



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة الحاج لخضر باتنة - 1 (الجزائر)  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا



## الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه LMD تخصص علم نفس الصحة الاكلينيكي

اشراف الأستاذ الدكتور  
سليمان جار الله

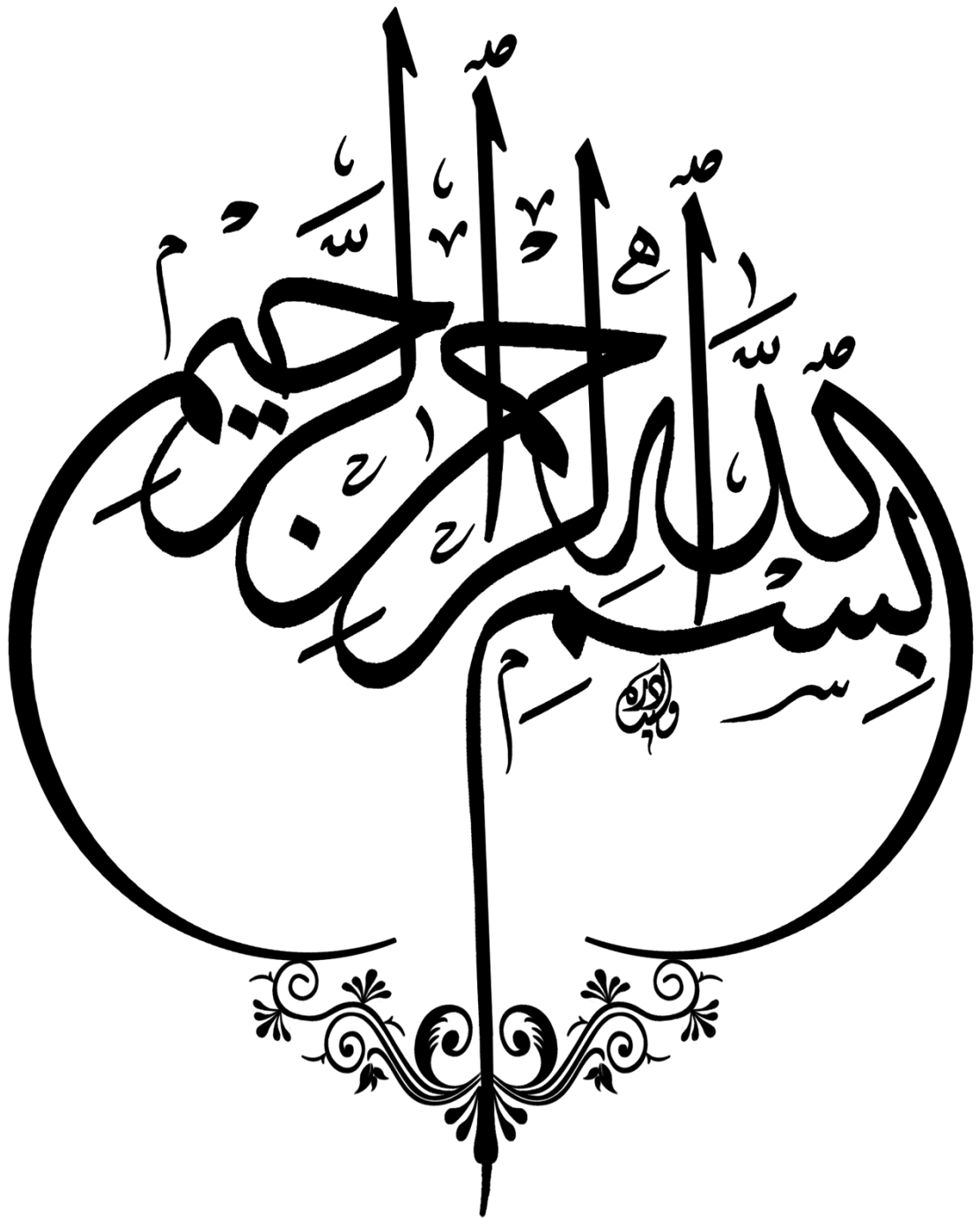
اعداد الطالبة الباحثة  
دليلة خمخام

بتاريخ: 2022/02/ 21

أمام اللجنة المكونة من:

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة الاصلية	الصفة
أمزيان وناس	أستاذ	الحاج لخضر باتنة 1	رئيسا
سليمان جار الله	أستاذ	الحاج لخضر باتنة 1	مشرفا ومقررا
لبنى احمان	أستاذ	الحاج لخضر باتنة 1	عضو امتحنا
معوشة عبد الحفيظ	أستاذ محاضر أ	عباس لغرور خنشلة	عضو امتحنا
العقون لحسن	أستاذ محاضر أ	محمد خيضر بسكرة	عضو امتحنا

السنة الجامعية: 2022/2021



قال الله تعالى (وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ)

### الأعراف: 31

يقول تعالى (وَهُوَ الَّذِي أَنْشَأَ جَنَّاتٍ مَعْرُوشَاتٍ وَغَيْرَ مَعْرُوشَاتٍ وَالنَّخْلَ

وَالزَّرْعَ مُخْتَلِفًا أُكُلُهُ وَالزَّيْتُونَ وَالرُّمَّانَ مُتَشَابِهًا وَغَيْرَ مُتَشَابِهٍ كُلُوا مِنْ ثَمَرِهِ إِذَا أَثْمَرَ

وَأْتُوا حَقَّهُ يَوْمَ حَصَادِهِ وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ وَمِنَ الْأَنْعَامِ حَمُولَةً

وَفَرَشًا كُلُوا مِمَّا رَزَقَكُمُ اللَّهُ وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُواتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُبِينٌ)

### الأنعام: 141-142

قال الرسول صلى الله عليه وسلم: (ما ملأ ابن آدم وعاء شراً من بطن،

حسب ابن آدم آكلات يقمن صلبه فإن كان لا محالة فثلث لطعامه وثلث لشرابه

وثلث لنفسه) رواه الترمذي

*Mahatma Gandhi : Si j'ai la conviction que je peux le faire, je vais sûrement acquérir la capacité de le faire même si je ne l'ai pas au début*

*“L'obèse est une ventouse qui s'ignore.*

*Si une once de vertu ajoute à l'efficacité née de la compétition, il faut beaucoup de compétition pour mettre fin à l'efficacité de la seule vertu.”*

# شكر و عرفان

الحمد لله والشكر لله ذا المن والعطاء الذي وفقني في إتمام علمي بعملتي المتواضع، وانعم على بموفور الصحة

والعافية والعزيمة، الحمد لله حمدا كثيرا

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير والاحترام للبروفيسور جار الله سليمان على كل ما قدمه لي من

توجيهات ونصائح قيمة ساهمت في إثراء موضوع دراستنا " نعم الأخ قبل الإشراف " بعلمه وتواضعه وصبره "

كما أتقدم إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرة دون نسيان لجنة التكوين البروفيسورة مزوز بركو، بروفيسورة

لبنى احمان، البروفيسور سعيد بوعون، البروفيسورة بن فليس خديجة، بروفيسور عدوان يوسف....

الشكر موصول من القلب للقلب للتي كانت لي الملاذ والأخت ونعم الصديقة الدكتورة: درياس ليلي

# اهداء

اهدي ثمرة جهدي وعملي وعلمي المتواضع

إلى من وضعتني على طريق الحياة، وجعلتني من القمم التي تهوى النجاح

أمي الغالية بدلا من عبارة أطال الله عمرك سبقتي القدر لتحذف كلمات وعبارات الشكر والامتنان  
وتقبيل يديك طاهرتين وأكتب بحرقه واسى على فراقك رحمك الله وطيب ثراك، ترافقيني في ذات اليوم الذي

أودع فيه أطروحتي وابتسامه الفرحة تشع من وجهك المتألم لأودعك مدى الحياة

إلى من علمتني الكفاءة الذاتية هي كل خبرات الحياة التي تعلمتها منك

أمي ثم أمي ثم أمي ألف رحمة ونور على روحك الطاهرة

إلى روح أبي رحمة الله عليه

إلى إخوتي كل باسمه " نجاة، محمد، فواز، عبد الكريم وزوجته وأولاده، اعز وأحن وأطيب رفيق لي في

دربي حسام المدعو حسني " إلى صاحب الفضل الكبير عمي احمد ممتنة له كثيرا

إلى السيد المحترم طارق جلول

إلى خالتي العزيزة التي ساندتني في اشد المحن، وأولادها "نسرين، آمال، إكرام، فاروق، فراس"

إلى صديقاتي وحببياتي " ليلي درياس أختي التي لم تنجها أمي، فالق باهية الأخت المتميزة بذكائها والحكمة،

بولجال آية، عبد الصمد صورية"

إلى كل أصدقائي وكل عائلتي خاصة عائلة ومان

## موجز الدراسة:

تهدفت الدراسة الحالية للكشف عن قوة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصابين بالسمنة في عينة من المجتمع الجزائري "مدينة بسكرة"، وقد تم عرض التراث الأدبي والنماذج المعرفية المفسرة لكل من الكفاءة الذاتية وجودة الحياة، وأهم النظريات والنماذج المفسرة لمتغيرات الدراسة، وللكشف عن ذلك تم التحقق من صحة الفرضيات التي استنبطت من الدراسات السابقة وهي كالآتي:

