاماً، وتم تطبيق بطارية الاستخبارات المكونة من استخبار المعتقدات الصحية، واستخبار صورة الجسم المدركة، واستخبار الشعور بالوصمة، بالإضافة إلى الاختبارات التي هدفت إلى الفرز والتصنيف والاستبعاد. وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين كل من مرضى السمنة والأصحاء من الجنسين في كل من المعتقدات الصحية ومعتقدات القابلية للإصابة ومعتقدات إدراك خطورة المرض، ومعتقدات الفوائد المدركة من العلاج، وذلك في اتجاه المرضى من الجنسين، بينما لم توجد فروق دالة بين مجموعات الدراسة في استخبارات الجزء الثاني من المعتقدات الصحية، كما أظهرت النتائج وجود فروق جوهريّة بين المرضى والأصحاء من الجنسين في الجزء الأول والثاني من استخبار صورة الجسم المدركة، وذلك في اتجاه مرضى السمنة من الجنسين، كما تبين وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعات الدراسة في استخبار الشعور بالوصمة، في اتجاه مجموعة المرضى من الذكور والإناث، كما كشفت النتائج فيما يخص تأثير العمر على المعتقدات الصحية، تبين أن الأطفال الأكبر في المرحلة العمرية (١١-١٣) عاماً، كانوا أكثر وعياً بمعتقدات القابلية للإصابة بالمرض، ومعتقدات إدراك الخطورة، وذلك بالمقارنة بالمجموعات العمرية الأصغر، كما تبين وجود تأثير للنوع على المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالطعام، حيث كان المرضى الذكور والأصحاء الذكور الأعلى في متوسطات الفروق بالمقارنة بالمريضات والصحيحات، أما فيما يتعلق بتأثير النوع والعمر والاضطراب على دقة إدراك صورة الجسم، بينت النتائج أنه لا توجد فروق دالة بين مجموعات الدراسة في دقة إدراك صورة الجسم.

**الكلمات المفتاحية :** المعتقدات الصحية - صورة الجسم المدركة - الشعور بالوصمة -

النوع - العمر - اضطراب السمنة.

## مقدمة :

ترتبط السمنة في مرحلة الطفولة بعدد كبير من الأمراض الجسمية والتي تتضمن أمراض القلب والأوعية الدموية مثل ارتفاع ضغط الدم، وبداية مبكرة من تصلب الشرايين، وتضخم في البطن الأيسر، كما ينتج عن تراكم النسيج الدهني حول الرئتين مشاكل في التنفس ويزيد من الأمراض الرئوية كالربو، وحدث توقف للتنفس أثناء النوم، كما يترتب على زيادة الوزن والسمنة حدوث أمراض في العظام كخشونة المفاصل والتي تعرض النشاط البدني للخطر. كما تؤدي زيادة نسبة الأنسجة الدهنية إلى زيادة النسبة المئوية للهرمونات الجنسية والتي تعتبر من أسباب سرطان عنق الرحم والبروستاتة، كما أنها مرتبطة أيضاً بأمراض الغدد الصماء مثل مقاومة الأنسولين ومرض السكر المبكر، بالإضافة إلى أمراض الجهاز الهضمي مثل تكوين الحصى في المرارة، والتهاب الكبد وحدث تليف في الكبد (Ickes & Sharma, 2013; Quattropani & Buccheri, 2013).

وتُعد العلاقة بين السمنة واضطرابات الصحة النفسية الشائعة علاقة تفاعلية يتوسطها عديد من المتغيرات المعدلة مثل النوع أو الجنس، ومستوى السمنة، والعمر، والحالة الاجتماعية الاقتصادية، والتي تؤثر على هذه العلاقة ( Bomberg, Birch, Endenburg, German, ) (Neilson, Seligman et al., 2017).

وفي دراسة أجريت على ١٥٢٠ طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين ٩ إلى ١٠ أعوام يعانون من السمنة، كشفت نتائجها عن انخفاض تقدير الذات، وارتفاع مستويات الشعور بالحزن والشعور بالوحدة لديهم، كما أظهرت نتائج الدراسة أنهم كانوا أكثر عرضة للانخراط في سلوكيات عالية الخطورة مثل التدخين (Bomberg, Birch, Endenburg, German, Neilson, Seligman, et al., 2017).

وتؤكد نظرية النظم السياقية ونموذج المعتقد الصحي دور العلاقة التي يكون فيها الوالدان بمثابة عازل بين الطفل والمجتمع، ومدى تأثير العلاقة بين الطفل والوالدين في تطور فهم الطفل لصورة جسمه، حيث أن الوالدين يساهمان بشكل كبير في تطوير إدراك صورة الجسم لدى الطفل، التي تمثل جزءاً ضرورياً من صحة الطفل البدنية والنفسية (Silvia, 2011).

ووفقاً لسمولاك (Smolak 2004) فإن صورة الجسم هي ظاهرة تتأثر بالنوع أو الجنس بشكل قوي، حيث لاحظت في مراجعتها لعديد من الدراسات أن حدوث عدم الرضا عن الجسم كانت لا توجد بها فروق جوهرية بين الجنسين في مرحلة المراهقة، لكن في حالة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ١١ عاماً تقريباً، كان الأولاد الذكور الأصغر عمراً أقل قلقاً على أجسامهم، وذلك بالمقارنة بأقرانهم من الإناث، كما أظهرت دراسة بين (Pine 2001) أن الشخصية الأنثوية المثالية التي اختارتها الفتيات من عمر ٥ إلى ١١ عاماً كانت أنحف بشكل ملحوظ مقارنة بالشكل الذكوري المثالي لدى الأولاد، وذلك عندما طلب منهم اختيار الشكل الذين يطمحون في الوصول إليه عندما

يكونون بالغين، ويبدو أن الفتيات يتعرضن لضغوط أكبر في عديد من السياقات للوصول إلى نمط معين من الجسم، وذلك انطلاقاً من الرسائل القادمة من وسائل الإعلام والأقران والوالدين بشكل مستمر، أنها يجب أن تكون جذابة اجتماعياً لتتجح في اختيار شريك الحياة، وذلك بالمقارنة بالذكور (Through: Durante, Fasolo, Mari & Mazzola, 2014).

وفي ضوء الفروق بين الجنسين في مرحلة الطفولة المبكرة، أظهرت نتائج دراسة تيجمان ودونت Tiggemann & Dohnt والتي أجريت على الفتيات في مرحلة ما قبل المدرسة حتي الصف الثالث، حيث أظهرت ٤٨,٤% من الفتيات في مرحلة التمهيدي رغبتهم في أن يحصلوا على جسد أكبر، أما الفتيات في الصف الأول أظهرن رغبتهم في الحصول على قوام نحيف، وظلت هذه الرغبة ثابتة على مدار العامين التاليين. وعلى الرغم من رغبة الفتيات في القوام النحيف، إلا أنه وصفت ٤٨% منهن شعورهن بالسعادة دائماً أو عادة من مظهرهن الخارجي. أما الذكور في المرحلة العمرية ما بين ٨ و ١١ عاماً أجرى ريسناك وآخرون Rasnake et al. دراسة أظهرت نتائجها عن إقرار ٤٧,٤% من الذكور برغبتهم في ان تكون أجسامهم أنحف، في حين أظهر ٢٠,٧% رغبتهم في أن تكون أجسامهم أكبر مما هي عليها الآن. وفي مرحلة المراهقة المبكرة أجري ريكارديل وآخرون Ricciardelli et al. دراسة مشابهة على الفتيات والفتيان من سن ١١ إلى ١٤ عاماً لاحظوا أن ٥٧% منهن بالمقارنة بـ ٣٢,٧% من الذكور يرغبن في الحصول على قوام نحيف، بينما ٣٤,٦% من الذكور بالمقارنة بـ ١٠,٩% من الإناث يرغبون في الحصول على جسم أضخم. كما كشف أحد التقارير الدولية الصادرة عن دراسة السلوك الصحي وعلاقته باضطرابات صورة الجسم المرتبطة بمشكلة وزن الجسم، وذلك لدى الطلاب وذلك في ٤٣ دولة، أنه في عمر ١٥ عام كان ٤٠% من الفتيات و ٢٢% من الفتيان غير راضين عن أجسامهم، حيث أقرت الفتيات برغبتهم في أن تكن أنحف في القوام مما هن عليه، في حين أن الذكور أقرروا برغبتهم في زيادة القوة والعضلات لأجسامهم (Currie, Zanotti, Morgan, Currie, De Looze, Roberts & Barnekow, 2009; Quick, 2014).

ويشير عديد من الدراسات إلى أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة هم أهداف للوصم المجتمعي، حيث يكونون ضحايا للتحيز والتمييط السلبي من قبل الأقران والمعلمين في المدرسة وحتى الوالدين. وهذا الأمر قد يثير القلق بشكل خاص في مرحلة الطفولة والمراهقة أثناء تشكيل الطفل لعلاقاته الاجتماعية، كما أن الأطفال يكونون معرضين بشكل خاص وأكثر حساسية للوصم بالوزن وبالتالي عواقبه؛ كذلك فإن المرور بمثل هذه الخبرات يمكن أن يعيق من تطورهم الاجتماعي والوجداني والدراسي أيضاً، كما يمكن أن يؤدي إلى مزيد من العواقب الطبية السلبية التي يواجهونها بالفعل، مثل مقاومة الإنسولين، وارتفاع ضغط الدم، والعواقب طويلة المدى كأمراض القلب والأوعية الدموية والكبد (Puhl & Latner, 2007).

وفي هذا الإطار قام نويمارك وزملاؤه **Neumark et al.** بفحص معدلات انتشار المضايقة التي يتعرض لها طلاب المدارس المتوسطة والثانوية على أساس الوزن وذلك على ٤٦٤٦ طالباً وطالبة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن ٣٠% من الفتيات و ٢٤% من الذكور قد أقرروا بتعرضهم للمضايقة من الأقران. ومع ذلك ارتفعت معدلات انتشار تلك المضايقات بين الطلاب الذين حصلوا على أعلى مؤشر على كتلة الجسم (عند أو أعلى من نسبة ٩٥%) إلى ٦٣% من الفتيات و ٥٨% من الذكور. وعلى مستوى البحوث الكيفية التي استخدمت المقابلات المتعمقة مع ٥٠ مراهقة من الإناث ذوات الوزن الزائد أن ٩٦% من الفتيات أقررن بإستهدافهن لأنواع مختلفة من التحيز القائم على الوزن، بما في ذلك التعليقات المؤذية والمعاملة التفضيلية والرفض الاجتماعي من الآخرين بسبب وزنهن (Through: Puhl & Latner, 2007).

### مشكلة الدراسة :

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

- ١ - هل توجد فروق جوهرية بين أطفال السمنة في مقابل الأصحاء في المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة والشعور بالوصمة ؟
- ٢ - هل تتباين الفروق في المعتقدات الصحية بتباين العمر والنوع لدى كل من أطفال السمنة والأصحاء من الجنسين؟
- ٣ - هل توجد فروق بين مرضى السمنة والأصحاء في دقة إدراك صورة الجسم المدركة، وذلك وفقاً لمتغيرات النوع والعمر والاضطراب؟

### مفاهيم الدراسة :

#### أولاً : مرض السمنة :

السمنة هي حالة من تراكم الدهون الزائدة في الجسم، وغالباً ما ترتبط بعدد كبير من الاضطرابات المهددة للحياة، فالأطفال الذين يعانون من السمنة هم أكثر عرضة للإصابة بالربو، وتوقف التنفس أثناء النوم، وكذلك ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض المرارة، وهم أكثر عرضة أيضاً للإصابة بزيادة الوزن عند وصولهم لمرحلة الرشد وذلك بنسبة ٨٠% (Yi Huang & Sui-Jian, 2014; Talat & El Shahat, 2016; Hunger & Major, 2015).

#### تصنيف مركز التحكم في الأمراض والوقاية منها<sup>١</sup> لحالات الوزن :

هذا التصنيف يعتمد على تحديد زيادة الوزن والسمنة بمستوى 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 ونفس جنسه (Zahra, 2016).

(1) Centers for Disease Control and Prevention,

### 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 :

يعرف فيشباين وأجزن Fishbien & Ajzen المعتقد بأنه المعلومات والمعارف التي توجد لدى الشخص عن موضوع الاتجاه، بمعنى أن المعتقد يربط بين موضوع ما وخاصية معينة تميز هذا الموضوع. كما عرفه كريتش وكريتشفيلد Krech & Crutchfield بأنه تنظيم يتسم بالثبات النسبي لمدرجات الفرد ومعارفه نحو جانب معين من عالمه الخاص (معتز عبدالله، عبداللطيف خليفة، ١٩٩٦).

### المعتقدات الصحية لدى الأطفال :

وعلى الرغم من أن المعتقدات والاتجاهات الصحية للراشدين قد تتأثر بواسطة خبرات مرحلة الطفولة مع الأسرة والأقران والمرض، إلا أن دراسة مدى فهم الأطفال للصحة والمرض قد تلقي قليلاً من الانتباه في الدراسات، ومن هنا ظهرت الحاجة البحثية لصياغة نموذج للمعتقدات الصحية لدى الأطفال وذلك لفهم كيف يكتسب الأطفال المعتقدات الصحية، هذا بالإضافة إلى التعرف على العوامل الشخصية والبيئية التي تهيئ الأطفال إلى توقع العلاج للمشكلات الصحية الشائعة، وذلك في ضوء ما ناقشه كل من بيكر وزملائه Becker حول مفهوم الوقاية المستندة على القيمة المتوقعة، واعتماداً على نموذج المعتقدات الصحية الذي صاغه روزنستوك Rosenstock ، كما أن هناك ثلاثة أنساق نظرية بالإضافة إلى ما سبق ساهمت في الجهود البحثية المتعلقة بالتوجهات الصحية لدى الأطفال أيضاً، وهي:

- ١ - نظرية التعلم الاجتماعي: والتي تفترض أن السلوكيات يتم اكتسابها وتتشكل تدريجياً كنتيجة للعواقب السلبية والنتائج الإيجابية في البيئة الاجتماعية والطبيعية المحيطة بالطفل.
- ٢ - نظرية الارتقاء: والتي تؤكد دور التغيرات الارتقائية في العمليات المعرفية التي تؤثر على فهم الأطفال للأحداث الاجتماعية والطبيعية.
- ٣ - نظرية النية أو القصد السلوكي: والتي تتضمن المرجعية ومعايير الجماعة، والتي تؤكد عدد من السلوكيات المحددة، وذلك بالمقارنة مع التجريدات والاستنتاجات التي لا يكون الأطفال في الغالب مستعدين لها إدراكياً، وتشير إلى أن النوايا السلوكية هي أفضل منبئ للسلوك.

وبالتالي جمع نموذج المعتقدات الصحية للأطفال بين العناصر البارزة في النماذج السابقة وطور كلاً من بوش وإيانوتي **Bush & Iannotti** هذا النموذج، وذلك لمحاولة فهم الطفل للسلوك المرضي، والتوقعات والنوايا، كما هدف النموذج إلى تقييم المعتقدات الصحية للأطفال في السياق الخاص بأسرهم، وأقرانهم، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي لهم. ويتسق هذا النموذج مع ما ذكره جوشمان **Gochman** حول أهمية السوك الصحي للأطفال في ضوء السياق الاجتماعي والشخص الخاص بالطفل، والذي يتم فيه التعرف على العلاقة بين سلوكهم الصحي وسماتهم الشخصية ومعتقداتهم، وتوقعاتهم، ودوافعهم، هذا بالإضافة إلى أن هذه السمات الشخصية تتأثر بالأسرة والأقران والجماعات الاجتماعية، كما تتغير مع العمر والخبرات التي يمر بها الطفل مثل المعرفة ومركز التحكم الصحي (Bush & Iannotti, 1990; Fenton, 2014).

### ثالثاً : صورة الجسم المدركة :

وتعدد التعريفات النظرية والإجرائية المقترحة لهذا المفهوم؛ فقد عرفه روزين وآخرون بأنه صورة ذهنية - إيجابية أو سلبية - يكونها الفرد عن جسمه، وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصورة (من خلال : هناء شويخ، ٢٠١٥).

ويرى ثومبسون أن صورة الجسم تشير للمظهر الخارجي للجسم من حيث تقييم الشخص لكل ما يتعلق بمظهره الجسمي؛ إذ يركز على الجانب المعرفي وهو دقة إدراك حجم الجسم والوزن، والجانب الشخصي أو الذاتي والذي يهتم بجوانب الرضا عن الجسم والاهتمام به، والجانب السلوكي والذي يركز على تجنب المواقف التي تؤدي للشعور بعدم الارتياح تجاه مظهر الجسم (من خلال: إسماعيل عارف، ٢٠١٧).

وتتضمن صورة الجسم المدركة التصورات الذاتية للمظهر الجسمي، والصور العقلية التي تنطوي 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).

أما مفهوم تفاوت صورة الجسم<sup>٢</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).