1. نتوقع ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة المصابين بالسمنة.
2. نتوقع وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.
3. نتوقع عدم وجود فروق في كل من درجة الكفاءة الذاتية تعزى لكل من المتغيرات السوسيوديمغرافية (السن والجنس، والمستوى التعليمي، والاقتصادي، والوضعية الاجتماعية، والأمراض المصاحبة ومدة المرض) لدى عينة الدراسة.
4. نتوقع وجود فروق في كل من أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة تعزى لكل من المتغيرات (السن، الجنس، المستوى التعليمي، والاقتصادي، والحالة الاجتماعية، والأمراض المصاحبة، ومدة المرض) لدى عينة الدراسة.
5. نتوقع وجود تأثير للكفاءة الذاتية على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة.
6. نتوقع وجود تأثير لجودة الحياة المتعلقة بالصحة على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة؟
7. نتوقع وجود أثر لتفاعل كل من الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.
8. نتوقع وجود أثر تفاعل بين الأمراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.
9. نتوقع وجود أثر الأمراض المصاحبة ومدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

اعتمدت الدراسة على عينة قصدية قوامها (302) مشاركا من الجنسين (إناث، ذكور)، تراوحت أعمارهم بين (20-60) سنة بمتوسط عمر قدره (28.33) وانحراف معياري وقدره (5.10)، بالاعتماد على المقياس الكفاءة الذاتية العامة لرالف شفارتزر (Ralf Schwarzer) ومقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة (SF-36.v2) المرخص من طرف منظمة الصحة العالمية، وبعد التأكد من الخصائص سيكومترية للمقياسين، أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

1. من خلال تحليل نتائج اختبار Independent-sample T-text تبين ان قيمة (ت = 49.9)، والتي مفادها ان المشاركين يتمتعون بمستوى الكفاءة الذاتية مرتفعة.
2. توجد علاقة ارتباطية موجبة ضعيفة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة المقدره بالقيمة (R=0.164) ذات معنوية لدى المصابين بالسمنة، وذلك لكل من بعد (الوظائف البدنية، الصحة

البدنية، الصحة النفسية، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات، الطاقة) بدرجات على الترتيب (0.479، 0.195، 0.214، 0.152، 0359) باستثناء الابعاد التالية "الالم الجسدي، والاداء الاجتماعي، والصحة المدركة"، حيث بينت نتائج معامل الارتباط لا توجد علاقة بين الكفاءة الذاتية والابعاد سالفة الذكر بدرجات على التوالي (-0.036، 0.000، -0.041)، وهذا راجع لاختلاف مؤشر كتلة الجسم.

3. لا توجد فروق في درجة الكفاءة الذاتية تعزى لكل من متغير "الجنس، والمستوى الاقتصادي، والحالة الاجتماعية"، أما بالنسبة لكل من متغير "السن، والمستوى التعليمي، ومدة المرض" بدرجات على الترتيب (-0.51، 1.875، 3.032) توجد فروق في درجة الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة بدرجات (23.620، 48.888، 7.812) على الترتيب.

4. لا توجد فروق في درجة ابعاد جودة الحياة المتعلقة تعزى لكل من متغير الجنس بدرجة، كما توجد فروق في ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة تعزى لكل من متغير السن، أما بالنسبة للمستوى التعليمي توجد فروق اتجاه ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة المتمثلة في كل من الوظائف البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات، الصحة النفسية، والطاقة، الصحة المدركة) بدرجات على التوالي (25.44، 19.15، 29.27، 31.08، 125.18، 16.23، 27.08) باستثناء بعد الصحة البدنية بقيمة (1.08)

وكذلك توجد فروق اتجاه ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لكل من بعد (الصحة البدنية، الأداء الاجتماعي، محور الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية، الصحة المدركة) بقيم على التوالي (23.36، 9.63، 10.04، 8.53) كما نجد من خلال نتائج الدراسة انه لا توجد فروق في كل من (الوظائف البدنية، الألم الجسدي، الصحة النفسية، الطاقة) بدرجات على الترتيب (0.54، 3.23، 2.33، 3.51).

أما بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية نجد انه لا توجد فروق في كل من (الصحة البدنية، الألم الجسدي، الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية) من خلال الدرجات المتحصل عليها وهي على التوالي (2.79، 0.32، 2.99) على خلاف درجات كل من بعد (الوظائف البدنية، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الطاقة، الصحة المدركة) والمعبر عنها بالقيم التالية على الترتيب (6.60، 30.11، 6.55، 4.06، 7.42)

وأيضاً يوجد اختلاف في محاور جودة الحياة المتعلقة بالصحة بكل من بعد (الوظائف البدنية، الصحة النفسية، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات، الطاقة) بدرجات (42.58، 40.63، 28.22، 7.72) على الترتيب بعكس كل من بعد (الصحة البدنية، الألم الجسدي، الاداء الاجتماعي، الصحة المدركة) لا يوجد اختلاف من خلال القيم المتحصل عليها (1.56، 0.32، 3.60، 3.29) على التوالي تعزى لمتغير مدة المرض لدى عينة الدراسة.

5. يوجد أثر للكفاءة الذاتية على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة من خلال نتائج الاختبار اللوجستي الرتبى حيث بلغت قيمة ( $R^2=0.382$ ).
6. كما بينت نتائج اختبار انحدار اللوجستي المتعدد المقدر بقيمة ( $\text{Chi-Square}=33.428$ ) انه يوجد أثر لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة على مؤشر كتلة الجسم، في حين ان مؤشر كتلة الجسم بمقدار (25 الى 29) ليس له أثر على الأداء الاجتماعي ويتضح ذلك من خلال المعادلة:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.180)=e^{0.180}=0.48$$

7. كما أسفرت نتائج اختبار النموذج الخطي العام المتعدد " GLM " بوجود أثر تفاعل كل من الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة، باستثناء كل من بعد (الأداء الاجتماعي، الصحة المدركة) لا يتأثران عند مؤشر كتلة الجسم، اذ ان قيم التباين على التوالي ( $F=0.32, F=0.002$ ) وهي قيمة ليس لها معنوية عند مستوى الدلالة (0.01).
8. يوجد أثر تفاعل بين الأمراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة (الوظائف البدنية، الصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الاضطرابات الانفعالية، الطاقة، الصحة المدركة) حيث بلغت قيمة التقدير على الترتيب ( $E=5.10, E=$  1.04, 2.12,  $E=4.01, E=3.11, E=2.05, E=1.28, E=4.08$ ).
9. يوجد أثر تفاعل بين الأمراض المصاحبة ومدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة من خلال نتائج تحليل الانحدار المتعدد نجد ان معامل تفسير أثر مدة المرض ( $R^2=0.389$ )، ومعامل تفسير أثر الامراض المصاحبة ( $R^2=0.349$ ) وذلك مبين في المعادلتين:

$$Y_{\text{مدة المرض}} = 6.133 + (0.761) X_1 + 0.132X_2 + 0.039X_3 + (0.506) X_4 + (-0.099) X_5 + (0.1.145) X_6 + 0.064X_7 + (0.003) X_8 + e_i$$

$$Y_{\text{الأمراض المصاحبة}} = 0.539 + (0.356)X_1 + 0.913X_2 + 0.058X_3 + (176)X_4 + (0.221)X_5 + (0.485)X_6 + 0.080X_7 + (0.367)X_8 + e_i$$

الكلمات المفتاحية: الكفاءة الذاتية، جودة الحياة، مؤشر كتلة الجسم، السمنة.



## Study summary

The current study aimed to reveal the strength of the relationship between self-efficacy and quality of life among obese people in a sample of the Algerian society "Biskra city". On this, the validity of the hypotheses that were deduced from previous studies were verified as follows:

1. We expect a high level of self-efficacy among the obese sample.
2. We expect the existence of a correlation between self-efficacy and health-related quality of life dimensions for the study sample.
3. We expect that there are no differences in each of the degree of self-efficacy due to each of the sociodemographic variables (age, gender, educational level, economic, social status, comorbidities and duration of illness) in the study sample.
4. We expect that there are differences in each of the dimensions of quality of life related to health due to each of the variables (age, gender, educational level, economic status, marital status, comorbidities, and duration of illness) in the study sample.
5. We expect that there is an effect of self-efficacy on the body mass index of the study sample.
6. We expect an effect of health-related quality of life on the body mass index of the study sample?
7. We expect that there is an effect of the interaction of both self-efficacy and body mass index on health-related quality of life dimensions of the study sample.
8. We expect that there is an interaction effect between chronic diseases and body mass index on health-related quality of life dimensions for the study sample.
9. We expect the presence of the effect of comorbidities and duration of illness on the dimensions of health-related quality of life for the study sample

The study relied on an intentional sample of (302) participants of both sexes (females, males), whose ages ranged between (20-60) years, with an average age of (28.33) and a standard deviation of (5.10), depending on the two scales of general self-efficacy by Ralph Schwarzer (Ralf). Schwarzer) and health-related quality of life scale (SF-36.v2) authorized by the World Health Organization, and after confirming the psychometric properties of the two scales, the study resulted in the following results :

1. By analyzing the results of the Independent-sample T-text test, it was found that the value of ( $T = 49.9$ ), which indicates that the participants have a high level of self-efficacy.