### رابعاً : الوصمة<sup>٣</sup> :

ووفقاً لكاموس الجمعية النفسية الأمريكية (٢٠٠٧) تعرف الوصمة على أنها اتجاهات اجتماعية سلبية تتصل بسمات الشخص، ربما تتعلق بضعف عقلي أو بدني أو اجتماعي،

(2) Body Image Discrepancy,

(3) Stigmatization,

وتتضمن الرفض الاجتماعي وعدم العدالة والتمييز ضد الشخص، وإقصاءه بعيداً عن الجماعة (من خلال: هيام صادق، ٢٠١٤).

وتعرف الوصمة بشكل عام على أنها مجموعة من المعتقدات السلبية وغير العادلة التي يوجهها مجتمع ما أو مجموعة من الناس نحو شيء ما، وفي هذه الحالة يعد الشخص الذي يعاني من السمعة أو اضطرابات الأكل هو الذي يوجه له مواقف الوصم، حيث يؤدي هذا الوصم إلى إقصاء الفرد عن الجماعة أو الشعور بالتمييز، حيث توصلت نتائج الأبحاث إلى أن هناك ارتباطاً قوياً بين المرور بخبرة مواقف الوصم، وكل من الاضطراب في صورة الجسم، والشراهة عند تناول الجسم، نظراً لأن عدم الرضا عن صورة الجسم، والتأثيرات السلبية من عوامل الخطر الرئيسية في اضطرابات تناول الطعام (Star, Hay, Quirk & Mond, 2015).

وتم اقتراح أنماط عديدة من الوصمة في الإنتاج الفكري، حيث وضع 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 التهذيبيية أو التي تعتمد على اللطف، والوصمة من القائمين بالخدمة، والوصمة الذاتية (Alimoradi, Golboni, Griffiths, Broström, Lin & Pakpour, 2020).

## النظريات المفسرة لمفاهيم الدراسة :

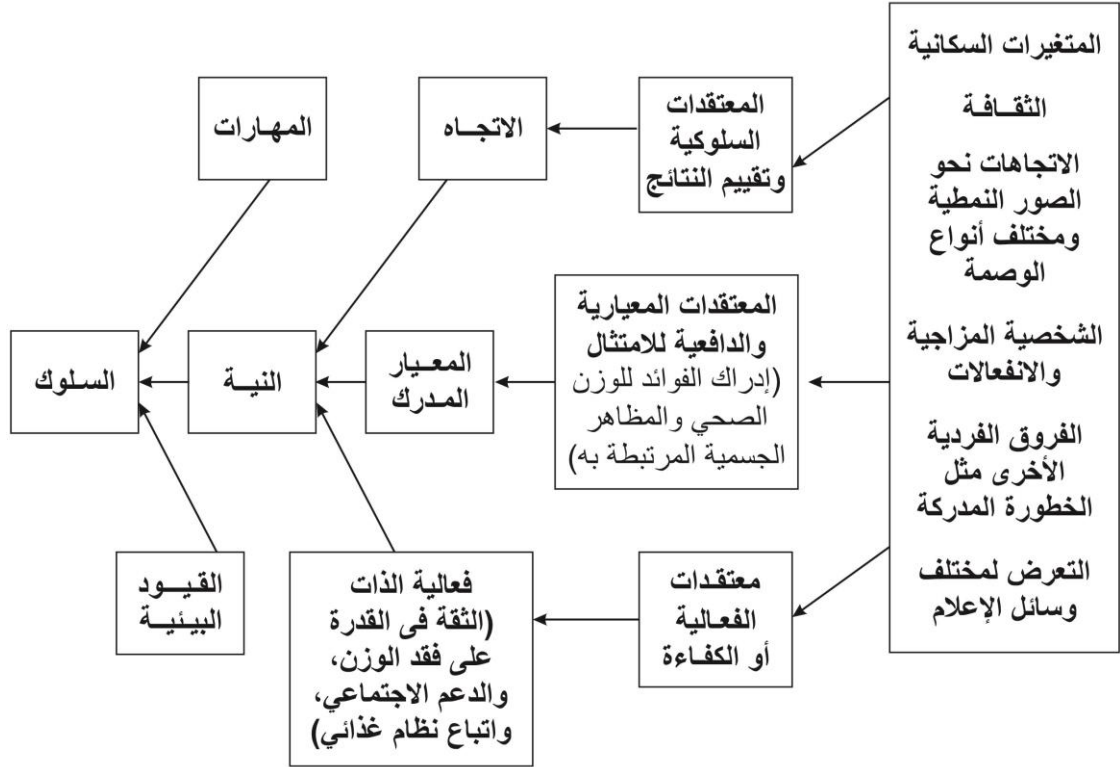
### [١] النموذج النظري التكاملي للتنبؤ بالسلوك :

وفقاً لهذا النموذج، فمن المحتمل أن يحدث سلوك معين، إذا كان لدى الفرد نية قوية لتنفيذ هذا السلوك، وإذا كان الشخص يمتلك المهارات والقدرات اللازمة لتنفيذ السلوك، ولم تكن هناك قيود بيئية تمنع الأداء السلوكي كما موضح بالشكل، يزداد الاحتمال لتنفيذ هذا السلوك.

إن أحد الآثار المباشرة لهذا النموذج هو أنه يمكن استخدامه في مختلف أنواع التدخلات التي ستكون ضرورية للأشخاص الذين تشكلت لديهم النية، ولكنهم يكونون غير قادرين على تنفيذ السلوك، وذلك بالمقارنة بالأشخاص الذين لديهم نية منخفضة أو معدومة لتنفيذ السلوك الموصي به، وفي بعض المجتمعات أو الثقافات قد لا يتم تنفيذ السلوك لأن الأشخاص لم تتشكل لديهم بعد النوايا للقيام بالسلوك، بينما في حالات أخرى قد تكون المشكلة نقص المهارات أو وجود قيود بيئية، وبالتالي سيتم من خلال هذه التدخلات إما تنمية المهارات أو مساعدة الفرد على التغلب على القيود البيئية لممارسة السلوك المأمول (James, Pobe, Brown & Joshi, 2012).

ويوضح هذا النموذج الدور الذي تساهم به المتغيرات السكانية والشخصية والاتجاهات وغيرها من الفروق الفردية بشكل غير مباشر في التأثير على السلوك، أما المعتقدات الخاصة بالثقافة والفروق الشخصية فقد تنعكس في بنية المعتقد الأساسي (James, Pobe, Brown & Joshi, 2012).

وبالتالي فإن المراهقين أو الأطفال الذين لديهم معتقدات حول أنماط أو أساليب الحياة الصحية يكونون أكثر ميلاً لممارسة الخيارات الصحية، وبالتالي ينخفض مؤشر كتلة الجسم لديهم، وكلما كان المعتقد حول نمط الحياة الصحي أقوى، ارتبط بمعرفة أفضل حول الأنشطة الصحية والاتجاهات الإيجابية نحو نمط الحياة الصحي، وكانوا أكثر نشاطاً بدنياً، وبالتالي تتخفض لديهم مستويات القلق والاكتئاب، كما أظهر عديد من الدراسات أن المراهقين الذين يحظون بمساندة أسرية ومن أصدقائهم يمتلكون معتقدات قوية عن قدرتهم على العيش بطريقة صحية (Chan, Melnyk & Chen, 2017).



النموذج النظري التكاملية للتنبؤ بالسلوك (James, Pobee, Brown & Joshi, 2012)

## [٢] نظرية التفاوت الذاتي :

قدم هيجينز Higgins هذه النظرية ليبين كيف يمكن للخبرات الحياتية والميول المزاجية أن تؤدي إلى حدوث عديد من المشكلات النفسية، بما في ذلك عدم الرضا عن الجسم. وتفترض هذه النظرية ثلاثة أبعاد للذات هي كالاتي : الذات الفعلية (ما يدركه الأفراد عن أنفسهم وسماتهم الشخصية)، ومن المهم أن تكون هذه التصورات أو الإدراكات هي التي تشكل الذات الفعلية، كما أن هذه التصورات لها علاقة بصورة الجسم، حيث إنه غالباً ما يدرك الأفراد شكل وحجم أجسامهم بشكل خاطئ. أما البعدان الآخران للذات فيساهمان بشكل كبير في توجيه وتحفيز الفرد، وهما كالاتي : الذات الواقعية (والتي تشير إلى السمات التي يعتقد الفرد أو الآخرون أنه ينبغي عليه أن



يمتلكها، مثال ذلك : أن يتوقع والدي أن أكون محامياً، كما تمثل قيام الفرد بالواجبات والمسؤولية)، والذات المثالية (وهي ما يرغب فيه الأفراد أو السمات التي يود الفرد امتلاكها أو ما يتطلع إليه الفرد أن يصبح عليه)، وتعكس هذه الذات بشكل خاص معايير المجتمع والثقافة عن الجاذبية، وبالتالي عند مقارنة الفرد لذاته الفعلية مع المثل المجتمعية. ومن المرجح أن يكون الفرد أقل توافقاً مع هذه المعايير، مما يؤدي إلى وجود تفاوت ذاتي مرتبط بالجسم، مما يترتب على هذه التفاوتات عدد من المشاعر السلبية كالاكتئاب والقلق والشعور بالخزي والخجل، والتي سترتبط بعدد من العواقب النفسية والسلوكية للفرد. وطبقاً لهيجينز فإن التعرض لوسائل الإعلام أيضاً إما أن ينشط هذه التفاوتات أو التناقضات المثالية (من خلال الوسائط المعروضة التي تحتوي على صور تعبر عن المعيار المثالي للجمال)، أو تنشط التباينات الواقعية أو ما يجب على الفرد اتباعه (كالصور التي تحتوي على أشخاص يعانون من السمنة والعواقب الصحية والنفسية والسلوكية المرتبطة بالسمنة ( Woodman & Hemmings, 2008; Lantz, Gaspar, DiTore, Piers, & ) (Schaumberg, 2018 & Vartanian, 2012).

### [٣] نظرية ارتقاء المعرفة الاجتماعية للتحيز :

تفترض هذه النظرية أن الصور النمطية للأطفال تتغير مع التطور المعرفي لهم، وتقترح أن تقييمات الأطفال الصغار يهيمن عليها الخوف من غير المألوف، وبالتالي فهي غير ناضجة اتجاه الاختلافات، وبلوغ عمر الخامسة إلى الثامنة من العمر، يصل التحيز لدى الأطفال إلى أعلى مراحل النضج، حيث يفضلون مجموعاتهم الاجتماعية فقط، ويتبنون اتجاهات سلبية تجاه المجموعات غير المألوفة لهم، وفي عمر ٨ إلى ٩ سنوات ينخفض ذلك لأن الأطفال يقدرون بشكل متزايد وجهات نظر الأشخاص الآخرين، حيث تفترض هذه النظرية أن الوالدين والأقران من الجوانب المهمة في البيئة الاجتماعية، ومن ثم فإن اتجاهات الآباء والأقران لا يتم تعلمها من خلال التقليد أو التعزيز فقط، أو أنها تتفق مع المعايير المتعارف عليها، ذلك لأن الأطفال ليسوا متلقين سلبيين ولديهم الدافع لفهم الأحداث الاجتماعية التي يتعرضون لها وإمكانية التنبؤ منها من خلال ملاحظة السمات التي يستخدمها الآخرون للتصنيف الاجتماعي، وماهي موقعها في عالمهم الاجتماعي. كما يمكن تعلم التحيزات الايجابية من الآخرين أو اكتسابها نتيجة لمرور الطفل بخبرة إيجابية مع أفراد المجموعة (Aboud, 2008).

ووفقاً لنظريات التعلم فإن اكتساب التحيز وتطوره يتم من خلال آليات التقليد والتعزيز والتعلم المقترن، حيث أوضح ألبورت Allport على سبيل المثال النقل المباشر للكلمات من الوالدين والانفعالات والأفكار من خلال التعلم، ويفترض ألبورت أن الوالدين قد يقومان بالتعبير عن آرائهما بحرية ولهذا فإن الأطفال في عمر من ٤ إلى ٦ سنوات يتعلموا الارتباط بين التصنيفات والانفعالات،

وفي العمر من ٦ إلى ١٢ سنة من المتوقع أن يقوم الأطفال بتعميم هذه التصنيفات والانفعالات المرتبطة بها داخل المجموعة التي ينتمون إليها، وبالتالي يزداد التحيز بشكل تدريجي من سن ٤ إلى ١٢ سنة نتيجة التعرض للاتجاهات الوالدية. بينما اقترح كاتز **katz** ثماني مراحل لوصف التسلسل الذي يكتسب فيه الأطفال التحيز، بما في ذلك ملاحظة الهاديات العنصرية قبل سن ثلاث سنوات، وتكوين مفاهيم أولية عن طريق تعميم تقييمهم لهذه الهاديات إلى التصنيف، وتقوية العلاقة بين الإشارات المدركة والتقييم، والتفصيل المعرفي والإدراكي لمفهوم الجماعة، ويتبلور الاتجاه بعد عمر السادسة من خلال التأكيد على التعميم المفرط والتمييز، وبالتالي كل من ألبورت وكاتز يركزان على جانب واحد من تطور التحيز وهو التعلم واستخدام الفئات الاجتماعية (Aboud, 2008).

### الدراسات السابقة :

ركزت الدراسات الارتقائية التي تم إجراؤها في نطاق المعتقدات الصحية على التغييرات في مفهوم الأطفال للمرض، أو بشأن التغييرات بشكل عام في معتقدات الأطفال العامة حول الصحة، وهناك قليل من الدراسات التي أجريت حول العادات والمعتقدات الصحية، وأظهرت نتائج إحدى الدراسات التي تم فيها تقييم العادات الصحية للأطفال من الصف الرابع حتى الصف الحادي عشر، أن الفتيات لديهن أنماط غذائية صحية بالمقارنة بالأطفال الذكور، وأن أنماط تناول الطعام كانت صحية أكثر لدى أطفال المدارس الابتدائية أو التعليم الأساسي بالمقارنة بالأطفال الأكبر عمراً، كما كشفت النتائج أيضاً عن أن الأطفال من الذكور يمارسون الرياضة بشكل أكبر من الفتيات، كما تظهر الفروق بين الجنسين في اختيارات وعادات الطعام، والذي قد يرجع إلى اساليب التنشئة الاجتماعية وقد ينتج أيضاً عن الاختلافات الوظيفية أو الفسيولوجية بينهم، حيث أظهرت النتائج أن الفتيات يتبعن عادات غذائية أفضل من تناول الوجبات الخفيفة والوجبات السريعة بشكل أقل من الذكور في جميع الأعمار، وفيما يتعلق بالتصورات حول الوزن فإن الفتيات من جميع الأعمار قد أقررن عن شعورهن بزيادة كبيرة في الوزن بشكل ملحوظ أكثر من الذكور، كما تساعد الفروق بين الجنسين في أنماط التفاعل الأسري في تفسير بعض الاختلافات في العادات والمعتقدات الصحية، حيث أقرت الفتيات أن أسرهن تقضي وقتاً أطول في التفكير والتحدث حول الصحة بالمقارنة بالذكور، وهذا يتسق مع نتائج الدراسات التي كشفت عن أن النساء يعتبرن أنفسهن أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات الصحية من الرجال (Cohen, Brownell & Felix, 1990).

وهدفت الدراسة التي أجرتها كل من سهير الغباشي وهناء شويخ (٢٠١١) لاستكشاف العلاقة بين سلوك الأكل المرتبط بالصحة، وعدد من المتغيرات هي : الرضا عن صورة الجسم، ومقدار المعرفة بسلوك الأكل الصحي، ومعامل كتلة الجسم، والنوع، ومواطن الإقامة، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى تبين دور هذه المتغيرات كمنبئات بسلوك الأكل المرتبط بالصحة لدى طلاب الجامعة.

وأجريت الدراسة على عينة متاحة قوامها ٣٠٢ طالباً وطالبة (١٢٨ ذكراً، ١٧٤ أنثى)، من طلاب كليتي الآداب والتربية من جامعتي القاهرة وجنوب الوادي، ممن ينتمون للفئتين الثالثة والرابعة، يتراوح المدى العمري للعينة ما بين ١٨ إلى ٢٠ سنة، وتم تطبيق المقاييس الخاصة بالمتغيرات محل الدراسة. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط إيجابي ودال بين صورة الجسم وسلوك الأكل المرتبط بالصحة، وتشير هذه النتيجة إلى أن حالات عدم الرضا عن الجسم تباعد بين الشخص وبين السلوكيات الصحية في الأكل، وربما تورطه في سلوكيات أقل منذرة بالخطر على الصحة، كما أظهرت النتائج وجود ارتباط سلبي بين معامل كتلة الجسم وسلوك الأكل المرتبط بالصحة، حيث كلما انخفض معامل كتلة الجسم تصاحب معه ارتفاع في تبني سلوكيات الأكل الصحية لدى الشباب، كما بينت الاستنتاجات أن مجموعة الطلاب الذين يعانون من السمنة طبقاً لمعامل كتلة الجسم، كانت أكثر بعداً عن سلوك الأكل الصحي مقارنة بباقي المجموعات الأخرى (النحافة، والوزن المثالي، والزيادة في الوزن)، وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين أظهرت النتائج أن الإناث كن أكثر اتباعاً لسلوكيات الأكل المرتبطة بالصحة بالمقارنة مع الذكور. وانتهت النتائج بشكل نهائي إلى أن متغيرات الدراسة كانت قادرة على التنبؤ بسلوك الأكل المرتبط بالصحة لدى طلاب الجامعة بمستويات شديدة الدلالة تصل إلى مستوى ٠,٠٠١، بينما لم يكشف متغير المعرفة بسلوك الأكل الصحي عن أي قدرة تنبؤية، حيث أنه كان غير كافي لحفز طلاب الجامعة على تبني أو اتباع السلوكيات الصحية في الأكل، وبالتالي فهو متغير يفتقد الفاعلية كمحدد لسلوك الأكل الصحي (سهير الغباشي، هناء شويخ، ٢٠١١).