2. There is a weak positive correlation between self-efficacy and quality of life related to estimated health ( $R = 0.164$ ) with significant significance among obese people, for each of the dimensions (physical functions, physical health, mental health, limits caused by disturbances and emotions, energy) in degrees respectively (0.479, 0.195, 0.214, 0.152, 0.359) with the exception of the following dimensions "physical pain, social performance, and perceived health," where the results of the correlation coefficient showed that there is no relationship between

self-efficacy and the aforementioned dimensions in degrees respectively (-0.036, 0.000, -0.041), which is due to the difference in body mass index.

3. There are no differences in the degree of self-efficacy due to each of the variable “gender, economic level, and marital status”, as for each of the variables “age, educational level, and duration of illness” in degrees, respectively (0.51-, 1.875, 3.032) there are differences In the degree of self-efficacy of the study sample (23.620, 48,888, 7.812), respectively.

4. There are no differences in the degree of quality-of-life-related dimensions due to each of the gender variables by a degree, and there are also differences in the health-related quality-of-life dimensions due to each of the age-related variables, as for the educational level there are differences in the direction of health-related quality-of-life dimensions represented in each of the physical functions , physical pain, social functioning, limits caused by disturbances and emotions, mental health, energy, perceived health) in degrees respectively (25.44, 19.15, 29.27, 31.08, 125.18, 16.23, 27,08) except for the physical health dimension with a value of (1.08).

There are also differences in the direction of health-related quality of life dimensions due to the economic level variable for each dimension (physical health, social performance, axis of limits caused by emotional disorders, perceived health) with values respectively (23.36, 9.63, 10.04, 8.53), as we find through the results of the study There are no differences in each of (physical functions, physical pain, mental health, energy) in degrees, respectively (0.54, 3.23, 2.33, 3.51).

As for the social status variable, we find that there are no differences in each of (physical health, physical pain, limits caused by emotional disturbances) through the degrees obtained, which are respectively (2.79, 0.32, 2.99) unlike the degrees of each dimension (physical functions). , social performance, mental health, energy, perceived health) and expressed by the following values, respectively (6.60, 30.11, 6.55, 7.42, 4.06)

There is also a difference in the axes of quality of life related to health in each of the dimensions (physical functions, mental health, limits caused by disturbances and emotions, energy) with degrees (42.58, 40.63, 28.22, 7.72), respectively, in contrast to each of the dimensions (physical health, physical pain, Social performance, perceived health) There is no difference through The obtained values (1.56, 0.32, 3.60, 3.29), respectively, are due to the variable duration of illness in the study sample.

5. There is an effect of self-efficacy on the body mass index of the study sample through the results of the logistic ordinal test, where the value of ( $R^2 = 0.382$ ).

6. The results of the multiple logistic regression test estimated at a value of (33.428Chi-Square=) showed that there is an effect of health-related quality of life dimensions on body mass index, while BMI of (25 to 29) has no effect on social performance. It is through the equation variable duration of illness in the study sample.

$$\text{Exp}(\beta) = \exp(0.180) = e^{0.180} = 0.48$$

7. The results of the multiple general linear model "GLM" test also revealed the existence of an interaction effect of both self-efficacy and BMI on health-related quality of life dimensions, except for each dimension (social performance, perceived health) that is not affected by BMI, as the The variance values are (F=0.002, F=0.32), which are not significant at the significance level (0.01).

8. There is an interaction effect between chronic diseases and BMI on health-related quality of life dimensions (physical functions, physical health, physical pain, social performance, mental health, emotional disorders, energy, perceived health), where the estimate value was (Estimate = 5.10). , E= 2.12, E= 1.04, E= 4.01, E= 3.11, E= 2.05, E= 1.28, E= 4.08).

9. There is an interaction effect between comorbidities and disease duration on the health-related quality of life dimensions of the study sample. Through the results of multiple regression analysis, we find that the coefficient of interpretation of the effect of the duration of illness (R2 = 0.389), and the coefficient of interpretation of the impact of comorbidities (R2 = 0.349), which is indicated in the two equations :

$$Y_{\text{duration of illness}} = 6.133 + (0.761) X_1 + 0.132X_2 + 0.039X_3 + (0.506) X_4 + (-0.099) X_5 + (0.1.145) X_6 + 0.064X_7 + (0.003) X_8 + e_i$$

$$Y_{\text{comorbidities}} = 0.539 + (0.356)X_1 + 0.913X_2 + 0.058X_3 + (176)X_4 + (0.221)X_5 + (0.485)X_6 + 0.080X_7 + (0.367)X_8 + e_i$$

**Key words:** self-efficacy, quality of life, body mass index, obesity.



# فهرس المحتويات



## فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	موجز الدراسة
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الاشكال
أ-و	مقدمة
<b>الفصل الأول: الإطار العام للدراسة</b>	
2	1. الإشكالية
8	2. أهداف الدراسة
9	3. أهمية الدراسة
10	4. الدراسات السابقة
27	5. مناقشة الدراسات السابقة
31	6. فرضيات الدراسة
31	7. التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة
<b>الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية</b>	
35	تمهيد
35	1. مفهوم الكفاءة الذاتية: The concept of self-efficacy
42	2. أهمية الكفاءة الذاتية
43	3. توقعات الكفاءة الذاتية وتوقعات النتائج والمواقف
46	4. أبعاد الكفاءة الذاتية: Self-efficacy dimensions
48	5. مستويات الكفاءة الذاتية: self-efficacy levels
49	6. مصادر الكفاءة الذاتية: Sources of self-efficacy
51	7. المحددات الأساسية لنظرية باندورا للتعلم المعرفي الاجتماعي
53	8. التحليل التطوري وعلاقته بفاعلية الذات
56	9. النظريات المفسرة للكفاءة الذاتية
60	10. تأثير الكفاءة الذاتية على الأداء البشري
63	11. الكفاءة الذاتية والسمنة
65	12. المساهمة في نماذج التنبؤ بالتعرض للمخاطر والحفاظ على الصحة
66	13. تأثير الكفاءة الذاتية على السلوكيات الصحية

68	14. الكفاءة الذاتية والبرامج العلاجية
71	خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث: جودة الحياة</b>	
73	تمهيد
74	1. نشأة علم النفس الإيجابي
75	2. ماهية علم النفس الإيجابي
77	3. نظريات علم النفس الإيجابي
79	4. أهداف علم النفس الإيجابي
79	5. مستويات علم النفس الإيجابي
81	6. مجالات علم النفس الإيجابي
82	7. اهتمامات علم النفس الإيجابي
83	8. جودة الحياة
84	9. نشأة مفهوم جودة الحياة
88	10. المصطلحات ذات الصلة بمفهوم جودة الحياة
90	11. النظريات المفسرة لمفهوم جودة الحياة
94	12. مؤشرات جودة الحياة
95	13. أبعاد ومقومات جودة الحياة
97	14. قياس جودة الحياة
98	15. محددات جودة الحياة المتعلقة بالصحة
98	16. الكفاءة الذاتية وجودة حياة المتعلقة بالصحة
101	17. السمنة وجودة الحياة المتعلقة بالصحة
104	18. تحسين جودة الحياة لدى المصابين بالسمنة
106	خلاصة الفصل
<b>الفصل الرابع: السمنة</b>	
108	تمهيد
108	1. انتشار السمنة
109	2. وبائية السمنة لدى البالغين في الجزائر
110	3. تعريف السمنة
114	4. قياس وتشخيص السمنة

115	5. اعراض السمنة
116	6. أنواع السمنة
118	7. تصنيف السمنة
119	8. محددات تتبئ بالسمنة
121	9. أسباب السمنة
127	10. عوامل السمنة
131	11. النظريات المفسرة للسمنة
137	12. عواقب وأثر السمنة على الصحية العامة
146	13. علاج السمنة
150	خلاصة الفصل
<b>الفصل الخامس: اجراءات الدراسة الميدانية</b>	
152	تمهيد
152	1. منهج الدراسة
152	2. الدراسة الاستطلاعية
152	3. أهمية الدراسة الاستطلاعية
153	4. الهدف من الدراسة الاستطلاعية
153	5. حدود الدراسة الاستطلاعية
153	6. التحليل البيانات العامة لعينة الدراسة الاستطلاعية
156	7. أدوات الدراسة الاستطلاعية
159	8. مؤشر كتلة الجسم
160	9. الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة
166	10. الدراسة الأساسية
172	11. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
174	هيكل الدراسة
<b>الفصل السادس: تحليل ومناقشة النتائج</b>	
176	1. نتائج اختبار الفرضية الأولى
176	2. نتائج اختبار الفرضية الثانية
178	3. نتائج اختبار الفرضية الثالثة
183	4. نتائج اختبار الفرضية الرابعة