وفي دراسة قام بها مادويتز وآخرين **Madowitz, Knatz, Maginot, Crow & Boutelle** (2012) هدفت إلى فحص مصادر المضايقات القائمة على الوزن ومدى ارتباط تأثيرها على معدلات الاكتئاب وانخراط الأطفال في سلوكيات التحكم في الوزن غير الصحية (والتي تتضمن النقيض واستخدام المليينات والأدوية الخاصة بالحمية الغذائية). وقد أجريت الدراسة على ٨٠ طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين ٨ إلى ١٢ عاماً بلغت نسبة الفتيات المشاركات في الدراسة ٥٨,٨%. وقد كشفت الدراسة عن أن نسبة المضايقات التي تعرض لها الأطفال من ذوي الوزن الزائد والسمنة من الأسرة كانت ٣٣%، بينما المضايقات من الأقران كانت نسبتها ٤٩%، بينما أقر ٢٥% أنهم تعرضوا للمضايقات من قبل الأسرة والأقران. وفيما يتعلق بالعلاقة بين تلك المضايقات والاكتئاب، كشفت النتائج عن أن الأطفال الذين تعرضوا للمضايقات من قبل الأقران أظهروا مستويات أعلى من الاكتئاب، كما ارتبط تكرار هذه المضايقات وعدد المصادر الخاصة بها بشكل موجب مع الاكتئاب. كما انتهت النتائج إلى أن الأطفال الذين تعرضوا لخبرة المضايقات وشعروا بالانزعاج منها كانوا أكثر تعرضاً للانخراط في السلوكيات الخاصة بالتحكم في الوزن غير الصحية وكانوا أعلى في مستويات الاكتئاب وذلك بالمقارنة بالأطفال الذين تعرضوا لتلك المضايقات ولم يشعروا

بالانزعاج، ومن المثير للتساؤل هنا أن المضايقات من قبل الأسرة لم يكن لها ارتباط جوهري مع الاكتئاب ومدى انخراط الطفل في السلوكيات غير الصحية للتحكم في الوزن.

كذلك أجرى كلٌّ من شين ونام (Shin & Nam (2015) دراسة هدفت لفحص العوامل الاجتماعية والسكانية المرتبطة بالإدراك الخاطئ للوزن (على سبيل المثال : النوع، ومؤشر كتلة الجسم، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي، وضغوط وسائل الإعلام)، والفروق بين الجنسين في العلاقات بين الإدراك الخاطئ للوزن والعوامل المتعلقة بالصحة (مثل الممارسات المتعلقة بالتحكم في الوزن، والخلل النفسي الاجتماعي)، وذلك لدى عينة من المراهقين الكوريين تكونت من ٣٣٢١ مراهقاً ممن تراوحت أعمارهم ما بين ١٢ إلى ١٨ عاماً. وأظهرت النتائج الخاصة بمجموعة الوزن الطبيعي أن ٧٦,٥% من الذكور و٧٦,٢% من الإناث كانوا يدركون أنفسهم بأنهم في الوزن المتوافق مع مؤشر كتلة الجسم الخاصة بهم، بينما في مجموعة النحافة، كان ٥٧,٩% من الذكور يعتقدون أن أجسامهم نحيفة، وذلك بالمقارنة بـ ٢٦,٧% من الإناث. أما مجموعة المراهقين من الوزن الزائد والسمنة، كان هناك ٥٦,٢% من الذكور، و٥٤,٩% من الإناث ممكن أن يصنفوا أنفسهم بأنهم وزنهم زائد للغاية، وبشكل عام لدى العينة الكلية كان هناك ٢٥,٨% من الذكور، و٢٩,٣% من الإناث الذين أخطأوا في إدراك أوزانهم، وذلك وفقاً لمؤشر كتلة الجسم الفعلي لهم، حيث كان هناك ١٧,١% من الذكور و٢٤% من الإناث الذين بالغوا في تقدير أوزانهم، وذلك بالمقارنة بـ ٨,٦% من الذكور في مقابل ٥,٣% من الإناث ممن قللوا من تقديرهم لأوزانهم. كما بينت النتائج أن هناك عدداً من العوامل التي ارتبطت بهذا الخطأ في الإدراك مثل النوع، ومؤشر كتلة الجسم، ومستوى تعليم الأم. وفيما يتعلق بالنتائج الخاصة بالنوع كانت الفتيات أقل تقديراً لأجسامهن بالمقارنة بالذكور، وكن أكثر احتمالية أيضاً للمبالغة في تقدير أوزان أجسامهن. أما تأثير العمر فقد بينت النتائج أن الفتيات الأكبر عمراً انخفض لديهن احتمالية التقليل من حجم أوزانهم، وازداد لديهن احتمالية المبالغة في التقدير، كذلك لدى الذكور الأكبر عمراً كانت تقل احتمالية المبالغة في التقدير. وكشفت النتائج أيضاً عن ارتباط مؤشر كتلة الجسم بالإدراك الخاطئ للوزن، فكلما زاد مؤشر كتلة الجسم زادت الاحتمالية من تقليل الوزن والمبالغة في التقدير أيضاً، وذلك لدى عينة الذكور، أما عينة الإناث فقد ارتبط ذلك مع زيادة الاحتمالية بتقليل تقدير أوزانهم. كما كشفت النتائج عن ارتباط الإدراك الخاطئ، بالممارسات الخاصة بالتحكم في الوزن بين كل من الذكور والإناث، حيث أن الذكور الذين قللوا من تقدير وزنهم أو بالغوا في تقديره كانوا أكثر عرضة للممارسات غير الصحية لمحاولة اكتساب الوزن أو إنقاصه. وفي الفتيات ارتبكت المبالغة في تقدير أوزانهم بشكل إيجابي بالممارسات غير الملائمة للتحكم في أوزانهم.

وفي دراسة أجراها باشيني وزملاؤه *Bacchini, Licenziati, Garrasi, Corciulo, Driul*, (2015) لفحص العلاقة بين حالة الوزن، وأساليب المكايدة، والعلاقة بين تصنيفات حالة الوزن ونوع الإيذاء والمكايدة، وذلك لدى عينة من الأطفال والمراهقين ممن تراوحت تصنيفات الوزن لديهم من زائدي الوزن إلى سمنة شديدة، حيث تكونت العينة من ٩٤٧ طفلاً ومراهقاً من المترددين على العيادات الخارجية، وعينة من الأسوياء (الأسوياء=١٢٩، زائدي الوزن=١٢٩، سمنة متوسطة=٥٦٨، سمنة شديدة=١٢٤)، وقد تراوحت أعمارهم ما بين ٦ إلى ١٤ عاماً. وأظهرت نتائج الدراسة أن مجموعة الأطفال والمراهقين في فئة السمنة الشديدة كانوا أكثر تعرضاً للمضايقات المتعلقة بالمظهر الجسمي من خلال إطلاق الأسماء المهينة، كما ارتفعت لديهم معدلات المضايقات البدنية، والتهديدات، والاستبعاد من الأنشطة الرياضية والأنشطة الجماعية، وذلك بالمقارنة بمجموعة الأسوياء. أما مجموعة السمنة المتوسطة فقد كانوا أكثر تعرضاً للمضايقات التي تضمنت التسمية بصفات غير محببة، والاستبعاد من الأنشطة الجماعية، وذلك بالمقارنة بمجموعة زائدي الوزن والأسوياء. كما بينت النتائج أنه لا توجد فروق جوهرية في تأثير النوع في العلاقة بين حالات الوزن والأنماط المختلفة من الإيذاء، بينما كان هناك تأثير للنوع في العلاقة بين حالات الوزن وسلوكيات المكايدة، حيث أوضحت النتائج أن الذكور في فئة السمنة الشديدة كانوا أكثر تعرضاً لسلوكيات المكايدة والتي تضمنت المكايدة الجسدية، والسرققة، وذلك بالمقارنة بالإناث من المجموعة نفسها.

وفي دراسة أخرى قام بها سانشير وزميلاه *Sánchez, Suárez & Smith* (2018) ركزت على تحليل لصورة الجسم المدركة والسمنة باستخدام مقياس ستانكارد للصور الظلية وذلك لدى عينة من الأطفال والمراهقين الأسبان الذين تراوحت أعمارهم ما بين ٣ سنوات إلى ١٨ سنة. أظهرت نتائج الدراسة أن ٣٤% من الذكور، و١٧,٩% من الإناث صنفوا أنفسهم بأنهم زائدين في الوزن أو بدناء، بينما كان هناك ٨٠,٦% من الإناث يدركن صورة أجسامهن بأنها طبيعية في مقابل ٦٤% من الذكور. كما بينت النتائج أن ٦١,٢% من العينة الكلية كن غير راضين عن أجسامهن، و٤٤,٧% من الذكور، و٤٦% من الإناث كن يردن أن تكون أجسامهن أكثر نحافة. أما النتائج المتعلقة بالصور الظلية، فكان الشكل الأكثر تكراراً بين عينة الدراسة في الاختيار كان الشكل الرابع، وذلك كأكثر الصور الظلية التي تعبر عن صورة الجسم المثالية والمرغوبة، حيث كان واحد من كل ثلاثة طلاب لديه الرغبة في الوصول لهذا الجسم الموجود في الشكل الظلي بالمقارنة بشكل الجسم الحالي أو المدرك. كذلك أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق طبقاً لمتغير العمر، حيث كانت درجة التباين (والتي تعبر عن الفرق بين صورة الجسم المدركة، وصورة الجسم المثالية)، بالقيمة السالبة في كل المراحل العمرية، والتي تعني الرغبة في الحصول على جسم أنحف، مع استثناء الطلاب في المرحلة العمرية من ٣ إلى ٤ سنوات والذين عبروا عن درجة تباين موجبة والتي تعني الحصول على جسم أكبر.

أما الدراسة التي قام بها كلٌّ جوستينو واينيس ونوسي (Justino, Enes & Nucci (2020) لتقييم صورة الجسم المدركة والرضا عن الجسم، وحالات الوزن لدى عينة من المراهقين الذين تراوحت أعمارهم ما بين ١٠ إلى ١٨ عاماً من الجنسين (ن=٢٠٠)، وتم قياس صورة الجسم المدركة بواسطة مقياس الصور الظلية لستانكارد من خلال تحديد المراهق لصورة جسمه الحالية، وصورة جسمه المثالية، وحساب درجة التباين بين الصورتين، كما تم تقييم الرضا عن الجسم باستخدام مقياس أجزاء الجسم لبراون وآخرين . Brown et al. وأظهرت النتائج أن الاضطراب في صورة الجسم المدركة عبر تصنيفات الوزن، أن ٦٦% من الذكور في فئة الوزن الطبيعي كانوا يطمحون لاكتساب الوزن، مما يعني أنهم كانوا مدركين شكل أجسامهم أصغر من جسمهم الحالي، مما يعني وجود اضطراب في صورة الذات لديهم، أما المراهقون في فئة السمنة كانوا مدركين لصورة أجسامهم بشكل أفضل، بحيث كان ٦٨,٥% لديهم ورغبة في إنقاص الوزن. أما عينة الإناث فكان هناك ٦٣% في فئة الوزن الطبيعي كان تقديرهن لأجسامهن منخفضاً بالمقارنة بحالة الوزن الفعلية لهم، وكانوا يرغبون في اكتساب المزيد من الوزن، فقط ١٢,١% من المراهقين في فئة الوزن الطبيعي كانوا راضيين عن شكل أجسامهم. وكان حوالي ٧١% من الإناث في فئة السمنة يرغبن في إنقاص الوزن، بينما كان هناك ٣٠,٤% من الفتيات في فئة الوزن الزائد كان لديهن اضطراب في تقديرهن بشكل منخفض لصورة أجسامهن وكن يردن اكتساب مزيد من الوزن. أما النتائج المتعلقة بعدم الرضا عن الجسم، وفقاً لمتغير النوع، تبين أن الفتيات أظهرن مستويات أعلى من عدم الرضا بالمقارنة بالذكور (٧٢,٧% في مقابل ٢٧,٣%)، كما أظهر المراهقون ممن ينتمون لمستوى اجتماعي اقتصادي منخفض مستويات أعلى من عدم الرضا عن الجسم.

وتشير الأدلة في بعض الدراسات السابقة إلى أن طبيعة وتأثيرات المضايقات المرتبطة بالوزن قد تختلف اعتماداً على المصدر الذي نبعت منه مواقف الوصمة، على سبيل المثال أظهرت نتائج إحدى الدراسات التي أجراها بيرلمان وزملاؤه Pearlman, Schvey, Higgins Neyland, Solomon, Hennigan, Schindler & Tanofsky-Kraff, (2020) أنه كان هناك ارتباط بين المضايقات المرتبطة بالوزن في مرحلة المراهقة في السياق الأسري وسياق الأقران، وارتفاع مؤشر كتلة الجسم وحدث السمنة، وذلك في دراسة تتبعية لمدة ١٥ عاماً، حيث أبلغت السيدات أنهن تعرضن لخبرات المضايقة المرتبطة بالوزن من الأقران والأسرة، بينما أظهر الذكور أنهم تعرضوا للمضايقات من الأقران فقط. كما بينت النتائج أن المضايقات التي تعرضوا لها من الأسرة قد ظلت مستمرة حتى مرحلة الرشد. بالإضافة إلى ذلك هناك أدلة بحثية أظهرت أن انتقاد الوالدين لوزن الطفل قد ارتبط بانخفاض معدلات الرفاهية النفسية لديهم، والسلوكيات غير الصحية في تناول الطعام. كذلك أظهرت نتائج دراسة أجريت على الأطفال الذين تراوحت أعمارهم ما بين ٩ إلى ١٢ عاماً، أن الأطفال المصابين بالسمنة كانوا يتعرضون بشكل متكرر للتعليقات السلبية المرتبطة

بالوزن من الأشقاء. بينما كانت أمهاتهم تعبر عن المخاوف الصحية لهم بسبب الوزن. كما بينت النتائج أيضاً أن الوالدين يقدمان دعماً مالياً أقل لأطفالهم المصابين بالسمنة وزيادة الوزن، وذلك بالمقارنة بالأطفال ذوي الوزن الطبيعي.

### فروض الدراسة :

في ضوء ما سبق يمكننا صياغة الفروض الخاصة بالدراسة كالاتي:

- ١ - متوسطات المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة والشعور بالوصمة لدى مرضى السمنة من الذكور والإناث أعلى جوهرياً من متوسطات الأصحاء من الذكور والإناث.
- ٢ - تتباين الفروق في المعتقدات الصحية بتباين العمر والنوع لدى كل من أطفال السمنة والأصحاء من الجنسين.
- ٣ - توجد فروق بين مرضى السمنة والأسوياء في دقة إدراك صورة الجسم المدركة، وذلك وفقاً لمتغيرات النوع والعمر والاضطراب.

### منهج الدراسة وإجراءاتها :

**منهج الدراسة:** المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي 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 طفلاً وطفلة من أطفال السمنة والأسوياء؛ حيث انقسمت هذه العينة إلى مجموعتين، المجموعة الأولى وتمثل مجموعة مرضى السمنة والتي تكونت من (٦٢) طفلاً وطفلة (٢٨ من الذكور، و٣٤ من الإناث) ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٩-١٢) سنة، بمتوسط عمر (١١) سنة، وانحرف معياري قدره (٠,٩٤٣) سنة وذلك للمرضى الذكور، أما عينة المريضة فكان 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 فتم اختيارها بشكل عشوائي من المدارس الابتدائية والاعدادية الحكومية. وفيما يلي جدول يوضح التكافؤ بين مجموعات الدراسة على بعض المتغيرات الدخيلة.