## فهرس المحتويات

191	5. نتائج اختبار الفرضية الخامسة
192	6. نتائج اختبار الفرضية السادسة
204	7. نتائج اختبار الفرضية السابعة
205	8. نتائج اختبار الفرضية الثامنة
207	9. نتائج اختبار الفرضية التاسعة
213	مناقشة وتفسير للنتائج
213	تفسير ومناقشة الفرضية الأولى
215	تفسير ومناقشة الفرضية الثانية
220	تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة
227	تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة
234	تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة
235	تفسير ومناقشة الفرضية السادسة
236	تفسير ومناقشة الفرضية السابعة
238	تفسير ومناقشة الفرضية الثامنة
239	تفسير ومناقشة الفرضية التاسعة
244	مناقشة عامة
254	الاقتراحات والتوجيهات
256	خاتمة
259	قائمة المراجع
	الملاحق



## فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الجدول
32	تصنيف السمنة	01
41	خصائص الكفاءة الذاتية	02
81	يوضح أهم مستويات علم النفس الايجابي	03
91	مجالات جودة الحياة ومؤشراتها بحسب نظرية شالوك	04
95	مستويات جودة الحياة	05
154	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب البيانات العامة	06
157	توزيع درجات مقياس الكفاءة الذاتية العامة	07
157	توزيع محاور وبنود مقياس جودة الحياة	08
158	توزيع درجات محور الوظائف البدنية	09
158	توزيع درجات محور الصحة البدنية	10
158	توزيع درجات محور الألم الجسدي	11
158	توزيع درجات محور الأداء الاجتماعي	12
158	توزيع درجات محور الصحة النفسية	13
158	توزيع درجات محور الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية	14
159	توزيع درجات محور الطاقة	15
159	توزيع درجات محور الصحة المدركة	16
159	تصنيف السمنة	17
160	تقدير ثبات درجات مقياس الكفاءة الذاتية باستخدام طريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ	18
161	نتائج اختبار الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس الكفاءة الذاتية	19
161	تقدير صدق درجات مقياس الكفاءة الذاتية باستخدام طريقة صدق الاتساق الداخلي	20
162	تقدير ثبات درجات المقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة باستخدام طريقة التجزئة النصفية ومعادلة ألفا كرونباخ	21
163	تقدير ثبات درجات ابعاد مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة باستخدام	22

## فهرس المحتويات

	طريقة التجزئة النصفية ومعادلة ألفا كرونباخ	
164	نتائج اختبار الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة	23
164	تقدير صدق درجات المقياس باستخدام طريقة صدق الاتساق الداخلي لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة	24
165	يوضح الاتساق الداخلي لبند محاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة	25
167	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس	26
168	توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن	27
169	توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	28
169	توزيع عينة الدراسة حسب المستوى الاقتصادي	29
170	توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية	30
171	توزيع عينة الدراسة حسب مدة المرض	31
172	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الأمراض	32
176	نتائج اختبار الفرضية الأولى	33
177	نتائج اختبار الفرضية الثانية	34
178	نتائج اختبار فرق المتوسطي في مستوى الكفاءة الذاتية حسب متغير الجنس	35
179	نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في مستوى الكفاءة الذاتية تبعاً لمتغير السن	36
180	نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في مستوى الكفاءة الذاتية طبقاً لمتغير المستوى التعليمي	37
181	نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في مستوى الكفاءة الذاتية طبقاً لمتغير المستوى الاقتصادي	38
182	نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في مستوى الكفاءة الذاتية طبقاً لمتغير الحالة الاجتماعية	39
182	نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في مستوى الكفاءة الذاتية تبعاً مدة المرض	40
183	نتائج اختبار فرق المتوسطي في مستوى أبعاد جودة الحياة حسب متغير الجنس	41

## فهرس المحتويات

185	نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات لأبعاد جودة الحياة حسب متغير السن	42
186	نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب متغير المستوى التعليمي	43
188	نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب متغير المستوى الاقتصادي	44
189	نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب متغير الحالة الاجتماعية	45
190	نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب متغير مدة المرض	46
192	نتائج اختبار الفرضية الخامسة	47
192	توفيق النموذج	48
193	جودة توفيق النموذج	49
193	نتائج اختبار إمكانية التقدير	50
194	نتائج اختبار اللوجستي المتعدد لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومؤشر كتلة الجسم	51
204	نتائج اختبار النموذج الخطي العام المتعدد	52
206	تقدير تفاعل المعلمات (الأمراض/مؤشر كتلة الجسم)	53
206	نتائج تقدير التأثيرات على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة	54
208	نتائج اختبارات معاملات تضخم والتباين المسموح به لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة	55
209	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار فرضية الجزئية الأولى	56
211	نتائج تحليل الانحدار المتعدد	57

فهرس الاشكال

الصفحة	العنوان	الشكل
33	هيكلة متغيرات الدراسة	01
44	الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية وتوقعات النتائج	02
44	النظري للقيمة - التوقع لشفارتزر 1994	03
46	مكونات الكفاءة الذاتية	04
48	أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا	05
50	مصادر الكفاءة الذاتية	06
52	نموذج الحتمية التبادلية	07
59	مبدأ نظرية شفارتزر	08
62	آثار الكفاءة الذاتية على الأداء البشري	09
67	الكفاءة الذاتية كمتغير مستقلا وخارجي يستخدم في نماذج "نظرية الإجراء المنطقي ونظرية الإجراء المخطط (TAR/ TCP ونماذج نظرية تحفيز الحماية (TMP)	10
70	نظرية التعلم الاجتماعي والكفاءة الذاتية	11
77	الفرق بين علم النفس السلبي وعلم النفس الإيجابي	12
90	جودة الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة	13
114	حساب مؤشر كتلة الجسم	14
126	العوامل المؤثرة للشخص المصاب بالسمنة	15
131	النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للسمنة	16
137	حلقات التغذية الراجعة تربط بين زيادة الوزن وعدم الرضا عن الجسم والتأثير السلبي والإفراط في الاستهلاك	17
159	منطقة الحساسية لتصنيف مؤشر كتلة الجسم	18
167	التمثيل البياني لتوزيع لعينة الدراسة حسب الجنس	19
168	التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب السن	20
169	التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	21
170	التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب المستوى الاقتصادي	22
170	التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية	23

## فهرس المحتويات

171	التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب مدة المرض	24
172	التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب متغير الأمراض	25
210	التمثيل البياني لأثر مدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة	26
210	التمثيل البياني لانتشار البواقي لأثر مدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة	27



# مقدمة



في بداية القرن الحادي والعشرين تغير نمط الحياة، مما أدى لارتفاع المستوى المعيشي، أصبحت الأمراض المزمنة مصدر تهديد للقوة البشرية التي تعتبر عاملا مهما في تطور الشعوب، في حين ان هذه الأمراض متعددة وتأثيرها يظهر جليا على صحة الإنسان من بينها داء السكري، وأمراض القلب والضغط الدموي الشرياني، والسرطان، بالإضافة لمرض السمنة، حيث وصفتها منظمة الصحة العالمية "بأنها وباء عالمي أو المرض الأيضي الرائد في العالم" (who,2021).

تعتبر السمنة وباء عالمي تحظى باهتمام كثير من الباحثين في العديد من المجالات، وخاصة المتخصصين في الرعاية الصحية بسبب ارتباطها بمجموعة من المشكلات البدنية والنفسية، وبالرغم من قلة الاحصائيات في هذا المجال الا ان الشواهد اليومية للواقع الجزائري تؤكد معانات الفرد من داء السمنة وما يصاحبها من الامراض المزمنة. كما انها صنفت كمرض مزمن بسبب الاتجاه المتزايد لانتشار السمنة، يمكن أن يتضاعف هذا الرقم بحلول عام 2025 بمعدل (3/4) (WHO, 2019). تزداد معدلات السمنة بشكل مثير للقلق إذا لم يتم اتخاذ أي إجراء ضد هذا التهديد، كما شهد العالم العربي تطورات اقتصادية واجتماعية كبيرة خلال العقدين الأخيرين أدت الى حدوث تغييرات في الوضع الصحي والغذائي، واصبحت السمنة المرتبطة بالغذاء من أهم أسباب المراضة والوفيات في معظم الدول العربية، والجزائر من بين هذه الدول التي تعاني من التغييرات الأساسية التي ساهمت بشكل واضح في انتشار السمنة لدى الفئات العمرية "الأطفال، المراهقين، البالغين" وهذه التغييرات تتمثل في نمط استهلاك الطعام وفي نمط المعيشة وفي الجوانب النفسية (Musaiger,2007)

حسب الدراسات الوبائية(2000-2020) لوحظ أن مستويات السمنة في ازدياد عند جميع الفئات العمرية (البالغين، الأطفال، والمراهقين)، ولا تقتصر فقط على المجتمعات الغنية بل تفاقمت إلى البلدان النامية، ومن هذا المنطلق تكمن أهمية البحث في مشكلة السمنة نظرا لتأثيرها البالغ على العديد من المتغيرات لما تؤول اليه وما ينتج عنها كمرض القاتل الصامت (who,2016)، وتزداد أهمية البحث في محدداتها واسبابها وعواقبها وكيفية الوقاية منها في الدول العربية عامة والجزائر خاصة، هذه الأخيرة صنفت في المرتبة الثانية بعد الولايات المتحدة الامريكية التي تعاني من تفشي مرض السمنة متفوقة في ذلك على أوروبا " (فضالة، 03/05/2021، ص2).

وفي عام 1997 أعلنت منظمة الصحة العالمية (WHO) أنّ السمنة من أخطر المشاكل التي تواجه البشرية، وما ينتج عنها من أمراض مزمنة، وهذه الأخيرة تشكل السبب الرئيسي للعجز والوفيات، ولا سيما في الدول الصناعية فهي أمراض تتطور ببطء ويعيش المصابون بها لفترات زمنية طويلة لا يمكن الشفاء منها

في الأغلب، ولكن ما يحدث هو محاولة التحكم بتطورها من قبل المريض والمشرفين على علاجه ( شيلي تايلور، 2008، ص45).

من حيث الاعتلال الصحي، فالسمنة داء معقد ومتعدد العوامل، ناتج عن التأثيرات التفاعلية للعديد من العوامل الاجتماعية والنفسية والسلوكية والجينية والتمثيل الغذائي. إلى جانب كونها مرضاً في حد ذاتها، تشكل خطراً على العديد من الأمراض الأخرى، وخاصة من منطلق التمثيل الغذائي، ومن بين الأمراض الملازمة للسمنة (السكري من النوع 2، وعسر شحميات الدم (الكوليسترول)، وفرط حمض اليوريك في الدم، وارتفاع ضغط الدم الشرياني، وأمراض القلب والأوعية الدموية هي الأكثر شيوعاً. كما أن أمراض الجهاز التنفسي مثل متلازمة نقص التهوية الناتجة عن السمنة ومتلازمة توقف التنفس أثناء النوم ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالسمنة.

في حين ان الجزائر على غرار دول العالم تشهد هي الأخرى ارتفاعا ملحوظا في مستويات السمنة من خلال الاحصائيات أجرتها وزارة الصحة الجزائرية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية أن نسبة السمنة تقدر ب 55.6% من البالغين من بينهم 48.3% من الرجال و 63.3% أي ما يعادل 20 مليون جزائري مصاب بالسمنة (خلاص كريمة، 2021/03/05)، كما اكدت البروفيسور فضالة سمية طبيبة الغدد وداء السكري أن نصف الجزائريين مصابون بالسمنة والوزن الزائد، واعتبرت المختصة الأرقام والواقع الجزائري صادما يستدعي التحرك العاجل قائلة: " ما يخيفنا هو أن السمنة في الجزائر باتت أكثر انتشارا منها في أوروبا.

من هذه المقولة يتضح لنا هدف البحث في كونه يتناول متغيرين لهما الأهمية البالغة في علم النفس الإيجابي هذا الاخر اهتم بدراسة الفرد وصحته النفسية والجسمية.

تقول د. مانيشموتواني، جراحة متخصصة في علاج السمنة في مومباي (Mumbai.june,2017) مؤكدة ان تصنيف المرض شيء مهم لإعطاء العلاج المناسب للمرحلة المناسبة في الوقت المناسب كما هو الحال مع الأمراض المزمنة الأخرى (جمال خطاب، 2017، ص1)، لان السمنة تنتج عن تفاعل بين الاستعداد الوراثي للفرد لزيادة الوزن والتأثيرات البيئية. حدد اكتشاف الجينات في مجال تنظيم الوزن والسمنة العديد من التأثيرات الجينية الرئيسية التي تؤدي إلى سمنة شديدة ومبكرة، بالإضافة إلى العديد من الجينات الثانوية ذات التأثيرات الأكثر تنوعاً على توزيع الوزن والدهون، بما في ذلك سن البداية وخطورة. ومع ذلك، ان توصيات الأطباء المتعلقة بالالتزام بالحمية الغذائية تهدف إلى التقليل من مستوى الكوليسترول، وتشمل تعليمات الحمية المحافظة على الوزن الطبيعي، والتقليل من الوزن الزائد والسمنة، إضافة إلى بعض التمارين



الرياضية التي تحسن من أداء الوظيفي، وتساعد على الشفاء النفسي ومنع حدوث الإنتكاسات في المستقبل (شيلي تايلور، 2008، ص734)

لكن الالتزام بهذه التوصيات يؤدي في اغلب الأحيان إلى تحسين جودة الحياة المتعلقة بالصحة، لا سيما فيما يتعلق بوضعيات المرضى مراعية في ذلك مختلف جوانب حالاتهم المتعلقة بعلاجهم، بإعاقاتهم، والعديد من وضعياتهم الغير مريحة، وللمحافظة على رفايتهم الجسدية والنفسية والاجتماعية، فجودة الحياة الصحية هي كل ما يشبع حاجات الفرد ودوافعه على المستوى النفسي أو الروحي أو العقلي أو الجسدي مشتملة على مختلف النواحي الصحية أو الاجتماعية أو النفسية، فالصحة هي حالة السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية والعاطفية والنفسية وليست مجرد انعدام المرض أو الإعاقة (صليحة عدودة، 2015، ص 2)

إن مؤشرات جودة الحياة من شأنها أن تبين لنا المشكلات التي تصاحب الأمراض ومعالجتها، كما أن من شأنها أن تساعد على صياغة قرارات وسياسات تتعلق بمدى فاعلية المعالجة، والموازنة بين الكلفة والفعالية، واتخاذ المبادرة بنفسه لتنمية إمكانياته وتطوير معتقداته الخاصة بالكفاءة الذاتية التي تساعده على تحسين جودة حياته، وسعياً لذلك يجب على الباحثين العمل على هذا النهج المعرفي، فالكفاءة الذاتية تعد من المفاهيم النفسية التي حظيت باهتمام كبير من قبل الباحثين في مجال علم النفس وعلم نفس الصحة والصحة النفسية، وذلك لاعتبارهم بأن الكفاءة الذاتية نتاج للقدرة الشخصية في إنجاز المهام، وهي من أهم ميكانيزمات القوى الشخصية لدى الأفراد، ومحوراً هاماً في دافعيتهم للقيام بأي عمل أو نشاط، حيث تقوم بدور أساسي في توجيه وتنشيط السلوك البشري.

يعتبر باندورا (bandura,1977) أو ل من قدم مفهوم الكفاءة الذاتية، وحسب نظريته فان ممارسة الفرد لسلوك الصحي يرجع الى قناعاته بانه سينجح في تنفيذ السلوك المناسب لتحقيق النتائج الصحية المرغوب فيها ويقتنع بها ( Bandura ,1977 ,p247)

أما الطراونة (2005) الى ان اعتقاد الفرد في فاعيلته الذاتية يجعله أكثر تفهما لاهتمامه وأهدافه وسلوكه. كما يضع لنفسه أهدافا بعيدة المدى ويبدل الجهد في مواجهة الفشل، وان تحقيق التغيير الإيجابي في السلوك يعتمد على تمتع الفرد بمعتقدات إيجابية عن الذات. (اسمهان عزوز، 2005، ص 24)

فالكفاءة الذاتية المدركة تؤثر على كل من رغبة المرضى في بدء تغيير السلوك والتحكم الذاتي واستمرارية هذا التغيير، قد أثبت باندورا (Bandura, A) أن تغيير السلوك ايجابا أو سلبا يتخلله تغيرات في اعتقادات الفرد بأن لديه القدرة على أداء فعل يعينه على تحقيق النتائج المرغوبة، كالمداومة على ممارسة التمارين الرياضية واتباع الحمية الغذائية والمحافظة على السلوك الغذائي الصحي للمحافظة على الوزن

الطبيعي، ان ضبط الفرد لمعارفه يوفر له مؤهلات وخصوصيات ويسمح له الاعتماد على امكانياته الكامنة المتمثلة في الشعور بما يمكنه القيام به أمام مواقف معينة ويعطي الشخص زيادة الكفاءة وتعزيز الاستقلالية والثقة (Nursing and Midwifery studies, 2014)

وقد بين تيري وزملاؤه 2011 (terry et al) أن الكفاءة الذاتية تستعمل للإشارة إلى عوامل التحكم الداخلي، في حين أن إدراك التحكم في السلوك يستعمل للإشارة إلى عوامل التحكم الخارجي، ولبلوغ أفضل مستوى من جودة الحياة، أو إدامة المحافظة على جودة الحياة الصحية بمختلف مجالاتها (الجسمية والنفسية والاجتماعية...) إذ أن هناك عوامل كثيرة تؤثر على جودة حياة لدى المصابين بالسمنة، هذه المتغيرات تتمثل أساسا في الاكتئاب والقلق ووجود أمراض أخرى أو الأمراض المصاحبة، كما أن هناك عوامل أخرى تتعلق بالمحددات البيئية والاجتماعية للصحة، وعليه يجب على أصحاب الرعاية الطبية التكفل لتحسين جودة الحياة، وخاصة التخطيط لبرامج الحماية الغذائية وممارسة الرياضة، وهذا يتطلب تعاون فعلي من قبل المرضى عن طريق تأثير المتغيرات المعرفية مثل الشعور بالسيطرة، أو الكفاءة الذاتية، مما يجعل هذا المتغير فاعلا بصفته متغيرا وسيطا لتحقيق أقصى قدر ممكن للتكيف مع المرض، لا سيما إذا تعلق الأمر بمرض مزمن قد تكون نهايته مميت مثل البدانة المفرطة أو البدانة المرضية وذلك من خلال قياس مؤشر كتلة الجسم (body mass index) الذي يعتبر وسيلة قياس السمنة .