### جدول (٢) المتوسطات والانحرافات المعيارية لبعض المتغيرات لدى أطفال مرضى السمنة والأسوياء

المجموعات		مرضى السمنة ذكور (١) ن=٢٨		ذكور أصحاء (٢) ن=٢٨		مريضات السمنة (٣) ن=٣٤		إناث صحيحات (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 (٣) التكافؤ بين مختلف مجموعات الدراسة الأربع من الجنسين في بعض المتغيرات الدخيلة

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

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

### أدوات الدراسة :

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

- ١- اختبار المعتقدات الصحية: يتكون الاستخبار من ٨٨ بنداً مقسمة إلى تسع مقاييس فرعية ويحدد المشارك درجة موافقته أو عدم موافقته وفقاً لخمس بدائل كالتالي: 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 لخمسة 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 من هذا الاستخبار من ستة مقاييس فرعية، ويتم الحصول على الدرجة من هذا الاستخبار من خلال درجة تكرار المواقف المرتبطة بالوصمة المتعلقة بالوزن، وفيها يجيب الطفل وفقاً للاختيار الملائم لمدى 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 مرضى السمنة والأصحاء، 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 المدى 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 والأصحاء (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 لدكتور عبدالرقيب البحيري)، والمستوى الاقتصادي-الاجتماعي، وفيما يلي عرض للجداول التي توضح التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في المتغيرات السابق ذكرها على النحو الآتي:

#### جدول (٤) المتوسطات والانحرافات المعيارية لبعض المتغيرات لدى العينة الاستطلاعية

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

#### جدول (٥) التكافؤ بين مختلف مجموعات الدراسة من الجنسين على بعض المتغيرات الدخيلة

المجموعات		٢-١ مرضى سمنة وأصحاء		٣-١ مرضى سمنة ومريضات سمنة		٤-١ مرضى سمنة وصحيحات		٣-٢ أصحاء ومريضات سمنة		٤-٢ أصحاء وصحيحات		٤-٣ مريضات سمنة وصحيحات	
		دالالتها	قيم ت	دالالتها	قيم ت	دالالتها	قيم ت	دالالتها	قيم ت	دالالتها	قيم ت	دالالتها	قيم ت
المتغيرات													
العمر		٠,٣٨	٠,٢٢	٠,٨٢	٠,٢٢	٠,٤٨	٠,٧٠	٠,٤٨	٠,٧٠	٠,٢٩	١,٠٧	٠,٤٨	٠,٧٠
المستوى التعليمي		٠,٦٤	٠,٨٠	٠,٤٣	٠,٨٠	٠,٧٦	٠,٣٠	٠,٧٦	٠,٣٠	٠,٧٨	٠,٢٧	٠,٧٦	٠,٣٠
مستوى الفهم اللفظي													
أ) اختبار الفهم		٠,٣٤	٠,٨٦	٠,٣٩	٠,٨٦	٠,٢٧	٠,٣٩	٠,٢٧	٠,٣٩	٠,٨٣	٠,٢٠	٠,٧٨	٠,٢٧
ب) اختبار المفردات		٠,٢٨	٠,٧٦	٠,٤٩	٠,٧٦	٠,٠٢	٢,٣٤	٠,٠٢	٢,٣٤	٠,٨٩	٠,١٣	٠,٠٢	٢,٣٤
المستوى الاجتماعي الاقتصادي		٠,١٤	٣,٢٠	٠,٠٠٤	٣,٢٠	٠,٠٧	١,٨٣	٠,٠٧	١,٨٣	٠,١٦	١,٤١	٠,٠٧	١,٨٣

ويتضح من نتائج الجدول السابق الذي يعبر عن مدى 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 والصحيحات الإناث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بينهم 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 (بشري اسماعيل، ٧٧، ٢٠٠٤). وفيما يلي نعرض نتائج حساب معاملات الثبات لاستخبارات الدراسة وفقاً لطرق الإحصائية السابقة.

جدول (٦) معاملات الثبات لاستخبارات الدراسة لدى مختلف العينات في الدراسة الاستطلاعية

أسوياء إناث ن=١٧		مريضات إناث ن=١٧		أسوياء ذكور ن=١٣		مرضى سمنة ذكور ن=١٣		معاملات الثبات  الاستخبارات
القسمة النصفية	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية	ألفا كرونباخ	القسمة 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
٠,٨٥	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 الغريباء
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 والمرفع، 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 الاستخبارات، حيث بالنظر إلى الدرجة الكلية سنجد أن معاملات الثبات مقبولة ومرفعة بالمقارنة بالمعاملات المنخفضة، وذلك لأن معامل الثبات يتأثر بطول الاستخبار، وكلما زاد عدد مفردات الاستخبار 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 مدى الفروق بين أفراد العينة، وكلما زادت هذه الفروق، ازداد تباين الدرجات الحقيقية للأفراد، وبالتالي تزداد قيمة معامل الثبات، أما إذا كانت أفراد العينة متجانسين في السمة التي يقيسها الاستخبار فإن تباين الدرجات الحقيقية يقل، وبالتالي تنخفض قيمة معامل الثبات، وربما يرجع الانخفاض إلى عوامل أخرى لم يستطع الباحثان رصدها من الممكن أن تكون متعلقة بوجود بعض العوامل المرتبطة بالاستخبارات 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 تُعد 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.

واستعان الباحثان لحساب معاملات صدق الاختبار بصدق التعلق بمحك، والذي يشير إلى مدى 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 الاستخبار بتباين درجات اختبار آخر يطبق في الوقت نفسه تقريباً. وفيما يلي نتائج معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لأدوات الدراسة :

**جدول (٧) معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لدى عينات الدراسة الاستطلاعية من مرضى السمنة والأسوياء من الجنسين**

مجموعات الدراسة	مرضى ذكور ن=١٣	ذكور أسوياء ن=١٣	مريضات إناث ن=١٧	إناث سويات ن=١٧
الدرجات الكلية لاستخبار المعقدات الصحية*	٠,٤٠	٠,٦٨	٠,٤٣	٠,٧٠
الدرجة الكلية للجزء الأول من الاستخبار	٠,٣٥	٠,٦٧	٠,٣٩	٠,٦٨
<b>المقاييس الفرعية للجزء الأول</b>				
١- معتقدات قيمة الصحة	٠,٣٨	٠,٤٤	٠,٦٤	٠,٤٩
٢- معتقدات القابلية للإصابة بالمرض ومضاعفاته	٠,٣٤	٠,٢٠	٠,٢٥	٠,٢٣
٣- معتقدات إدراك خطورة المرض وشدته	٠,٢٠	٠,٥٥	٠,٢٣	٠,٣٨
٤- معتقدات المعوقات المدركة للعلاج	٠,٢٠	٠,٢٥	٠,٢٣	٠,٢٠
٥- معتقدات إدراك الفوائد من العلاج	٠,٦٦	٠,٥٨	٠,٢٠	٠,٦١
٦- معتقدات فعالية الذات	٠,٢٤	٠,٧٨	٠,٤٤	٠,٧٤
٧- معتقدات هاديات الفعل	٠,٢٨	٠,٤٦	٠,٥٥	٠,٨٠
٨- المعتقدات اللاعقلانية للطعام	٠,٢٣	٠,٢٠	٠,٢٤	٠,٢٠
٩- المعتقدات العقلانية للطعام	٠,٢٦	٠,٢٥	٠,٢٠	٠,٣٦
استخبار صورة الجسم المدركة**				
الدرجة الكلية للجزء الأول من الاستخبار	٠,٧٦	٠,٢٧	٠,٧٧	٠,٤٠
الدرجة الكلية للجزء الثاني من الاستخبار	٠,٤٩	٠,٢١	٠,٥٢	٠,٢٨
<b>المقاييس الفرعية</b>				
المكون الجسمي	٠,٦٠	٠,٢٠	٠,٤٠	٠,٢٤
المكون المعرفي	٠,٦٢	٠,٣٨	٠,٦٢	٠,٢٣
المكون السلوكي	٠,٦٠	٠,٢٦	٠,٧٢	٠,٢٦
المكون الوجداني/ الانفعالي	٠,٧٤	٠,٣٢	٠,٧٣	٠,٢٠
المكون الاجتماعي	٠,٤٦	٠,٤٥	٠,٦٧	٠,٢١
الأنشطة البدنية	٠,٣٠	٠,٣٤	٠,٢٠	٠,٢٣
استخبار الشعور بالوصمة***				
الدرجة الكلية لاستخبار الوصمة	٠,٦٨	٠,٤٤	٠,٦٤	٠,٣١
<b>المقاييس الفرعية</b>				
الوصمة الأسرية	٠,٥٠	٠,٢٢	٠,٦١	٠,٢٥
وصمة الأقران	٠,٥٦	٠,٣٥	٠,٤٩	٠,٢١
وصمة القائمين بالتدريس	٠,٦٩	٠,٤١	٠,٣٧	٠,٣٦
وصمة ممارسة الرياضة	٠,٢٥	٠,٣٣	٠,٤٠	٠,٢٠
وصمة الغريباء	٠,٤٢	٠,٢٧	٠,٣٤	٠,٣٥
الوصمة الذاتية	٠,٨٤	٠,٢٨	٠,٧٢	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 السمّة 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 المرضى، بينما كان محتوى بنود الاختبار التجريبي كانت تعبر عن مشكلة فعلية لدى هذه العينة المرضية والمعتقدات المتعلقة بمرض السمنة بشكل خاص، وهذا ما يعد 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 للسمّة 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 المرتب 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 القصوى 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 انخفاضاً ملحوظاً 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 مدى 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 الاستخبار. ولأن صدق الاستخبار 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 تمثلت

في الآتي :

١ - تم الحصول على عينة الدراسة أطفال مرضى السمنة من الذكور والإناث من خلال التطبيق في العيادات التخصصية للسمنة التابعة للمعهد القومي للتغذية (الفترة الصباحية)، حيث اعتمد الباحثان عند الحصول على عينة الدراسة من المرضى على تشخيص الأطباء<sup>٥</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، والتي يعتمدها الأطباء في معهد التغذية، وتم التطبيق على الأطفال الذين كان مؤشر كتلة الجسم لديهم أكبر من الرتبة المئينية (٩٥)، وتم التدريب على حساب هذه المعادلة وكيفية تحديد مؤشر كتلة الجسم، وذلك للتطبيق على عينة الأصحاء 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

(٥) يتوجه الباحثان 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 إلى ما بذلوه من جهد في توجيه النصح والإرشاد وإثراء الباحثة بكم وفير من المعلومات عن الجانب الطبي للمرضى.

لترتيب الآتي : المقابلة المبدئية، ثم تقديم اختبار المعتقدات الصحية، ثم اختبار صورة الجسم المدركة، واختبار الشعور بالوصمة)، وكانت مدة تطبيق الأدوات تستغرق ساعتين تتخللهم فترات راحة للطفل، مع تقديم بعض المدعمات للطفل من قبل الباحثة.

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) حتى شهر فبراير (٢٠٢١)، وذلك بسبب فترة الحظر التي قامت الحكومة المصرية بتطبيقها بسبب انتشار وباء كورونا المستجد.

### نتائج الدراسة :

الفرض الأول: متوسطات المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة والشعور بالوصمة لدى مرضى السمنة من الذكور والإناث أعلى جوهرياً من متوسطات الأسوياء من الذكور والإناث :

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعات في متغيرات الدراسة الآتية وهي: المعتقدات الصحية، وصورة الجسم المدركة، والشعور بالوصمة، وفيما يلي سيتم توضيح النتائج في الجدول التالي :



**جدول (٨) نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين مجموعات الدراسة الأربع وبين بعضها البعض في المعتقدات الصحية**

المتغيرات		مرضى ذكور ن = ٢٨		أصحاء ن = ٢٨		مريضات إناث ن = ٣٤		صحيحات ن = ٣٤	
ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع	م
<b>استخبار المعتقدات الصحية</b>									
الدرجة الكلية لاستخبار المعتقدات الصحية	٣٥٣,٠٧	٢٥,٩٩	٣٠٥,١٠	٢٩,٦٨	٣٤٤,١١	٢٩,٨٢	٣٠٢,٨٥	٢٨,٢٨	٢٧,٦٨
الدرجة الكلية للجزء الأول من الاستخبار	٢٥٨,٨٩	٢٥,٦٦	٢١٠,٥٠	٢٩,٠٥	٢٥٠,٣٥	٢٩,٦٨	٢٠٨,٣٢	٢٧,٦٨	٢٧,٦٨
الدرجة الكلية للجزء الثاني من الاستخبار	٩٤,١٧	٩٤,٧٣	٩٤,٦٠	٩٤,٧٥	٩٣,٧٦	٩٤,٢٨	٩٤,٥٢	٩٤,٣٧	٩٤,٣٧
<b>المقاييس الفرعية للجزء الأول</b>									
معتقدات قيمة الصحة	٢٢,٠٣	٤,١٤	٢٦,٣٩	٧,١١	٢٣,٦٧	٥,٣١	٣٠,٦٤	٥,٧٢	٣,٦٠
معتقدات القابلية للإصابة بالمرض ومضاعفاته	٢٩,٢٨	٥,٧٤	١٦,٣٢	٤,٠٥	٢٧,٠٠	٧,٤٩	١٤,٩١	٣,٦٠	٣,٦٠
معتقدات إدراك خطورة المرض وشدته	٢٧,٩٦	٤,٩٢	١٧,٥٧	٣,٤٤	٢٧,٦٧	٧,٢١	١٧,٤١	٣,٥٥	٣,٥٥
معتقدات المعوقات المدركة للعلاج	٢٦,٨٢	٨,٦٩	٢٣,١٠	٥,٦٤	٢٦,٤٧	٩,٢٧	٢١,٠٢	٦,٥٥	٦,٥٥
معتقدات إدراك الفوائد من العلاج	٥٩,٣٩	١٠,٢٤	٣٤,٨٩	٧,٩٩	٥٩,٥٢	٦,٦٦	٣٣,٩٧	٦,١٨	٦,١٨
معتقدات فعالية الذات	٢٥,١٤	٦,٤٧	٢٤,٦٧	٦,١٨	٢٦,٣٨	٦,٤٠	٢٤,٧٠	٦,٥٢	٦,٥٢
معتقدات هاديات الفعل	١٨,٩٦	٦,٦٢	١٨,٦٠	٥,٢١	١٧,٩٧	٧,٤٠	٢٠,٦٤	٥,٨٩	٥,٨٩
المعتقدات اللاعقلانية للطعام	٢٠,٦٠	٩,٩٦	٢١,٥٠	٧,٥٥	١٦,٠٥	٦,٤٨	١٧,٥٠	٥,٤٥	٥,٤٥
المعتقدات العقلانية للطعام	٢٨,٦٧	٣,٨٧	٢٧,٤٢	٥,٠٦	٢٥,٥٨	٤,٦٦	٢٧,٥٠	٣,٦٢	٣,٦٢
<b>استخبار صورة الجسم المدركة</b>									
<b>الجزء الأول</b>									
صورة الجسم المدركة	٦,٣٢	١,١٨	٣,٥٧	١,١٦	٦,٥٣	٠,٨٦١	٣,٧٤	١,٣٥	١,٣٥
صورة الجسم المثالية	٢,١٨	١,٠٩	٣,٥٧	١,٣٢	٢,٤٤	١,٣٩	٣,٣٨	١,٥٩	١,٥٩
درجة التباين	٤,٠٧	١,٦٠	٠,١٧٨-	١,٦٣	٤,٠٨	١,٨٣	٠,٣٥٢	٢,١٠	٢,١٠
<b>الجزء الثاني</b>									
الدرجة الكلية للاستخبار	٣٠٥,٣٩	٥٣,٦١	٢١٣,٥٣	٢٤,٤	٣٠٤,٠٠	٥٦,٧٢	٢١٦,٧٠	٢٩,٥٤	٢٩,٥٤
المكون الجسمي (الدرجة الكلية)	٨٩,٦٧	١٩,٧٣	٥٥,٢١	٩,٦٩	٨٥,٤٤	٢٣,٨٩	٥٤,٥٨	١٤,٠٦	١٤,٠٦
أ) ( التقييم الذاتي	٣٠,١٧	٣,٧٨	٢٠,٤٢	٣,٥٣	٢٧,٢٣	٥,٤٨	١٩,٧٣	٣,٤٧	٣,٤٧
ب) عدم الرضا عن أماكن الجسم	٥٩,٥٠	١٧,٨٧	٣٤,٧٨	٧,٨٦	٥٨,٢٠	٢٠,٧٩	٣٤,٨٥	١٣,٤٨	١٣,٤٨
المكون المعرفي	٦٩,٩٢	٩,٨٨	٥٦,٧٥	١٠,٤١	٦٥,٩١	١٢,٦٨	٥٤,٩٧	١١,٢٤	١١,٢٤
المكون الوجداني/الانفعالي	٤٠,٦٠	١١,٨٧	١٨,١٠	٥,٦٥	٤٤,٤٧	١٠,٧٩	٢١,٥٢	٧,٠٤	٧,٠٤
المكون السلوكي	٣٧,٠٣	١٥,٥٨	٢٤,٢٥	١٠,٠٠	٤١,٧٠	١٣,٧٨	٢٤,٢٣	٦,٣٩	٦,٣٩
المكون الاجتماعي	٢٩,٨٢	٦,٥٩	٢٠,١٠	٣,٧٠	٣٠,٥٥	٨,٤٩	٢١,٩٤	٣,١٥	٣,١٥
الأنشطة البدنية	٣٨,٣٢	٨,١٥	٣٩,١٠	٨,٨١	٣٥,٩١	٨,٣٧	٣٩,٤٤	٧,٤٩	٧,٤٩
<b>استخبار الشعور بالوصمة</b>									
الدرجة الكلية للاستخبار	٢٦٠,٧١	١١٢,٠١	١٢٤,٥٠	٢,٠٠	٢٥٩,٠٩	٩٥,١٤	١٢٥,٥٠	٤,٢٠	٤,٢٠
<b>درجة التكرار</b>									
الدرجة الكلية لمقياس التكرار	١٤١,٢١	٦٤,٩٥	٦٢,٣٥	١,٤١	١٣٧,٥٤	٥٣,٤٣	٦٢,٨٥	٢,٤٥	٢,٤٥
مقياس الوصمة من الأسرة والأقارب	٢٢,٧٥	٩,٦٥	٩,٢٣	٠,٨٥٧	٢٢,٦٤	٩,٤٨	٩,٢٩	١,٠٣	١,٠٣
مقياس الوصمة من الأقران وزملاء المدرسة	٢٧,٨٢	١٤,١٨	١١,٠٧	٠,٣٧٧	٢٥,٤٧	١١,٥٠	١١,١١	٠,٥٣٧	٠,٥٣٧
مقياس الوصمة من القائمين بالتدريس	٢١,٢٨	٨,٥٨	٦,٠٣	٠,١٨٨	١١,٤٤	٥,٨٨	٦,٠٢	٠,١٧١	٠,١٧١
مقياس الوصمة في صالة الألعاب الرياضية/ ممارسة الأنشطة البدنية	٩,٣٢	٥,٨٦	٥,٦٩	٠,١٣٢	٩,٠٥	٤,٣٤	٥,٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
مقياس الوصمة من الغرباء في الأماكن العامة والمواصلات	١٩,٢٥	٩,٢٤	٩,٠٣	٠,١٨٨	١٧,٨١	٧,٨١	٩,٠٢	٠,١٧١	٠,١٧١
مقياس الوصمة الذاتية	٤٩,٧٨	٢٣,٨٦	٢٢,٢١	٠,٧٨٦	٥١,٨٢	٢٢,٣٥	٢٢,٣٨	١,١٥٥	١,١٥٥