وبناء عليه فالدراسة الحالية تهدف إلى البحث عن قوة العلاقة بين متغير الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة في المجتمع الجزائري، ولكون أن الأبحاث والدراسات السيكولوجية في هذا الميدان تعتبر من الدراسات الحديثة نسبيا في الوطن العربي عامة ونادرة جدا في الجزائر خاصة، لذلك اعتمدنا إلى تقديم تصور نظري لمتغيرات البحث حيث ضم الفصل الأول طرح موضوع الدراسة من حيث تحديد الإشكالية، أهداف الدراسة، أهميتها، التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة، سرد بعض الدراسات السابقة والتعقيب عليها، لنصل من خلال استنتاج فرضيات الدراسة وصياغتها.

في حين اشتمل الفصل الثاني على متغير الكفاءة الذاتية من حيث تعريفها والتفرقة بينها وبين المصطلحات المرتبطة بها، خصائصها، أبعادها، مصادرها، ومحدداتها ونظرياتها، الكفاءة الذاتية والسمنة. أما الفصل الثالث فتناول ماهية "علم النفس الإيجابي" الذي انبثق منه مفهوم جودة الحياة متضمنا في ذلك تاريخية وتطور مفهوم جودة الحياة، مفهوم جودة الحياة، نظريات جودة الحياة، خصائص جودة الحياة، مكونات جودة الحياة، مجالات جودة الحياة، أهمية دراسة جودة الحياة عند المصابين بالسمنة، مقاييس جودة الحياة المتعلقة بالصحة، محددات جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

## مقدمة

بينما الفصل الرابع الذي يمثل التعريف بمرض السمنة، وأسبابه، ومحدداته، وعوامله، ونظرياته ونتائجه، والعلاج والوقاية.

والجانب التطبيقي للبحث، فيضم فصلين، يتناول الفصل الخامس إجراءات الدراسة الميدانية من حيث المنهج المستخدم، الدراسة الاستطلاعية وأهدافها، حدودها، أدواتها، الخصائص السيكومترية لأدوات القياس، في حين تطرقنا في الدراسة الأساسية إلى حدودها المكانية والزمنية والبشرية، الأدوات المستخدمة في الدراسة والأساليب الإحصائية المعتمدة، وعليه توصلنا للفصل السادس الذي يعرض النتائج وتفسيرها وتحليلها، ومناقشتها، وأخيرا إلقاء الضوء على التوصيات والاقتراحات.



الفصل الأول: الإطار العام للدراسة



## 1. الإشكالية:

تشير الدراسات السابقة والاحصائيات الحديثة الى ان انتشار وباء السمنة يتزايد بمعدل يندرج بالخطر لدى جميع الفئات العمرية، حيث توصف السمنة في تاريخ البشرية بأنها أول وباء عالمي غير معدّي، وبالتالي صُنّفت السمنة بأنها مرض مزمن له اثار خطيرة على كل من الفرد والمجتمع.

وفي عام 1997 أعلنت منظمة الصحة العالمية أن السمنة من أخطر المشاكل التي تواجه البشرية، مؤكدة على خطورة السمنة وما ينتج عنها من أمراض مزمنة. وهذه الأخيرة تشكل السبب الرئيسي للعجز والوفيات، ولا سيما في الدول الصناعية فهي أمراض تتطور ببطء ويعيش المصابون بها لفترات زمنية طويلة لا يمكن الشفاء منها في الأغلب، ولكن ما يحدث هو محاولة التحكم بتطورها من قبل المريض والمشرفين على علاجه (تايلور، 2008، ص 45).

ووفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية ان معدلات السمنة حول العالم ارتفعت بثلاثة أضعاف عما كانت عليه عام 1975. ومنذ عام 2016، يعاني أكثر من 650 مليون بالغ من السمنة، أيما يعادل نسبة (13%) من البالغين حول العالم. أما في سنة 2019 ان معدل السمنة يقدر ب (1.9) مليار شخص بالغ (أكبر من 18 عاماً)، وهو ما يندرج بحدوث الكثير من المشكلات الصحية لهم، ومن المتوقع ان 2.3 مليار بالغ يعانون من زيادة الوزن وان أكثر من 700 مليون يعانون من السمنة وستكون ¼ من الوفيات وتتراوح من زيادة خطر المبكر للوفيات الى العديد من الامراض غير المميتة ولكن المزمنة التي لها اثار ضارة على الصحة الجسدية والنفسية (who,2020)، حسب ما توقعته منظمة الصحة العالمية (2020).

يعد الانتشار المتزايد للأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة في معظم أنحاء العالم مصدر قلق لصحة العامة (Flegal et al, 2013)، لان الحياة المعاصرة فرضت على الانسان مزيدا من التغيرات في أسلوب الحياة ونمط العيش التي اثرت وبشكل سلبي على طبيعة حياته ورفاهيته، وأصبح التوازن بين الصحة النفسية والجسدية غاية كل إنسان لينعم بحياة سعيدة خالية من الأمراض، فالحالة النفسية للفرد هي المسيطرة والمسؤولة عن صحته ونشاطه وسلوكه مع الآخرين لم للانفعالات والعواطف من دور هام في الصحة الجسدية والنفسية ايضا (Gariepy G et al,2010)، ناهيك عن معاناة الدول العربية وخاصة دول الخليج التي تحتل الصدارة في الإصابة بوباء السمنة .

على غرار دول العالم الغربي والعربي الجزائر تدق ناقوس الخطر من خلال احصائيات أجرتها وزارة الصحة الجزائرية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بوجود 55.6% من البالغين في الجزائر يزيد وزنهم عن الوزن الموصي به، من بينهم 48.3% من الرجال و63.3% من النساء. وهذا ما يعادل 20 مليون

جزائري مصاب بالسمنة (خلاص كريمة، 2021/03/05) وذكرت البروفيسور فضالة بالدراسة التي أجرتها الجزائر مع منظمة الصحة العالمية، التي تؤكد أن نصف الجزائريين مصابون بالسمنة أو الوزن الزائد، واعتبرت المختصة الأرقام والواقع الجزائري صادما يستدعي التحرك العاجل قائلة: "ما يخيفنا هو أن السمنة في الجزائر باتت أكثر انتشارا منها في أوروبا، وهوما جعل الجزائر تحتل المرتبة الثانية بعد الولايات المتحدة الأمريكية متفوقة في ذلك على أوروبا" (فضالة سمية، 2021، ص2).

ان السمنة مرض ينشا من تفاعل عدة عوامل نفسية اجتماعية بيولوجية، وعادة ما تنتج من مزيج من سرعات حرارية زائدة، مع قلة في النشاط البدني والتأثيرات الجينية. ذلك على الرغم من أن القليل من الحالات تحدث في المقام الأول بسبب الجينات، واضطرابات الغدد الصماء، والأدوية، والأمراض النفسية. ولهذا تباينت المقاربات النفسية والمعرفية والبيولوجية في تحديد الأسباب. كما يرتبط مرض السمنة باحتمالية الإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة (David katz, 2001)

السمنة حالة طبية تتراكم فيها الدهون الزائدة بالجسم تتسبب في وقوع آثار سلبية على الصحة. ويتم تحديدها من خلال مؤشر كتلة الجسم، الذي ينتج من قسمة وزن الجسم على مربع طولها ( $BMI=kg/m^2$ )، ويتم التعبير عنه عادةً بالنظام المتري. وتعتبر هذه الطريقة من أسهل الطرق لقياس بنية الجسم ويمكن حسابها كالتالي: الوزن (بالكغم) مقسوم على مربع الطول (بالمتر). واعتمدت منظمة الصحة العالمية هذا التصنيف (18.5) أقل من الوزن الطبيعي، (18.5-24.9) وزن طبيعي/ صحي (25-29.9) وزن زائد (30-39.9) سمنة ضارة / درجة أو لى (35-39.9) سمنة مفرطة / درجة ثانية، (40) فما فوق سمنة خطيرة / درجة ثالثة. نظراً لأن مؤشر كتلة الجسم يعبر عن وزن الجسم بالنسبة إلى طوله، فإنه تتواجد صلة وثيقة بين محتوى الدهون الكلي في الجسم وقيمة المؤشر، حيث إن الشخص البالغ الذي مؤشر كتلة جسمه أكثر من 30 يُعد أنه يعاني من السمنة، إذ تختلف مخاطر السمنة بزيادة مؤشر كتلة الجسم كنتيجة متوقعة، ويمكن للسمنة أن تشكل عاملاً خطراً على الصحة حيث تتسبب بالكثير من الامراض المزمنة، وتؤدي الى أوجاع عديدة في مختلف أنحاء الجسم ناهيك على ما ينتج عنها من اضرار نفسية والمتمثلة في الانفعالات والعواطف، القلق، الاكتئاب، صورة الجسم، تقدير الذات... والاجتماعية والتي تعبر هي الأخرى على الخجل، الدونية، وصمة العار،... أما من الناحية الجسدية والصحية تكمن في الوظائف البدنية والصحة العامة .