جدول (٩) التكافؤ بين مختلف مجموعات الدراسة من الجنسين  
وبين بعضها البعض في كل متغيرات الدراسة الأساسية

المجموعات		٢-١ مرضى سمنة وأصحاء		٣-١ مرضى سمنة ومرضى سمنة		٤-١ مرضى سمنة وصحيات		٣-٢ أصحاء ومرضى سمنة		٤-٢ أصحاء وصحيات		٤-٣ مريضات سمنة وصحيات	
المتغيرات		قيمت	دالاتها	قيمت	دالاتها	قيمت	دالاتها	قيمت	دالاتها	قيمت	دالاتها	قيمت	دالاتها
الدرجة الكلية لاستخبار المعتقدات الصحية		٠,٤٣	٠,٠٠	١,٢٤	٠,٢١	٧,٢١	٠,٠٠	٥,١٣	٠,٠٠	٠,٣٠	٠,٧٦	٥,٨٥	٠,٠٠
الدرجة الكلية للجزء الأول من الاستخبار		٠,٦٠	٠,٠٠	١,١٩	٠,٢٣	٧,٣٩	٠,٠٠	٥,٣١	٠,٠٠	٠,٣٠	٠,٧٦	٦,٠٣	٠,٠٠
الدرجة الكلية للجزء الثاني من الاستخبار		٠,٣٣	٠,٧٣	٠,٣٦	٠,٧٢	٠,٣٠	٠,٧٦	٠,٧٣	٠,٤٦٦	٠,٠٦	٠,٩٤	٠,٧٢	٠,٤٦
المقاييس الفرعية للجزء الأول													
١- معتقدات قيمة الصحة													
٢- معتقدات القابلية للإصابة بالمرض ومضاعفاته		٩,٧٥	٠,٠٠	١,٣٢	٠,١٩	١٢,٠٠	٠,٠٠	٦,٧٥	٠,٠٠	١,٤٤	٠,١٥	٨,٤٧	٠,٠٠
٣- معتقدات إدراك خطورة المرض وشده		٩,١٤	٠,٠٠	٠,١٧	٠,٨٥	٩,٧٨	٠,٠٠	٦,٧٩	٠,٠٠	٠,١٧	٠,٨٥	٧,٤٤	٠,٠٠
٤- معتقدات المعوقات المدركة للعلاج		١,٨٩	٠,٠٦	٠,١٥	٠,٨٧	٢,٩٨	٠,٠٠٤	١,٦٧	٠,٠٩	١,٣٢	٠,١٩	٢,٧٩	٠,٠٠٧
٥- معتقدات إدراك الفوائد من العلاج		٩,٩٧	٠,٠٠	٠,٠٦	٠,٩٥	١٢,٠٥	٠,٠٠	١٣,٢٣	٠,٠٠	٠,٥١	٠,٦١	١٦,٣٩	٠,٠٠
٦- معتقدات فعالية الذات		٠,٢٧	٠,٧٨	٠,٧٥	٠,٤٥	٠,٢٦	٠,٧٩	١,٠٥	٠,٢٩	٠,٠١	٠,٩٨	١,٠٦	٠,٢٨
٧- معتقدات هاديات الفعل		٠,٢٢	٠,٨٢	٠,٥٥	٠,٥٨	١,٠٥	٠,٢٩	٠,٣٨	٠,٧٠	١,٤٢	٠,١٥	١,٦٤	٠,١٠
٨- المعتقدات اللاعقلانية للطعام		٠,٣٧	٠,٧٠	٢,١٦	٠,٠٣	١,٥٥	٠,١٢	٣,٠٥	٠,٠٠٣	٢,٤١	٠,٠١	٠,٩٩	٠,٣٢
٩- المعتقدات العقلانية للطعام		١,٠٣	٠,٣٠	٢,٧٩	٠,٠٠	١,٢٣	٠,٢٢	١,٤٨	٠,١٤	٠,٠٦	٠,٩٤	١,٨٨	٠,٠٦
استخبار صورة الجسم المدركة													
الجزء الأول													
صورة الجسم المدركة		٨,٧٣	٠,٠٠	٠,٧٩	٠,٤٢	٧,٩٠	٠,٠٠	١١,٤٦	٠,٠٠	٠,٥٠٤	٠,٦١	١٠,١٤	٠,٠٠
صورة الجسم المثالية		٤,٨٥	٠,٠٠	٠,٨١	٠,٤٢	٣,٣٩	٠,٠٠١	٣,٧٦	٠,٠٠	٠,٩٧٤	٠,٣٣	٢,٥٨	٠,٠١
درجة التباين		٩,٨٠	٠,٠٠	٠,٠٣	٠,٩٧	٧,٦٨	٠,٠٠	٩,٥٧	٠,٠٠	١,٠٩	٠,٢٧	٧,٨١	٠,٠٠
الجزء الثاني													
الدرجة الكلية للاستخبار		٨,٢٥	٠,٠٠	٠,٠٩	٠,٩٢	٨,٢٥	٠,٠٠	٧,٨٥	٠,٠٠	٠,٤٥	٠,٦٥	٧,٩٥	٠,٠٠
المكون الجسمي (الدرجة الكلية)		٨,٢٩	٠,٠٠	٠,٧٥	٠,٤٥	٨,١٥	٠,٠٠	٦,٢٧	٠,٠٠	٠,٢٠	٠,٨٤	٦,٤٨	٠,٠٠
أ) التقييم الذاتي		٩,٩٧	٠,٠٠	٢,٤٠	٠,٠٠١	١١,٣١	٠,٠٠	٥,٦٦	٠,٠٠	٠,٧٧	٠,٤٤	٦,٧٦	٠,٠٠
ب) عدم الرضا عن أماكن الجسم		٦,٦٩	٠,٠٠	٠,٢٦	٠,٧٩	٦,١٨	٠,٠٠	٥,٦٣	٠,٠٠	٠,٠٢	٠,٩٨	٥,٤٩	٠,٠٠
المكون المعرفي		٤,٨٥	٠,٠٠	١,٣٦	٠,١٧	٥,٥٠	٠,٠٠	٣,٠٦	٠,٠٠٣	٠,٦٤	٠,٥٢	٣,٧٦	٠,٠٠
المكون الوجداني/الانفعالي		٩,٠٥	٠,٠٠	١,٣٤	٠,١٨	٧,٨٥	٠,٠٠	١١,٦٦	٠,٠٠	٢,٠٧	٠,٠٤	١٠,٣٨	٠,٠٠
المكون السلوكي		٣,٦٥	٠,٠٠	١,٢٥	٠,٢١	٤,٣٦	٠,٠٠	٥,٥٩	٠,٠٠	٠,٠٠٧	٠,٩٩	٦,٧٠	٠,٠٠
المكون الاجتماعي		٦,٧٩	٠,٠٠	٠,٣٧	٠,٧٠	٦,١٦	٠,٠٠	٦,٠٤	٠,٠٠	٢,١٠	٠,٠٣	٥,٥٤	٠,٠٠
الأنشطة البدنية		٠,٣٤	٠,٧٣	١,١٤	٠,٢٥	٠,٥٦	٠,٥٧	١,٤٦	٠,١٤	٠,١٦	٠,٨٧	١,٨٣	٠,٠٧
استخبار الشعور بالوصمة													
الدرجة الكلية للاستخبار		٦,٤٣	٠,٠٠	٠,٠٦	٠,٩٥	٧,٠٤	٠,٠٠	٧,٤٧	٠,٠٠	١,١٥	٠,٢٥	٨,١٨	٠,٠٠
درجة التكرار													
الدرجة الكلية لمقياس التكرار		٦,٤٢	٠,٠٠	٠,٢٤	٠,٨١	٧,٠٤	٠,٠٠	٧,٤٣	٠,٠٠	٠,٩٤	٠,٣٤	٨,١٤	٠,٠٠
مقياس الوصمة من الأسرة والأقارب		٧,٥٣	٠,٠٠	٠,٠٤	٠,٩٦	٨,٠٨	٠,٠٠	٧,٦٠	٠,٠٠	١,٠٥٠	٠,١٣	٨,١٦	٠,٠٠
مقياس الوصمة من الأقران وزملاء المدرسة		٦,٢٤	٠,٠٠	٠,٧٢	٠,٤٧	٦,٨٧	٠,٠٠	٦,٦١	٠,٠٠	٠,٣٨	٠,٧٠	٧,٢٦	٠,٠٠
مقياس الوصمة من القائمين بالتدريس		٣,٨٥	٠,٠٠	٠,٤٥	٠,٦٤	٤,٢٥	٠,٠٠	٤,٨٤	٠,٠٠	٠,١٣	٠,٨٩	٥,٣٥	٠,٠٠
مقياس الوصمة في صالة الألعاب الرياضية / ممارسة الأنشطة البدنية		٣,٩٠	٠,٠٠	٠,٢٠	٠,٨٤	٤,٣٠	٠,٠٠	٤,٩٣	٠,٠٠	٠,٥٦	٠,٩٨	٥,٤٤	٠,٠٠
مقياس الوصمة من الغرباء في الأماكن العامة والمواصلات		٥,٨٤	٠,٠٠	٠,٦٥	٠,٥١	٦,٤٥	٠,٠٠	٥,٩٤	٠,٠٠	٠,١٣	٠,٨٩	٦,٥٦	٠,٠٠
مقياس الوصمة الذاتية		٦,١١	٠,٠٠	٠,٣٥	٠,٧٢	٦,٦٩	٠,٠٠	٧,٠٠٢	٠,٠٠	٠,٦٥	٠,٥١	٧,٦٧	٠,٠٠

تبين من نتائج الجدول السابق فيما يتعلق بالفروق بين المرضى من الذكور والإناث والأصحاء من الذكور والإناث في الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية والمقاييس الفرعية الخاصة

بالمعتقدات الصحية، عن وجود فروق دالة إحصائياً بين كل من مرضى السمنة من الذكور والإناث، والأصحاء من الجنسين في كل من الدرجة الكلية لاستخبار المعتقدات الصحية، والدرجة الكلية للجزء الأول من الاستخبار، ومعتقدات القابلية للإصابة، ومعتقدات إدراك خطورة المرض، ومعتقدات الفوائد المدركة من العلاج، وذلك في اتجاه مرضى السمنة من الذكور والإناث.

وفيما يتعلق بالفروق بين مجموعات الدراسة في المقاييس الفرعية للمعتقدات الصحية، ففي مقياس معتقدات قيمة الصحة : كان هناك فروق جوهرية ودالة بين مرضى السمنة والأصحاء من الذكور، وذلك في اتجاه الأسوياء الذكور، بالإضافة إلى الفروق بين المرضى الذكور والصحيحات الإناث وذلك في اتجاه مجموعة السويات، كما كان هناك فروق دالة إحصائياً بين مريضات السمنة والصحيحات الإناث، وذلك في اتجاه مجموعة الصحيحات، وبينت النتائج وجود فروق بين مجموعة الأصحاء من الذكور والإناث في معتقدات قيمة الصحة وذلك في اتجاه مجموعة الصحيحات. أما مقياس المعوقات المدركة من العلاج، بينت النتائج وجود فروق جوهرية ودالة بين مرضى السمنة الذكور والصحيحات من الإناث، وذلك في اتجاه المرضى الذكور. كما كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين مريضات السمنة والصحيحات في اتجاه المريضات. وفيما يتعلق بالفروق في مقياس المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالطعام، كان هناك فروق جوهرية بين المرضى الذكور والمريضات في اتجاه المرضى الذكور، كما كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين المريضات الإناث والذكور الأصحاء في اتجاه الأصحاء الذكور، بالإضافة إلى وجود فروق دالة جوهرية بين الأصحاء الذكور والصحيحات الإناث في اتجاه الأصحاء الذكور. وفي مقياس المعتقدات العقلانية المرتبطة بالطعام كان هناك فروق بين مرضى السمنة والمريضات في اتجاه المرضى الذكور.

بينما بينت النتائج أنه لا توجد فروق دالة بين المرضى من الذكور والإناث والأصحاء من الجنسين في كل من معتقدات هاديات الفعل، ومعتقدات فعالية الذات.

وأظهرت النتائج الخاصة بالجزء الأول من استخبار صورة الجسم المدركة عن وجود فروق دالة وجوهرية بين مجموعتي المرضى من الذكور والأصحاء من الجنسين في كل من صورة الجسم المدركة وصورة الجسم المثالية، ودرجة التباين بين الصورتين، وذلك في اتجاه مجموعة المرضى من الذكور والإناث.

وأوضحت النتائج الخاصة بالجزء الثاني من استخبار صورة الجسم المدركة عن وجود فروق دالة إحصائياً في كل من الدرجة الكلية لاستخبار صورة الجسم، والمكون الجسمي الكلي، ومكون التقييم الذاتي، ومكون عدم الرضا عن أجزاء الجسم، والمكون المعرفي، والوجداني، والسلوكي، والاجتماعي، وذلك في اتجاه مجموعة المرضى من الذكور والإناث، عدا مكون الأنشطة البدنية الموجهة لتحسين شكل الجسم، حيث كانت لا توجد فروق جوهرية بين مختلف مجموعات الدراسة في هذا المكون.

وعن الفروق داخل المجموعات كان هناك فروق بين مرضى السمنة من الذكور والمريضات في التقييم الذاتي السلبي في اتجاه المرضى الذكور، كما كان هناك فروق جوهرية ودالة بين مجموعة الأسوياء الذكور وبين السويات في المكون الوجداني/ الانفعالي، والمكون الاجتماعي في اتجاه الصحيات.

أما اختبار الشعور بالوصمة، أظهرت النتائج أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين مجموعة المرضى من الذكور والإناث ومجموعة الأصحاء في كل من الدرجة الكلية لاختبار الشعور بالوصمة، ومقياس الوصمة الأسرية، ومقياس الوصمة من الأقران، ومقياس الوصمة من القائمين بالتدريس، ومقياس مواقف الوصمة في صالة الألعاب الرياضية، ومقياس الوصمة من الغرباء في الأماكن العامة، ومقياس الوصمة الذاتية، وذلك في اتجاه مجموعة المرضى من الذكور والإناث.

الفرض الثاني: تتباين الفروق في المعتقدات الصحية بتباين العمر والنوع لدى كل من أطفال السمنة والأسوياء :

جدول (١٠) نتائج دلالة الفروق في المعتقدات الصحية لدى عينات الدراسة الأربع باستخدام تحليل التباين الثنائي

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
					المتغيرات التابعة	المتغيرات المستقلة
٠,٠٦	٢,٣٢٥	٢٨٩٨,١٩	٤	١١٥٩٢,٧٨	الدرجة الكلية لاختبار المعتقدات الصحية	العمر
٠,٦٤٩	٠,٢٠٩	٢٥٩,٩٣	١	٢٥٩,٩٣		النوع
٠,٥٩١	٠,٧٠٤	٨٧٧,١٦	٤	٣٥٠٨,٦٥		التفاعل بين العمر والنوع
		١٢٤٦,٤٥	١١٤	١٤٢٠٩٥,٥٩		الخطأ
			١٢٤	١٣٣٣٩٤٤٨,٠٠		المجموع الكلي
٠,٠٧	٢,٢٠٧	٢٧٣٩,٩١	٤	١٠٩٥٩,٦٣	الدرجة الكلية للجزء الأول من الاختبار	العمر
٠,٧١٤	٠,١٣٥	١٦٧,٦٥	١	١٦٧,٦٥		النوع
٠,٦٠٤	٠,٦٨٥	٨٥٠,٠٨	٤	٣٤٠٠,٣٥		التفاعل بين العمر والنوع
		١٢٤١,٣٢	١١٤	١٤١٥١٠,٧٩		الخطأ
			١٢٤	٦٨١٨٩٢٢,٠٠		المجموع الكلي
٠,١٧٥	١,٦١٨	٦١,١٤٦	٤	٢٤٤,٥٨	معتقدات قيمة الصحة	العمر
٠,٢٢٦	١,٤٨٣	٥٦,٠٥٧	١	٥٦,٠٥٧		النوع
٠,٠٨	٢,٠٧٨	٧٨,٥٤٥	٤	٣١٤,١٨٠		التفاعل بين العمر والنوع
		٣٧,٧٩٩	١١٤	٤٣٠٩,٠٩		الخطأ
			١٢٤	٨٧٩٣٧,٠٠		المجموع الكلي
٠,٠٢	٢,٩٥٣	١٩١,٤١٥	٤	٧٦٥,٦٦٠	معتقدات القابلية للإصابة بالمرض	العمر
٠,٣٤٢	٠,٩١٢	٥٩,١٣١	١	٥٩,١٣١		النوع
٠,٥٧٤	٠,٧٢٩	٤٧,٢٧١	٤	١٨٩,٠٨٣		التفاعل بين العمر والنوع
		٦٤,٨١٢	١١٤	٧٣٨٨,٥١		الخطأ
			١٢٤	٦٧٤٤٠,٠٠		المجموع الكلي

تابع.. جدول (١٠) نتائج دلالة الفروق في المعتقدات الصحية لدى عينات الدراسة الأربع باستخدام تحليل التباين الثنائي

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
					المتغيرات التابعة	المتغيرات المستقل
٠,٠٠٤	٤,١٤٥	١٩٢,٠٩٠	٤	٧٦٨,٣٦٠	معتقدات إدراك خطورة المرض وشدته	العمر
٠,٨٩٤	٠,٠١٨	٠,٨٢٢	١	٠,٨٢٢		النوع
٠,٣١٦	١,١٩٧	٥٥,٤٧٦	٤	٢٢١,٩٠٣		التفاعل بين العمر والنوع
		٤٦,٣٤٤	١١٤	٥٢٨٣,١٨		الخطأ
			١٢٤	٧٠٠٠٢,٠٠		المجموع الكلي
٠,٧٠٥	٠,٥٤٢	٣٤,٤٠	٤	١٣٧,٦٢٠	معتقدات المعوقات المدركة من العلاج	العمر
٠,٨٧٦	٠,٠٢٥	١,٥٦٣	١	١,٥٦٣		النوع
٠,٢٨٢	١,٢٨١	٨١,٢٧٤	٤	٣٢٥,٠٩		التفاعل بين العمر والنوع
		٦٣,٤٥	١١٤	٧٢٣٣,٩٥		الخطأ
			١٢٤	٨١١١١,٠٠		المجموع الكلي
٠,١٨١	١,٥٩٥	٣٣٣,٦١	٤	١٣٣٤,٤٤	معتقدات إدراك الفوائد من العلاج	العمر
٠,٧٨٥	٠,٠٧٥	١٥,٦٧٤	١	١٥,٦٧٤		النوع
٠,٢١٣	١,٤٨٠	٣٠٩,٧٢	٤	١٢٣٨,٨٨		التفاعل بين العمر والنوع
		٢٠٩,٢٢	١١٤	٢٣٨٥١,٠٣		الخطأ
			١٢٤	٢٩٩٨٧٣,٠٠		المجموع الكلي
٠,٥٨٨	٠,٧٠٨	٢٨,٩٥٧	٤	١١٥,٨٣٠	معتقدات فعالية الذات	العمر
٠,٦١٥	٠,٢٥٥	١٠,٤٢٤	١	١٠,٤٢٤		النوع
٠,٣٩٣	١,٠٣٤	٤٢,٣٢١	٤	١٦٩,٢٨٥		التفاعل بين العمر والنوع
		٤٠,٩٢٧	١١٤	٤٦٦٥,٦٥		الخطأ
			١٢٤	٨٤٠٩٦,٠٠		المجموع الكلي
٠,٤١٩	٠,٩٨٤	٤١,٥١١	٤	١٦٦,٠٤	معتقدات هاديات الفعل	العمر
٠,٦٤٣	٠,٢١٦	٩,١٣١	١	٩,١٣١		النوع
٠,٩٥٢	٠,١٧٣	٧,٢٨	٤	٢٩,١٣٠		التفاعل بين العمر والنوع
		٤٢,٢٠١	١١٤	٤٨١٠,٨٨		الخطأ
			١٢٤	٥٠١١٧,٠٠		المجموع الكلي
٠,٦٠٣	٠,٦٨٧	٣٨,٦٠١	٤	١٥٤,٤٠٤	المعتقدات اللاعقلانية للطعام	العمر
٠,٠٠٣	٩,١٨٠	٥١٥,٩٢٢	١	٥١٥,٩٢٢		النوع
٠,٨١١	٠,٣٩٦	٢٢,٢٥	٤	٨٩,٠٢٤		التفاعل بين العمر والنوع
		٥٦,٢٠٢	١١٤	٦٧٤٠,٠١		الخطأ
			١٢٤	٥٠٦٠٢,٠٠		المجموع الكلي
٠,٢٦٤	١,٣٢٨	٢٤,٢٩٢	٤	٩٧,١٦٧	المعتقدات العقلانية للطعام	العمر
٠,٩٨١	٠,٠٠١	٠,٠١١	١	٠,٠١١		النوع
٠,١٢١	١,٨٦٦	٣٤,١٣١	٤	١٣٦,٥٢٥		التفاعل بين العمر والنوع
		١٨,٢٩٤	١١٤	٢٠,٨٥,٥١٨		الخطأ
			١٢٤	٩٤٣٢٠,٠٠		المجموع الكلي

وبالنظر للجدول السابق تبين من النتائج أن متغير العمر كان له دلالة وتأثير إحصائي على المعتقدات الصحية، أما متغير النوع (مرضى ذكور، إناث مريضات، أسوياء ذكور، سويات إناث)، والتفاعل بين العمر والنوع، فكان ليس لهما أي دلالة إحصائية، فيما عدا بُعد اللاعقلانية حيث كان

هناك تأثير للنوع على هذا البُعد، وقد تم إجراء اختبار أقل فرق معنوي<sup>٦</sup>، وذلك لمعرفة الفروق الدالة بين مجموعتي الدراسة، وذلك في الجدول الآتي :

جدول (١١) دلالة الفروق في المعتقدات الصحية باستخدام اختبار أقل فرق معنوي

الدلالة	متوسط الفروق	المجموعات	المقاييس
٠,٠٤	٦,٢٥	٩ سنوات - ١١ سنة	القابلية للإصابة
٠,٠٠٨	١٠,٥٥	٩ سنوات - ١٣ سنة	
٠,٠٣	٣,٨٩	١٠ سنوات - ١١ سنة	
٠,٠٠٧	٨,٢٠	١٠ سنوات - ١٣ سنة	
٠,٠١	٦,٧٣	٩ سنوات - ١٠ سنوات	إدراك الخطورة
٠,٠٠١	٩,٣٢	٩ سنوات - ١١ سنة	
٠,٠٠١	٩,٨١	٩ سنوات - ١٢ سنة	
٠,٠٠٠	١٢,١٨٠	٩ سنوات - ١٣ سنة	
٠,٠٣	٥,٤٤	١٠ سنوات - ١٣ سنة	اللاعقلانية
٠,٠١	٤,٥٤	مريضات إناث - مرضى ذكور	
٠,٠٠٥	٥,٤٤	مريضات إناث - أسوياء ذكور	
٠,٠٣	٤,٠٠	سويات إناث - أسوياء ذكور	

وأوضحت نتائج الجدول السابق وجود تأثير العمر على معتقدات القابلية للإصابة، حيث كان هناك فروق في درجة معتقدات القابلية للإصابة باختلاف المجموعات العمرية، حيث أظهرت المقارنات البعدية أن هناك مقارنة دالة بين متوسط درجات الأطفال بعمر ٩ سنوات وعمر ١١ سنة في اتجاه العمر الأكبر، وهو ١١ سنة، كذلك كان هناك مقارنة دالة بين متوسط درجات الأطفال بعمر ٩ سنوات و١٣ سنة في اتجاه العمر الأكبر، بالإضافة إلى وجود مقارنة دالة بين متوسط درجات الأطفال بعمر ١٠ سنوات، والأطفال بعمر ١٣ سنة في اتجاه العمر الأكبر، مما يعني أن الأطفال الأكبر عمراً كانوا أكثر وعياً بالمعتقدات الخاصة بالقابلية للإصابة، واحتمالية تعرضهم للإصابة بأمراض أخرى نتيجة مرض السمنة، بالإضافة إلى ارتفاع مستوى الوعي لديهم بالمخاطر الصحية التي يمكن أن تنتج بسبب السمنة وذلك بالمقارنة بالأطفال الأصغر عمراً.

أما تأثير العمر على معتقدات ادراك الخطورة فقد بينت النتائج أن هناك فروقاً في متوسطات درجات الأعمار الآتية (١٠، ١١، ١٢، ١٣ سنة) على التوالي في اتجاه الأعمار الأكبر، مما يعني أنه كلما زاد العمر، زاد الوعي بخطورة مرض السمنة، والمشكلات الصحية الخطيرة التي يمكن أن يسببها هذا المرض.

(6) Least Significant Differences.

وفيما يتعلق بالنتائج الخاصة بتأثير النوع على المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالطعام، كشفت المقارنات البعدية أن المرضى الذكور كانوا أعلى في متوسطات درجات المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالطعام، وذلك بالمقارنة بالمريضات الإناث، أيضاً الأصحاء من الذكور كانوا أعلى في متوسط الفروق في المعتقدات اللاعقلانية من المريضات والصحيحات الإناث.

الفرض الثالث: توجد فروق بين مرضى السمنة والأسوياء في دقة إدراك صورة الجسم وذلك وفقاً لمتغيرات النوع والعمر والاضطراب :

جدول (١٢) مؤشرات صورة الجسم المدركة وصورة الجسم المثالية وفقاً لمتغير الاضطراب لدى مختلف مجموعات الدراسة الأربع وبين بعضها بعضاً

الاضطراب العينة	رقم الشكل الظلي	صورة الجسم المدركة (التكرار/النسبة المئوية)	التصنيف	رقم الشكل الظلي	صورة الجسم المثالية (التكرار/النسبة المئوية)	التصنيف
مرضى ذكور	٤	١ (٣,٦%)	طبيعي	١	٩ (٣٢,١%)	نحافة
	٥	٨ (٢٨,٦%)	طبيعي	٢	١٠ (٣٥,٧%)	نحافة
	٦	٥ (١٧,٩%)	زائد في الوزن	٣	٤ (١٤,٣%)	طبيعي
	٧	٩ (٣٢,١%)	سمنة	٤	٥ (١٧,٩%)	طبيعي
	٨	٥ (١٧,٩%)	سمنة			
العدد الكلي		٢٨		٢٨		
مريضات إناث	٥	٤ (١١,٨%)	طبيعي	١	١٢ (٣٥,٣%)	نحافة
	٦	١٢ (٣٥,٥%)	زائد في الوزن	٢	٨ (٢٣,٥%)	نحافة
	٧	١٤ (٤١,٢%)	سمنة	٣	٤ (١١,٨%)	طبيعي
	٨	٤ (١١,٨%)	سمنة	٤	٧ (٢٠,٦%)	طبيعي
				٥	٣ (٨,٨%)	طبيعي
العدد الكلي		٣٤		٣٤		
ذكور أسوياء	١	٢ (٧,١%)	نحافة	١	٢ (٧,١%)	نحافة
	٣	١٢ (٤٢,٩%)	طبيعي	٢	٣ (١٠,٧%)	نحافة
	٤	١٠ (٣٥,٧%)	طبيعي	٣	٤ (١٤,٣%)	طبيعي
	٥	٣ (١٠,٧%)	طبيعي	٤	١٣ (٤٦,٤%)	طبيعي
	٧	١ (٣,٦%)	سمنة	٥	٣ (١٠,٧%)	طبيعي
				٦	٣ (١٠,٧%)	زائد في الوزن
العدد الكلي		٢٨		٢٨		
إناث سويات	١	٢ (٥,٩%)	نحافة	١	٧ (٢٠,٦%)	نحافة
	٢	٦ (١٧,٦%)	نحافة	٢	٢ (٥,٩%)	نحافة
	٣	٤ (١١,٨%)	طبيعي	٣	٧ (٢٠,٦%)	طبيعي
	٤	١١ (٣٢,٤%)	طبيعي	٤	١٠ (٢٩,٤%)	طبيعي
	٥	٩ (٢٦,٥%)	طبيعي	٥	٦ (١٧,٦%)	طبيعي
	٦	٢ (٥,٩%)	زائد في الوزن	٦	١ (٢,٩%)	زائد في الوزن
				٧	١ (٢,٩%)	سمنة
العدد الكلي		٣٤		٣٤		

للتعرف على ما إذا كان الأطفال قادرون على مطابقة حجم أجسامهم المدركة بالشكل الظلي المشابه لمؤشر كتلة الجسم لديهم، تم اختبار الفروق بين مجموعات الدراسة الأربع وبين بعضها البعض في دقة الإدراك من خلال اتباع الأسلوب الإحصائي الجداول المتقاطعة، واختبار دلالة الفروق بين المجموعات من خلال أسلوب تحليل التباين الاحادي، وذلك وفقاً لعدة متغيرات منها النوع (مرضى ذكور وإناث مريضات وذكور أصحاء وإناث صحيحات)، والعمر، والاضطراب.

وتظهر نتائج الجدول السابق أن ٣٢,٢% من المرضى الذكور صنفوا أنفسهم بأنهم طبيعيين وفقاً لفئة الوزن، بينما صنف ١١,٨% من المريضات أنفسهن أيضاً في فئة الوزن الطبيعي، كما بينت النتائج أن هناك ١٧,٩% من الذكور المرضى أدركوا أنفسهم بأنهم في فئة الوزن الزائد، بالمقارنة بنسبة ٣٥,٥% من المريضات. أما في فئة السمنة كان هناك ٥٠% من الذكور المرضى صنفوا أنفسهم بأنهم بدناء في مقابل ٥٣% من المريضات. أما مجموعة الأصحاء من الذكور صنفوا أنفسهم بأنهم في فئة النحافة بنسبة ٧,١% في مقابل ٢٣,٥% لدى الإناث الصحيحات. بينما صنف ٨٩,٣% من الذكور بأنهم في فئة الوزن الطبيعي وفقاً لصورتهم المدركة عن أجسامهم، وذلك مقابل ٧٠,٧% من الإناث، وكان هناك ٣,٦% من الذكور الأسوياء ممن أدركوا صورتهم الجسمية بأنها في فئة السمنة، وذلك مقابل ٥,٩% من السويات اللاتي صنفن أنفسهن بأنهن زائدات في الوزن.

### جدول (١٣) المقارنة بين التقييم الذاتي السلبي ومؤشر كتلة الجسم لدى مجموعات الدراسة الأربع وبين بعضها البعض

العينات	التقييم الذاتي السلبي	
	الشعور بالرضا	الشعور بعدم الرضا
ذكور مرضى سمنة	٢٨	٠٠
ذكور أصحاء	١٥	١٣
مجموع عينة الذكور	٤٣	١٣
إناث مريضات سمنة	٣٤	٠
إناث صحيحات	٢٣	١١
مجموع عينة الإناث	٥٧	١١
المجموع الكلي للعينات	١٠٠	٢٤

### جدول (١٤) المؤشرات التصنيفية لدرجة التباين لدى مجموعات الدراسة الأربع وبين بعضها البعض

عينات الدراسة	تصنيف درجة التباين		
	قيمة سالبة للحصول على جسم أكبر	قيمة محايدة تساوي الصورة المدركة مع الصورة المثالية	قيمة موجبة للحصول على جسم أصغر
مرضى ذكور	---	---	٢٨
مريضات إناث	---	---	٣٤
أسوياء ذكور	١٣	٦	٩
سويات إناث	١١	٣	٢٠
			١٢٤



بينت نتائج الجداول السابقة أن جميع أفراد العينة من مرضى السمنة من الجنسين كانت لديهم معدلات الشعور بعدم الرضا عن صورة الجسم مرتفعة، كما حصلوا على قيمة موجبة في درجة التباين الخاصة بالفرق بين صورة الجسم المدركة وصورة الجسم المثالية، والتي تعني رغبتهم في الحصول على جسم أصغر، أما مجموعة الأسوياء من الذكور فتيين وجود نسبة ٥٣,٥٧% يشعرون بعدم الرضا عن صورة أجسامهم، وذلك بالمقارنة بالسويات واللاتي كانت نسبتهن ٦٧,٦٤%، وفيما يتعلق بالنتائج الخاصة بدرجة التباين، كان هناك ٤٦,٤٢% من الذكور الأسوياء الذين كانوا يرغبون في الحصول على جسم أكبر في مقابل ٣٢,١٤% ممن يرغبون في الحصول على جسم أصغر. أما السويات فكان هناك ٥٨,٨٢% راغبات في الحصول على جسم أصغر من خلال حصولهن على قيمة موجبة في درجة التباين، وذلك مقابل ٣٢,٣٥% ممن كن يرغبن في الحصول على جسم أكبر.