يرتبط مرض السمنة وانتشاره في بعض المجتمعات بتغير نمط الحياة وعادات الاكل وأسلوب العيش سعياً الى الرفاه والسعادة أي يصف كيفية شعور الأشخاص بجودة حياتهم، ويتضمن كل من ردود الفعل

العاطفية والأحكام المعرفية، وهو يفترض "ثلاثة عناصر مستقلة ولكنها مرتبطة في الغالب بالرفاه" الشعور الإيجابي المتكرر، والشعور السلبي غير المتكرر، والتقييمات المعرفية كالرضا عن الحياة". وبذلك يعبر عن إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق الثقافة، والنسق القيمي الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بالأهداف والتوقعات ومستوى الاهتمامات بالصحة العامة النفسية والجسدية بمعنى ان الفرد يستمتع بالصحة الجسمية والنفسية ويشعر بالسعادة والتفاؤل، أي يتمتع بالحياة الإيجابية والرضا عن حياته في جوانبها المختلفة الجسمية والصحية والبيئية والاقتدار على الزمن مما يجعل حياته مليئة بالمعاني الإيجابية.

اهتمت الدراسات بمفهوم جودة الحياة المنبثق من علم النفس الإيجابي حيث يؤكد أصحاب هذا الاتجاه أهمية تبني نظرة إيجابية عن الإنسان، فأصبح مفهوم جودة الحياة كما يرى حبيب (2006) جودة الحياة على أنها درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته في النواحي النفسية والمرضية والإبداعية والثقافية والرياضية والشخصية والجسمية والتنسيق بينهما، مع تهيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والإنجاز والتعلم المتصل بالعادات والمهارات والاتجاهات، وكذلك تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف وتبني منظور التحسن المستمر للأداء كأسلوب حياة، وتلبية الفرد لاحتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن والاستمرارية في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم والتعاون بما ينمي مهاراته النفسية الاجتماعية (حبيب، 2006، ص84).

من خلال الدراسات الوبائية والمسحية التي ربطت بين السمعة وجودة الحياة المتعلقة بالصحة والتنبؤ إلى ما تؤول إليه صحة الافراد المصابين بالسمعة باختلاف مؤشر كتلة الجسم وتباين مستوياتهم السوسيوديمغرافية (حسان وزملاؤه، 2003، Hassen et al، فونتان، 2001، fontaine، كاتز، 2000، Katz، جيا، 2005) نظرا لتعقيدها المرتبطة بتعدد العوامل التي تساعد في ظهور الامراض المصاحبة أو تلك التي تساهم في تخطي تأثيراتها والتأقلم مع جودة الحياة هذا المفهوم مكون متعدد الابعاد يمس كل جوانب الشخصية والمعرفية والسلوكية والجسدية والاجتماعية، ان السيطرة على هذه العوامل يتوقف على تعاون المريض والتحكم الذاتي وبناء استراتيجيات والجهود المبذولة سعيا لتحسين جودة الحياة أو المحافظة على شعوره بالمعافاة النفسية والجسدية والاجتماعية وليس غياب المرض أو العجز، وذلك بتجنب السلوكات غير صحية والاعتماد على الحماية الغذائية والممارسة الرياضة وتكثيف النشاط البدني وتغيير وتيرة الحياة اليومية من الحياة الروتينية الخاملة الى الحيوية والنشاط أي العمل على التكيف مع المرض أو مجابهته، وبالتالي ليس بالأمر الهين اذ يتطلب الامر تغييرات رئيسية في نمط الحياة وهذا لا يتحقق الا بتأثير اعتقادات أو ادراكات الفرد على السلوك واختياره لما يساعده على توليد التنبؤ كلي بمستوى الأداء

والتحكم في الميكانزمات التي من خلالها يتكامل الأشخاص ويطبقون مهاراتهم المعرفية والسلوكية والاجتماعية على أداء المهام بنجاح في مستوى معين.

ويؤكد (دودسون, 1994, Dodson) أن جودة الحياة تعكس شعور الفرد بالكفاءة الذاتية وإجادة التعامل مع التحديات ومجابهة المرض، اذن أهمية الكفاءة الذاتية كوسيط بين السلوك والأفكار، وما لها من دور أساسي في اكتساب عادات ومهارات جديدة صحية تتوسط في عملية التكيف مع مرض السمنة وما يصاحبها من امراض مزمنة، لان جميع سلوكياتنا مدفوعة بتحقيق هذه الكفاءة الذاتية التي يبنى عليها الاطار النظري كأحد المتغيرات القابلة للقياس للمشاركين في هذه الدراسة القائمة على نموذج الكفاءة الذاتية، بحيث يبنى هذا النموذج على تصور الفرد وتكيفه مع البيئة المحيطة به.

ووفقا لهذا النموذج فان الإحساس بالكفاءة الذاتية يعد محددًا مهما لنجاح الفرد أو فشله في مختلف المهام التي يضطلع بها. فأطلق شفارتزر على هذه العملية " الدافعية للجدارة" فان ذوي المستويات المرتفعة من كفاءة الذات يظهرون كفاءة معرفية مرتفعة واستراتيجيات مرنة وفعالة في التحكم وإدارة البيئة (عدودة، 2015، ص 8) اذ انه أصبح واضحا أن معتقدات المريض حول المرض ترتبط بدرجة عالية من الثقة بمدى نجاح العلاج، فقد وجد (فخري وزملاؤه، 2016, Faghri et al)، أن الكفاءة الذاتية لها دورًا مهمًا في السلوك الصحي (التمارين والنظام الغذائي)، ويمكن أن يساهم نقصهما في الإصابة بداء السمنة، من بين النماذج التي تجمع بين الكفاءة الذاتية والمتغيرات السلوكية" نظرية السلوك المخطط" التي تؤكد على ان حدوث السلوك الفعلي يتناسب مع مقدار السيطرة التي يمارسها الفرد على سلوكه وقوة نوايا هذا الفرد لتنفيذ. بافتراض ان الكفاءة الذاتية هامة لتحديد القوة التي ينوي بها الفرد تحقيق سلوك ما (Ajzen.i, 1985) للتغلب على داء السمنة يجب الرفع من مستوى الكفاءة الذاتية للتخطي العوائق التي تحول دون إدارة الوزن. لان وباء السمنة ينطوي على تفاعل معقد بين العناصر البيولوجية، والبيئية والاجتماعية والثقافية والسلوكية والمعرفية وعوامل تحفيزية اخرى. وعليه تغيرت أنماط الحياة الاجتماعية والبيئية في سنوات الأخيرة، مما أسهمت بعض الدراسات الحديثة إلى أن السمنة قد تجعل الناس أيضا أكثر عرضة للإصابة وهذا ما تبين في دراسة تنبؤية اجراها (كي يونغ شين وزملاؤه، 2020, ke-yang Chen et al) تنبؤات جودة الحياة المتعلقة بالصحة والعوامل المؤثرة لمرضى COVID-19 ، متابعة خلال شهر واحد، يعاني المرضى من إعاقة جسدية ونفسية كبيرة، لذلك هناك حاجة إلى المراقبة المستقبلية للأفراد المعرضين لـ(SARS-CoV-2) من أجل الفهم الكامل للتأثير طويل المدى لـ COVID-19 ، وكذلك لإبلاغ التدخلات السريعة والفعالة لتخفيف المعاناة وإدارة المرض والتحكم فيه أي تنمية وتعزيز كفاءتهم، كما اثبتت دراسة



منهجية وتحليل بعدي ل (كيبول واخرون, Akibul, et al 2021) تم العثور على زيادة الوزن والسمنة من عوامل الخطر لشدة المرض لمرضى COVID-19. ومع ذلك، يلزم إجراء مزيد من التقييم لمعايير التمثيل الغذائي لتقدير عوامل الخطر لمرضى COVID-19 وفهم الآلية بين COVID-19 ومؤشر كتلة الجسم.

اذن الكفاءة الذاتية لها دور مؤثرا على جودة الحياة الصحية سواء كان التأثير في العوامل النفسية الاجتماعية على الأنظمة الحيوية المتصلة بتعديل الوظائف الجسمية أو العادات الصحية الواقية من المرض أو المخففة للظروف المسببة لهذا الداء (عدودة، 2015)، فمثلا يمكن أن يكون تحديد العوامل التي تؤثر على الكفاءة الذاتية والتحقيق فيها ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) خطوة مهمة نحو الوقاية من السمنة وعلاجها، باعتبارها أخطر مسببات المضاعفات المرضية على أجهزة المريض الحيوية ولهذا أكد الدكتور كارال رولو (carel le roux, 2019) المتخصص في الطب الاستقلابي وإدارة مرض السمنة بجامعة امبريال في لندن قائلاً: "اننا الان نفهم انّ السمنة مرض معقد ومزمن، ومحلّه الجزء الأوسط من الدماغ الذي يتحكم في الجوع والامتلاء، فاذا قمنا بتغيير هذا الجزء الأوسط من الدماغ فسيتمكن المرضى من إنقاص الوزن والحفاظ عليه على المدى الطويل. بينما يتوجب علينا العثور على العلاجات اللازمة سواء كان ذلك من خلال اتباع نظام غذائيا أو القيام ببرامج وتمارين أو تعاطي الادوية أو اجراء عملية جراحية تتيج للمريض ان يصبح اقل جوعا وأكثر رضا، لكن باستثناء الافراد الذين لا تتج معهم جميع العلاجات، والوجبات الغذائية الصحية، والحمية، والأدوية، والعمليات الجراحية (خوجة، 2019، 06 ديسمبر).