**جدول (١٥) نتائج دلالة الفروق في دقة إدراك صورة الجسم لدى عينات الدراسة الأربع وبين بعضها البعض باستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه**

المتغيرات	المدركون بدقة	المخطئون في الإدراك	العدد الكلي	قيمة (ف)	الدلالة
<b>النوع</b>					
ذكور مرضى	١٩ (٦٧,٨٠%)	٩ (٣٢,١٤%)	٢٨	١,٧٣٥	٠,١٦٣
إناث مريضات	٢٩ (٨٥,٢٩%)	٥ (١٤,٧٠%)	٣٤		
ذكور أسوياء	٢١ (٧٥%)	٧ (٢٥%)	٢٨		
إناث سويات	٢١ (٦١,٧٦%)	١٣ (٣٨,٢٣%)	٣٤		
العدد الكلي	٩٠	٣٤	١٢٤		
<b>العمر</b>					
٩	٤ (٥٠%)	٤ (٥٠%)	٨	٢,١٨٩	٠,٠٦
١٠	٢٣ (٦٢,٢%)	١٤ (٣٧,٨%)	٣٧		
١١	٣١ (٧٠,٥%)	١٣ (٢٩,٥%)	٤٤		
١٢	٢٤ (٩٢,٣%)	٢ (٧,٧%)	٢٦		
١٣	٧ (٨٧,٥%)	١ (١٢,٥%)	٨		
١٤	١ (١٠٠%)	--	١		
العدد الكلي	٩٠ (٧٢,٦%)	٣٤ (٢٧,٤%)	١٢٤		

وأظهرت نتائج الجدول (١٥) أن هناك فئات تصنيفية وفقاً لكل متغير ومجموعات الدراسة وهما : فئة مرضى السمنة المخطئين في الإدراك سواء أكانوا ذكوراً أو إناثاً، وهم الأطفال الذين يعانون من اضطراب السمنة وقاموا باختيار النماذج المصورة التي لا تنطبق مع مؤشر كتلة الجسم الفعلي لهم، بينما الفئة التصنيفية الأخرى تعبر عن مرضى السمنة (ذكور-إناث) الأكثر دقة في الإدراك، وهم الأطفال الذين يعانون من اضطراب السمنة وقاموا باختيار النماذج المصورة التي تنطبق مع مؤشر كتلة الجسم الخاص بهم، أما فئة الأسوياء (ذكور-إناث) المخطئون في الإدراك، وهم الأسوياء الذين يصنفون أنفسهم بأنهم زائدو الوزن، وأخيراً فئة الأسوياء الأكثر دقة في الإدراك، وهم الأصحاء الذين يصنفون أنفسهم بأن أجسامهم طبيعية أو تميل للنحافة.

وبينت النتائج أنه وفقاً لمتغير النوع وأثره في دقة الإدراك كانت لا توجد فروق دالة بين مجموعات الدراسة في دقة إدراك صورة الجسم، ولكن بالنظر إلى الجداول المتقاطعة نجد أن الذكور الأصحاء كانوا أكثر دقة في الإدراك من المرضى الذكور، بينما المريضات الإناث فكن أكثر دقة في الإدراك من الإناث الصحيحات. أما وفقاً لمتغير العمر، كشفت النتائج أنه لا توجد فروق دالة بين المجموعات العمرية لدى مجموعات الدراسة في متغير دقة الإدراك، وهذا يعني أن العمر لم يكن له تأثير دال على قدر دقة إدراك صورة الجسم، ولكن عند النظر للجداول المتقاطعة نجد أن القدرة على دقة الإدراك تتحسن مع التقدم في العمر من خلال أن المراحل العمرية الأكبر كانت أكثر دقة في الإدراك من المراحل العمرية الأصغر.

### مناقشة النتائج :

الفرض الأول الذي ينص على : "متوسطات المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة والشعور بالوصمة لدى مرضى السمنة من الذكور والإناث أعلى جوهرياً من متوسطات الأصحاء من الذكور والإناث" :

أوضحت النتائج الخاصة بهذا الفرض عن تحقق هذا الفرض جزئياً، حيث تبين فيما يتعلق بالفروق الخاصة بالمعتقدات الصحية، أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين المرضى والأصحاء من الجنسين في كل من المعتقدات الصحية الدرجة الكلية، ومعتقدات القابلية للإصابة، ومعتقدات إدراك الخطورة، ومعتقدات الفوائد المدركة من العلاج، وذلك في اتجاه المرضى من الجنسين، كما أظهرت النتائج أيضاً عن ارتفاع درجات المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالطعام، ومعتقدات المعوقات المدركة من العلاج لدى المرضى الذكور وكذلك ارتفاع متوسطات درجات المعتقدات اللاعقلانية لدى الذكور من مجموعة الأصحاء .

وعند مناقشة هذه النتائج في ضوء نموذج المعتقدات الصحية، نجد أنه بالرجوع إلى مدركات الأطفال الذين يعانون من السمنة والوزن الزائد، ترتفع لديهم معتقدات القابلية المدركة للقابلية للإصابة، ومعتقدات الفوائد المدركة من العلاج، والتهديد المدرك للمرض، يتحكم بها عديد من المتغيرات المعدلة مثل المتغيرات النفسية الاجتماعية (على سبيل المثال: ضغوط الجماعة المرجعية من الأسرة والأقران، والمتغيرات البنائية مثل المعرفة حول المرض، والخبرات السابقة)، كما يتعلم الأطفال المعتقدات من خلال الوالدين والأقران ومن خلال الخبرات الشخصية، وبالتالي تختلف درجة هذه المعتقدات واتجاهها وفقاً لمتغيرات النوع، والعمر، والسمات الشخصية ( James, Pobe, Brown & Joshi, 2012). كما أشار كارينتر (Carpinter, 2010) في ضوء النموذج أيضاً أن الأشخاص سيكونون أكثر دافعية لاتخاذ الإجراء بطرق صحية إذا اعتقدوا أنهم عرضة لعواقب صحية سلبية معينة، كما ينص النموذج أن الأفراد لن يقوموا باتخاذ إجراء لمنع عواقب

صحية سلبية من غير المحتمل أن تصيبهم. ويتنبأ النموذج بأنه كلما زاد إدراك الأشخاص لخطورة العواقب الصحية، زادت دافعيتهم على تجنب هذه العواقب والتي قد تشمل الوفاة، والضعف الجسدي أو العقلي، والألم، كما أوضح النموذج أنه إذا أدرك الأشخاص أن هناك عواقب أو حواجز قوية تمنعهم من تبني السلوك الوقائي، فمن غير المرجح أن يفعلوا ذلك، حيث قد ينظر إلى السلوك على أنه مكلف للغاية، أو مؤلم (Carpenter, 2010).

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع عديد من نتائج الدراسات السابقة، على سبيل المثال الدراسة التي أجراها ميلنك وآخرون (Melnyk, Small, Morrison-Beedy, Strasser, Spath, Kreipe & Van Blankenstein, 2006) والتي أقرت بأن المراهقين من ذوي الوزن الزائد ممن يمتلكون معتقدات لاعقلانية سلبية يميلون أن تتكون لديهم انفعالات سلبية (كالقلق والاكنتاب)، مما يترتب عليه التصرف بطريقة غير صحية وسلبية، كذلك المراهقون الذين أدركوا أن أساليب الحياة الصحية أكثر صعوبة لديهم، ارتبط ذلك باختياراتهم وسلوكياتهم غير الصحية، كما تتفق نتائج الدراسة الخاصة بارتفاع المعتقدات اللاعقلانية لدى الذكور المرضى مقارنة بالإناث مع دراسة سهير الغباشي وهناء شويخ (٢٠١١) والتي بينت أن الفتيات يتبعن عادات غذائية أفضل من تناول الوجبات الخفيفة والسريعة مقارنة بالذكور، كما بينت أيضاً نتائج إحدى الدراسات التي أجريت على عينة من الأطفال في عمر من ١٠ إلى ١٢ عاماً، وذلك للتحقق من تأثير وسائل الإعلام على المعتقدات الغذائية للأطفال، حيث أظهرت النتائج أن الأطفال الذين اعتقدوا أن الأشخاص الذين يتناولون الطعام الصحي يفتقدون للطاقة والقوة، كما اعتقدوا أن الطعام الصحي يؤثر بشكل سلبي على شعبية الفرد بين أقرانه وفي سياقة الاجتماعي، حيث أن تناولهم للأطعمة الصحية يعرضهم لسلوكيات المكايده من أقرانهم (Carlisle, 2019).

أما نتائج الفرض الخاص بمتوسطات صورة الجسم المدركة والتي بينت وجود فروق جوهرية في صورة الجسم المدركة والمقاييس الفرعية عدا مكون الأنشطة البدنية، وذلك في اتجاه المرضى من الجنسين. ويمكن مناقشة هذه النتيجة في ضوء النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي، والذي من خلاله نجد أن المدركات والسلوكيات المرتبطة بصورة الجسم لدى الأطفال تكون مرتبطة بعدد من العوامل النفسية والاجتماعية والحيوية منها مؤشر كتلة الجسم، والذي يرتبط بعلاقة طردية مع عدم الرضا عن صورة الجسم، بالإضافة إلى العوامل النفسية، حيث أثبتت نتائج الدراسات أن الأطفال الذين ترتفع لديهم معدلات الرضا عن الجسم، ويتبعون نظاماً غذائياً ينخفض لديهم تقدير الذات ويكونوا غير راضين عن جوانب حياتهم مثل الإنجاز الأكاديمي على سبيل المثال. واتفقت نتائج هذا الافتراض مع عديد من نتائج الدراسات السابقة، حيث اتفقت مع دراسة جوفيا وآخرين (Gouveia, Frontini, Canavarro & Moreira, 2014)، والتي بينت أن الأطفال والمراهقون في فئة السمنة والوزن الزائد ممن تراوحت أعمارهم ما بين ٨ إلى ١٨ عاماً، أنهم أظهروا معدلات مرتفعة

من عدم الرضا عن صورة أجسامهم، وذلك بالمقارنة بأقرانهم من الأصحاء، وأن هذه النتائج ترجع إلى الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالسمنة، والضغط النفسية الاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال والمراهقون من الرفض الاجتماعي، والمضايقات المرتبطة بالوزن من أقرانهم، والتي تؤدي إلى الشعور بعدم الرضا عن صورة الجسم منذ الأعمار المبكرة، كما بينت نتائج الدراسات الخاصة بالفروق بين الجنسين في معدلات عدم الرضا. إحدى الدراسات تناولت العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم وعدم الرضا عن الجسم بين الأطفال، لدى الأطفال من ذوي الوزن الزائد والسمنة في العمر من ٩ إلى ١٢ عاماً، بينت النتائج الخاصة بالفتيات أنهن أظهرن مخاوف أكبر من الذكور فيما يتعلق بأجسامهن، كما بينت النتائج أن الفتيات كن أكثر تعبيراً عن مرورهن بمشاعر سلبية أكثر تجاه أجسامهن، في حين أن الذكور كانوا قد قرروا أن لديهم صورة إيجابية عن أجسامهم ( Wood, Becker & Thompson, 1996; Cullari, Vosburgh, Shotwell, Inzodda, Davenport, 2002 & McCabe, 2012 ) ، كما بينت أيضاً دراسة جوستينو وزميلييه (Justino, Enes & Nucci, 2020) أن الفتيات أظهرن مستويات أعلى من عدم الرضا بالمقارنة بالذكور (٧٢,٧% في مقابل ٢٧,٣%).

وأظهرت النتائج أيضاً أن هناك فروق جوهرية ودالة بين مجموعتي الدراسة من المرضى والأصحاء في الشعور بالوصمة وكذلك المقاييس الفرعية، ويمكن مناقشة هذه النتيجة في ضوء نظرية العزو، حيث أشارت الدراسات إلى أنه عند تطبيق هذه النظرية على معتقدات الأطفال في سن المدرسة حول الأفراد ذوي الوزن الزائد، وجد تيجمان وأنيسبري (Tiggemann & Anesbury, 2000) أن الأطفال في عمر من ٨ إلى ١٢ عاماً يعتقدون أن السمنة يمكن التحكم بها، وكلما كان المعتقد قوياً لدى الأطفال كانوا أكثر تحيزاً ويحملون أفكاراً نمطية سلبية حول الأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن (Musher-Eizenman, Holub, Miller Goldstein & Edwards-Leeper, 2004). مما يفسر تعرض الأطفال من ذوي الوزن الزائد والسمنة لمواقف الوصم من أقرانهم الأصحاء. وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي أجراها بيرلمان وزملاؤه ( Pearlman, Schvey, Higgins Neyland, ) (Solomon, Hennigan, Schindler & Tanofsky-Kraff, 2020) والتي وجدت أن هناك ارتباطاً بين المضايقات التي يتعرض لها ذوي الوزن الزائد والبدناء المرتبطة بالوزن في مرحلة المراهقة في السياق الأسري وسياق الأقران، وارتفاع مؤشر كتلة الجسم والسمنة، حيث أظهرت النتائج من خلال التتبع لهؤلاء المراهقين أن الإناث كن أكثر تعرضاً لخبرات المضايقات المرتبطة بالوزن من الأقران والأسرة، بينما أقر الذكور بأنهم تعرضوا للمضايقات من الأقران فقط، كذلك بينت النتائج أن المضايقات التي تعرضوا لها من الأسرة ظلت ممتدة حتي مرحلة الرشد. كما تتسق هذه النتائج أيضاً مع دراسة باشيني وزملاؤه ( Bacchini, Licenziati, Garrasi, Corciulo, Driul, Tanas ) (& Valerio, 2015). والتي بينت أن الأطفال والمراهقين في فئة السمنة الشديدة كانوا أكثر تعرضاً للمضايقات المتعلقة بالمظهر الجسمي من خلال إطلاق الأسماء المهينة، كما ارتفعت لديهم

معدلات المضايقات البدنية، والتهديدات، والاستبعاد من الأنشطة الرياضية والجماعية، وذلك بالمقارنة بمجموعة الأسوياء.

**الفرض الثاني :** " تتباين الفروق في المعتقدات الصحية بتباين العمر والنوع لدى كل من أطفال السمنة والأصحاء من الجنسين".

بينت النتائج أن العمر كان له أثر في ارتفاع المعتقدات الصحية لدى مجموعات الدراسة، حيث تبين أن الأطفال الأكبر عمراً في المراحل العمرية (١١ سنة و١٣ سنة)، وكانوا أكثر وعياً بمعتقدات القابلية للإصابة ومعتقدات إدراك الخطورة، وذلك بالمقارنة بالمجموعات العمرية الأصغر، هذا بالإضافة إلى وجود تأثير للنوع على المعتقدات الصحية، حيث كان الأطفال المرضى من الذكور أعلى في درجاتهم على المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالطعام، وكذلك الأسوياء من الذكور.

وعند مناقشة هذه النتائج نجد أن الدراسات أوضحت ان المعايير الخاصة بالمدرجات الصحية والمعتقدات عبر العمر تختلف، حيث يميل الأفراد في مرحلة أواسط العمر والمسنين إلى تقييم صحتهم على أساس وجود مرض مزمن، بينما يميل الأطفال والمراهقين والراشدين إلى استخدام محكات الصحة النفسية والاجتماعية والسلوكيات المرتبطة بالصحة مثل الاشتراك في الأنشطة الرياضية كمعايير، وذلك يرجع إلى أن معظم الأطفال والمراهقين لا يعانون من الأمراض الجسمية، ومع ذلك فإنهم قد يعانون من أعراض نفسية جسمية مثل مشاعر الكرب النفسي (Piko & Bak, 2006). كما أشارت الدراسات المرضية الارتقائية إلى أن قدرة الأطفال على فهم أسباب وعواقب المرض المرتبطة بالعمر تتطور مع التقدم في العمر، حيث في مرحلة التفكير العيانية، يبدأ الأطفال في فهم الروابط السببية بين مصدر المرض وتأثيراته على الجسم، ومع بداية مرحلة التفكير المجرد يكون هناك وعي متزايد بالعلاقات الداخلية والفسولوجية (Watkins, 992). كذلك تدعم نتائج كثير من الدراسات أن فهم الأطفال للمرض يزداد بشكل عام مع التقدم في العمر، من خلال مراحل الارتقاء المعرفي، حيث وفقاً لبياجيه (Piaget (1930 وبيباك ووالش (Bibace & Walsh (1981) يمكن للأطفال الأصغر عمراً تحديد تفسيرات ملموسة وبسيطة للمرض، ومع تقدم الأطفال في العمر، تصبح تفسيراتهم للمرض أكثر تعقيداً وتجريداً (Dempster, 2014). وفي دراسة أخري قامت بمتابعة تطور المعتقدات حول مفهوم الصحة لدى عينة من الأطفال في عمر ٧ إلى ١٣ عاماً كشفت نتائجها أن محتويات المعتقدات حول الصحة، قد اختلفت بين الفئات العمرية، فالأطفال في عمر ٩ سنوات كانوا أقل اهتماماً بالممارسات الصحية المحددة، وأكثر اهتماماً بحالة الجسم الكلية سواء جيدة أم لا، أما الأطفال الذين يبلغون من العمر ١٣ عاماً كانوا يعتقدون أن الصحة هي شعور جيد يمكن الفرد من المشاركة في الأنشطة المرغوبة في حالة عدم وجود أمراض، كما ظهر التفكير المجرد بشكل واضح في هذه الفئة العمرية من حيث اعتبار الصحة النفسية جزءاً من الصحة الجسمية (Natapoff, 1978).

**الفرض الثالث:** "توجد فروق بين مرضى السمنة والأسوياء في دقة إدراك صورة الجسم المدركة، وذلك وفقاً لمتغيرات النوع والعمر والاضطراب" :

وبينت النتائج أنه وفقاً لمتغير النوع وأثره في دقة الإدراك كانت لا توجد فروق دالة بين مجموعات الدراسة في دقة إدراك صورة الجسم. ولكن بالنظر إلى الجداول المتقاطعة نجد أن الذكور الأصحاء كانوا أكثر دقة في الإدراك من المرضى الذكور، بينما المريضات الإناث فكن أكثر دقة في الإدراك من الإناث السويات. أما وفقاً لمتغير العمر، فقد كشفت النتائج أنه لا توجد فروق دالة بين المجموعات العمرية لدى مجموعات الدراسة في متغير دقة الإدراك، وهذا يعني أن العمر لم يكن له تأثير دال على مدى دقة إدراك صورة الجسم، ولكن عند النظر للجداول المتقاطعة نجد أن القدرة على دقة الإدراك تتحسن مع التقدم في العمر من خلال أن المراحل العمرية الأكبر كانت أكثر دقة في الإدراك من المراحل العمرية الأصغر.

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء عدد من النظريات والنماذج منها نظرية التفاوت الذاتي لهيجنز (1987) Higgins والتي بينت أنه يمكن للخبرات الحياتية والانفعالات السلبية أن تؤدي إلى حدوث عديد من المشكلات، بما في ذلك عدم الرضا عن الجسم، حيث تفترض هذه النظرية أن هناك ثلاثة أبعاد للذات وهي الذات الفعلية، والذات الواقعية، والذات المثالية، وتعكس الذات المثالية بوجه خاص المعايير المجتمعية والثقافية حول مفهوم الجاذبية، وبالتالي عند مقارنة الفرد لذاته الفعلية أو المدركة مع الذات المثالية يؤدي ذلك إلى حدوث التباين أو التفاوت الذاتي المرتبط بالجسم مما يترتب عليه عديد من العواقب النفسية والسلوكية للفرد (Lantz, Gaspar, DiTore, Piers & Schaumberg, 2012; Woodman & Hemmings, 2008; Vartanian, 2012). كما أكد نموذج تباين صورة الجسم على دور العوامل المرتبطة بالأسرة والأقران في حدوث درجة التباين هذه المرتبطة بصورة الجسم، كما أوضحت التأثيرات الاجتماعية والعواقب السلبية المرتبطة بالصحة نتيجة لهذه الارتباطات السالبة والموجبة من درجة التباين، كما تقترح نتائج الدراسات في ضوء هذا النموذج أن الأطفال يتعلمون من أسرهم وأصدقائهم المعتقدات المرتبطة بالرغبة في النحافة، وأن زيادة الوزن أمر غير جذاب (Michael, Wentzel, Elliott, Dittus, Kanouse, Wallander & Schuster, 2014). ولتفسير درجة التباين التي ظهرت لدى عينة الذكور الأسوياء في ضوء النظريات الإدراكية، والتي بينت أن هناك تناقضاً بين مدى إدراك الفرد لحجم جسمه، وبين الحجم الفعلي، حيث تعتبر هذه النظريات التناقض المدرك دالة لحجم جسم الشخص الفعلي، بمعنى أنه كلما زاد التغيير في أحجام الجسم، يمكن أن يكون تصور الفرد أكثر تناقضاً لجسمه، حيث أثبتت نتائج الدراسات التي استكشفت العلاقة بين حجم الجسم الفعلي ودرجة المبالغة في تقدير حجم الجسم، أن الأشخاص ذوي أحجام الجسم الأصغر كان لديهم مبالغة في تقدير حجم الجسم (Hinton, 2013).

واتسقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج عديد من الدراسات التي بينت أن عدم الدقة في إدراك حجم الجسم يميل إلى الانخفاض مع التقدم في العمر، وتتحسن هذه القدرة لديهم، ومع ذلك ذكر

الباحثون أن الأطفال الأصغر عمراً عادة ما يبالغون في تقدير حجم أجسامهم، وقد يرجع ذلك إلى عدم النضج المعرفي الكافي لديهم، ويمكن تفسير عدم الدقة أيضاً من خلال الوعي غير المكتمل للجسم، والذي يشكل أساس صورة الجسم، أو ربما لإدراك الأطفال ووعيهم بالمعايير الاجتماعية للمظهر الجسدي ومواقف الوصم الاجتماعي تجاه السمنة والوزن الزائد، هذا بالإضافة إلى أن هناك عدداً من العوامل الاجتماعية التي تؤثر في اختيارات الأطفال للنماذج المدركة والمثالية. إن أحد العوامل هي الوصمة المتعلقة بوزن الجسم، والتي بدورها تعمل على تطور صورة جسم ضعيفة ومضطربة لدى الأطفال وتظهر مع بلوغ عمر الثالثة، كما أن استجاباتهم تتأثر أيضاً بأسرهم، حيث يتدخل تأثير الوالدين على تطور مفهوم الذات لدى الأطفال من خلال نقل المعلومات إليهم باستمرار بناء على معتقداتهم وقيمهم ومواقفهم تجاه أجسام أطفالهم باستخدام المعلومات الوصفية اللفظية (مثال: أنتي فتاة كبيرة)، ومثل هذه التعليقات تؤثر بدورها على تصوراتهم لأشكال أجسامهم، وأظهرت الدراسات أيضاً أن المخاوف المتعلقة بالوزن وعدم الرضا عن الجسم يمكن أن تظهر في سن مبكرة جداً، حيث تشير النتائج إلى أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٣ و ٦ سنوات غير راضين عن أجسامهم ويريدون أن يكونوا أنحف، ويمكن تفسير الشعور بعدم الرضا الجسدي من خلال المشاركة في المقارنة الاجتماعية، والاعتماد على المعايير المجتمعية للمظهر الجسدي في عمر مبكر جداً، مثل الاستناد على معايير الجمال المتعلقة بالأجسام العضلية للذكور، والأجسام الرشيقة للإناث. ووفقاً لجروجان (٢٠١٦) *grogan* فإن الفتيات أكثر عرضه من الفتيان للإصابة بعدم الرضا الجسدي، والذي يعبر عنه بدرجة التباين بين حجم الجسم المتصور والمثالي، ويزداد هذا مع تقدم الأطفال في العمر، حيث يبلغ سن الثامنة تشابه الاحتمامات المتعلقة بالجسم مع اهتمامات الراشدين (González, González-Martí & Contreras-Jordán, 2021). كما أظهرت نتائج بعض الدراسات أن المكونات الخاصة بصورة الجسم تعتمد على بعض المتغيرات السكانية للمراهقين مثل العمر، والنوع، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي. كذلك أظهرت بعض الدراسات أن المخاوف المتعلقة بصورة الجسم تختلف وفقاً للنوع، حيث أن الذكور يميلون إلى أن يكونوا أكثر انشغالاً بامتلاكهم لجسم عضلي، بينما الفتيات ينشغلن بالوصول إلى الجسم المثالي الذي يتوافق مع معايير الجمال المشتقة من النحافة، كذلك فإن الفتيات يُظهرن معدلات مرتفعة من عدم الدقة في الإدراك لصورة أجسامهن نتيجة لعدد كبير من السلوكيات المتبعة للتحكم في الوزن. وفيما يتصل بمتغير العمر فقد أظهرت نتائج الأبحاث أن كلا من الذكور والإناث كانوا أقل رضا عن صورة أجسامهم وذلك خلال الفترة التي تمتد منذ مرحلة المراهقة حتى مرحلة الرشد، ومع ذلك خلال فترة المراهقة يظهر أن الفتيات تتخضع لديهن معدلات الرضا عن أجسامهن مع التقدم في العمر (Ramos, Moreno-Maldonado, Moreno & Rivera, 2019).

## قائمة المراجع

### أولاً : المراجع العربية :

- عارف، إسماعيل (٢٠١٧). سمات الشخصية وعلاقتها بصورة الجسم لدى عينة من البدناء. [رسالة ماجستير (غير منشورة)]. الجامعة الإسلامية بغزة. كلية التربية.
- الغياشي، سهير، شويخ، 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.
- عبدالله، معتز، خليفة، عبداللطيف (١٩٩٦). أبعاد نسق المعتقدات حول تدخين السجائر لدى المدخنين وغير المدخنين، في : معتز عبد الله (محرر)، *بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية*، المجلد الأول، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ٣-٧٠.
- شويخ، هناء (٢٠١٥). المشقة النفسية والرضا عن صورة الجسم في علاقتهما بالإصابة بداء الثعلبة. *مجلة العلوم الاجتماعية - الكويت*، ٤٣ (٢)، ١٠٤-١٣٢.
- 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.

### ثانياً : المراجع الأجنبية :

- About, F.E. (2008). *A social-cognitive developmental theory of prejudice*. In Quintana, S.M., McKown, C. (Eds.), *Handbook of race, racism, and the developing child* (pp, 55-71), Hoboken, NJ: Wiley,
- 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.
- Bacchini, D.; Licenziati, M.R.; Garrasi, A.; Corciulo, N.; Driul, D.; Tanas, R. & Valerio, G. (2015). Bullying and victimization in overweight and obese outpatient children and adolescents: an Italian multicentric study. *Plos One*. 10(11), e0142715.
- Bomberg, E.; Birch, L.; Endenburg, E.; German, J.; Neilson, J.; Seligman, H.; Takashim, G. & Day J. (2017). The financial costs, behaviour and psychology of obesity: a one health analysis. *Journal of Comparative Pathology*. (156), 310-325.
- Bush, P.J. & Iannotti, R.J. (1990). A children's health belief model. *Medical care*, 69-86.



- Carlisle, I. (2019). *Nutrition and Health: Exploring New Zealand Children's Knowledge and Beliefs (Doctoral dissertation)*, University of Otago.
- Carpenter, C.J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior, *Health communication*, 25(8), 661-669.
- Cash, T.F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In **Encyclopedia of body image and human appearance**, 334-342.
- Chan, S.M.; Melnyk, B.M. & Chen, A.C.C. (2017). Chinese version of the healthy lifestyle beliefs scale for Taiwanese adolescents: A psychometric study. *Journal of pediatric nursing*, 32, 19-24.
- Cohen, R.Y.; Brownell, K.D. & Felix, M.R. (1990). Age and sex differences in health habits and beliefs of schoolchildren. *Health Psychology*. 9(2), 208.
- Currie, C.; Zanotti, C.; Morgan, A.; Currie, D.; De Looze, M.; Roberts, C. & Barnekow, V. (2009). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: *international report from 2009/2010 Survey*, Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Durante, F.; Fasolo, M.; Mari, S. & Mazzola, A.F. (2014). Children's attitudes and stereotype content toward thin, average-weight and overweight peers, *SAGE open*, 4(2), 2158244014534697.
- Fenton, N. (2014). **The adolescent health belief model: Conceptualizing cognitive factors that influence medication non-adherence among adolescents**, (unpublished Thesis) University of North Carolina at Chapel Hill.
- González, M.P.L.; González-Martí, I. & Contreras-Jordán, O.R. (2021). What Do Children Think of Their Perceived and Ideal Bodies? Understandings of Body Image at Early Ages: A Mixed Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 48-71.
- Gouveia, M.J.; Frontini, R.; Canavarro, M.C. & Moreira, H. (2014). Quality of life and psychological functioning in pediatric obesity: the role of body image dissatisfaction between girls and boys of different ages. *Quality of Life Research*, 23(9), 2629-2638.
- Hinton, M. (2013). **Body-Image as Perceived by Black American Women and Caucasian American Women: Culture, Attachment, and BMI, A Dissertation**, Faculty of The California School of Professional Psychology.
- Ickes, J. & Sharma, M. (2013). A Systematic Review of Community-Based Childhood Obesity Prevention Programs. *Journal of Obesity & Weight Loss Therapy*, 3(5), 2-9.

- James, D.C.; Pobee, J.W.; Brown, L. & Joshi, G. (2012). Using the health belief model to develop culturally appropriate weight-management materials for African-American women, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(5), 664-670.
- Justino, M.I.; Enes, C.C. & Nucci, L.B. (2020). Self-perceived body image and body satisfaction of adolescents. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(3), 715-724.
- Lantz, E.L.; Gaspar, M.E.; DiTore, R.; Piers, A.D. & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-17.
- Madowitz, J.; Knatz, S.; Maginot, T.; Crow, S.J. & Boutelle, K.N. (2012). Teasing, depression and unhealthy weight control behaviour in obese children. *Pediatric obesity*, 7(6), 446-452.
- Pearlman, A.T.; Schvey, N.A.; Higgins Neyland, M.K.; Solomon, S.; Hennigan, K.; Schindler, R. & Tanofsky-Kraff, M. (2020). Associations between family weight-based teasing, eating pathology, and psychosocial functioning among adolescent military dependents. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 24.
- Puhl, R.M. & Latner, J.D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children, *Psychological bulletin*, 133(4), 557.
- Quattropiani C. & Buccheri T. (2013). Childhood Obesity Treatment and Prevention, Psychological Perspectives of Clinical Approaches. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1) (2-20).
- Quick, V. (2014). Social theory applied to body image and chronic illness in youth, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 8(1), 15-20.
- Ramos, P.; Moreno-Maldonado, C.; Moreno, C. & Rivera, F. (2019). The role of body image in internalizing mental health problems in Spanish adolescents: an analysis according to sex, age, and socioeconomic status. *Frontiers in psychology*, 10, 1952.
- 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.
- Sánchez, G.F.L.; Suárez, A.D. & Smith, L. (2018). Analysis of body image and obesity by Stunkard's silhouettes in 3-to 18-year-old Spanish children and adolescents. *Anales de psicología*, 34(1), 167-172.

- Shin, A. & Nam, C.M. (2015). Weight perception and its association with socio-demographic and health-related factors among Korean adolescents. *BMC public health*, 15(1), 1-9.
- Silvia, C. (2011). **Assessing Body Image from a Parental and Child's Perspective, (Unpublished Thesis)** University of Phoenix.
- Star, A.; Hay, P.; Quirk, F. & Mond, J. (2015). Perceived discrimination and favourable regard toward underweight, normal weight and obese eating disorder sufferers: implications for obesity and eating disorder population health campaigns. *BMC obesity*, 2(1), 1-9.
- Talat, A, & El-Shahat, E. (2016). Prevalence of overweight and obesity among preparatory school adolescents in Urban Sharkia Governorate, Egypt. *Egyptian Pediatric Association Gazette* , (64), 20–25.
- Vartanian, L.R. (2012). Self-discrepancy theory and body image. **In Encyclopedia of body image and human appearance**, 711-717.
- Woodman, T. & Hemmings, S. (2008). Body image self-discrepancies and affect: Exploring the feared body self. *Self and Identity*, 7(4), 413-429.
- Yi Huang, J. & Sui-Jian, Q. (2014). Childhood obesity and food intake. *World Journal Pediatric*, 11(2):101-107.
- 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.

## **Differences in Health Beliefs, Perceived Body Image & Feeling Stigmatized Considering Gender, Disease & Age Among Obese & Healthy Children**

**By**

**Hoda S. Ahmed**

**Dept. Psychology - Cairo University**

**Mohammed N. Alsabwa**

**Dept. Psychology - Cairo University**

### **Abstract:**

The current study aimed to detect differences in health beliefs, perceived body image, and stigma, with gender and age differences among obese and healthy children, on a sample consisting of (124) boys and girls (62 obese children of both sexes, (62 healthy children, Males and females), whose ages ranged between (9-12) years, and the battery which consisting of health beliefs Questionnaire, perceived body image Questionnaire, and stigma Questionnaire was applied, in addition to the tests that aimed to sorting, classifying, and excluding, The results of this study found that there were statistically significant differences between obese patients and healthy children of both sexes in health beliefs, susceptibility beliefs, disease awareness beliefs, and perceived benefits beliefs from treatment, in the direction of patients of both sexes, while there were no significant differences between groups in the Questionnaires of the second part of health beliefs, also the results showed that there are significant differences between patients and healthy children of both sexes in the first and second parts of the perceived body image Questionnaire, in the direction of obese patients of both sexes, and it was also shown that there are statistically significant differences between the study groups in the feeling of Stigma, in the direction of the group of male and female patients, as revealed by the results regarding the effect of age on health beliefs, it was found that the older children in the age group (11-13) years, were more aware of the beliefs of vulnerability to disease, and the beliefs of awareness of danger, compared to the groups Younger age, and it was found that there is an effect of gender on irrational beliefs related to food, where male patients and healthy males had the highest average differences in size comparing with healthy and obese girls, As for the effect of gender, age, and disorder on the accuracy of body image perception, the results showed that there were no significant differences between the study groups in the accuracy of body image perception.

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