تعتبر المقاربات النفسية والمعرفية ان استجابة الافراد تعزى لأسباب تعبر عن نجاحهم أو فشلهم إلى جانب أو أكثر من الجوانب كالقدرة العقلية أو الجهد أو الخطأ أو صعوبة المهمة وغيره... ولهذا السبب يجب علينا نحن كباحثين وكأخصائيين ان نعزز وننمي هذا المورد الهام الذي يعد من الاشكال العلاجات الأساسية للأمراض المزمنة " السمنة" لان العلاج الجسمي غير كاف بمفرده، أو بعض السلوكيات الخاطئة كما اقر به الطبيب النفسي ابلو" ان هذا المنظور عندما يوضح ان السمنة ناتجة الى حد كبير عن القرارات السيئة مثل الافراط في تناول الطعام أو اتخاذ المزيد من الأغذية غير صحية. كما أكد باري وآخرون ان "السلوك الاثم هو السبب المهم للسمنة" أي ان النظرية المعرفية بحثت في اعتقاد الفرد لقدرته على التحكم في تصرفاته وسلوكياته. أما نظرية التوازن البيولوجي ترجع السبب لكفاءة الافراد الخاصة داخل اجهزته للسيطرة والتحكم في وزن الجسم والدهون ويطلق عليها نقطة التوازن أو الاستقرار، ويعتمد هذا على مدى استعداد الجسم لتخزين كميات الدهون ومعدل التمثيل الغذائي وهذا الاخر يعبر عن التفاعلات الكيميائية التي تحدث داخل كل خلية من خلايا الكائنات الحية، والتي تعمل على توفير الطاقة للعمليات الحيوية وإنتاج المواد العضوية

الجديدة، اما الدكتور المؤمن والذي يعمل مديرا للمركز الطبي بالخبر أن سبب السمنة يعود للعوامل البيئية والوراثية إلى جانب بعض الأمراض الباطنية أو النفسية وكذلك استخدام بعض الأدوية.

تتلخص جدوى هذه الدراسة الى التعرف على قوة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى عينة من البدناء البالغين في المجتمع الجزائري، رغم ان معدل انتشار الوباء في تزايد عالميا وعربيا، وللكشف عن التفاعل بين متغيرات الدراسة انصبت جهود العلماء لإيجاد العلاقة ومدى تأثير السمنة على ابعاد جودة الحياة باختلاف قدرة الافراد من حيث مستوى الكفاءة وتباين المتغيرات الوسيطة السوسيوديمغرافية (السن والجنس، والمستوى التعليمي، الاقتصادي، والحالة الاجتماعية، وكذا الامراض المصاحبة ومدة المرض) وللكشف عن هذه الديناميكية النفسية المعرفية البيولوجية متعددة المناحي بين متغيرات الدراسة الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة قمنا بطرح إشكالية الدراسة كآتي:

### - ما طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصابين بالسمنة؟

وكما هو متداول في الأبحاث والدراسات الأكاديمية منهجيا تنبثق عدة تساؤلات الفرعية الناتجة عن التساؤل الرئيسي وهي كما يلي:

1. ما مستوى الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالسمنة؟
2. هل توجد علاقة بين الكفاءة الذاتية وابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة؟
3. هل توجد فروق في كل من درجة الكفاءة الذاتية تعزى لكل من المتغيرات السوسيوديمغرافية (السن والجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي، والوضعية الاجتماعية والامراض المصاحبة ومدة المرض) لدى عينة الدراسة؟
4. هل توجد فروق في كل من ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة تعزى لكل من المتغيرات (السن، الجنس، المستوى التعليمي، والاقتصادي، والحالة الاجتماعية، والامراض المصاحبة ومدة المرض) لدى عينة الدراسة؟
5. هل يوجد أثر للكفاءة الذاتية على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة؟
6. هل يوجد أثر لجودة الحياة المتعلقة بالصحة على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة؟
7. هل يوجد أثر لتفاعل كل من الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة؟
8. هل يوجد أثر تفاعل بين الامراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة؟

9. أثر الامراض المصاحبة ومدة الازمان على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة

الدراسة؟

## 2. أهداف الدراسة:

الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على قوة العلاقة بين متغيراتها أي اختبار مستوى الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة البالغين من المجتمع الجزائري. بغية توضيح الية مواجهة المرض والتحكم فيه، بالإضافة الى دور العوامل الوسيطة (الشخصية الاجتماعية والبيئية) من حيث الفروقات التي تعزى الى الجنس والسن والمستوى التعليمي وعلى تأثيرهما كسمات شخصية واجتماعية وثقافية في التكيف مع المرض وإدارة الذات والتنظيم الذاتي للتحسين جودة الحياة. وذلك من خلال:

1. الكشف عن مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة.

2. الكشف عن علاقة بين الكفاءة الذاتية وابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

3. الكشف عن الفروق في كل من درجة الكفاءة الذاتية تعزى لكل من المتغيرات السوسيوديمغرافية

(السن والجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي، والوضعية الاجتماعية والامراض المصاحبة ومدة

المرض) لدى عينة الدراسة.

4. الكشف عن الفروق في كل من ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة تعزى لكل من المتغيرات

السوسيوديمغرافية (السن، الجنس، المستوى التعليمي، والاقتصادي، والحالة الاجتماعية، والامراض

المصاحبة ومدة المرض) لدى عينة الدراسة.

5. الكشف عما إذا كان هناك هناك أثر للكفاءة الذاتية على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة.

6. الكشف عما إذا كان هناك أثر لجودة الحياة المتعلقة بالصحة على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة

الدراسة.

7. الكشف عما إذا كان هناك أثر لتفاعل كل من الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة

الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة؟

8. الكشف عن أثر التفاعل بين الامراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم على ابعاد جودة الحياة المتعلقة

بالصحة لدى عينة الدراسة؟

9. الكشف عن أثر الامراض المصاحبة ومدة المرض على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى

عينة الدراسة.

## 3. أهمية الدراسة:

في ضوء مشكلة الدراسة والتساؤلات المطروحة والمحددات النظرية والدراسات السابقة، تبرز أهمية هذه الدراسة في أنها تتناول موضوع من المواضيع الهامة في المجتمع الجزائري الذي نتصدى لدراسته سعياً لمعرفة قوة وطبيعة العلاقة القائمة بين متغيرات الدراسة " الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصابين بالسمنة" والنتائج العلمية المتوقع الوصول إليها من خلال هذه الدراسة، والتي ستكون مبنية على بيانات مباشرة من خلال استجابات المشاركين " البدناء" على مقياس الكفاءة الذاتية ومقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة من المجتمع وفق مؤشر كتلة الجسم المتحصل عليه بحساب الوزن مقسوم على الطول مربع  $BMI=kg/m^2$ ، لان وباء السمنة من الموضوعات الهامة التي حظيت باهتمام الباحثين في مجالات علم النفس والتغذية والطب والاقتصاد والاجتماع... والرأي العام على كافة المستويات المحلية والعربية والدولية، لان كافة المجتمعات الإنسانية تعاني من انتشار نسبة السمنة وما يترتب عنها من أضرار صحية، فالمأمول أن تكمل هذه الدراسة بعض النقص المعرفي في الدراسات النفسية-اجتماعية على وجه الخصوص في المجتمع الجزائري. أيضا محاولة تغطية النقص في دراسات علم النفس، وعلم نفس الصحة في مجال التغذية من خلال إثراء المعرفة العلمية والمشاركة في جهود الباحثين التي تهدف إلى التعرف على أسباب انتشار السمنة وتأثيرها على جودة الحياة الصحية، وتباين التحكم الذاتي وادارتها حسب الأفراد والنسق الثقافي والبيئة المحيطة به. إثراء المكتبة الجزائرية والبوابة الوطنية بإسهامات ما جاء في هذا البحث حول موضوع السمنة وارتباطها بمتغيرات علم النفس الإيجابي محاولة التوصل الى كم من النتائج العلمية التي تساهم في فهم وتفسير الظاهرة موضوع الدراسة ومقارنتها بما وصلت اليه الدراسات الأجنبية ليتسنى للباحثين اعتمادها كمرجع حديث في البيئة العربية عامة والجزائرية خاصة.

ومنه ارتأينا ان تكون هذه الدراسة واحدة من الإسهامات العلمية لأنها تعبر عن تفشي وباء السمنة في المجتمع الجزائري وبالأخص مدينة بسكرة، حيث عينة الدراسة تكاد تكون صادقة لم تعانيه من ارتفاع معدلات السمنة.

كما تبرز أهمية الدراسة في تكييف المقاييس المعتمدة ومطابقتها لمتغيرات الدراسة الحالية" مقياس الكفاءة الذاتية" ومقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة المرخص من طرف منظمة الصحة العالمية بالنسخة العربية. (who,2015)

## 4. الدراسات السابقة:

اهتمت اغلب المدارس النفسية بموضوع الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة والأبحاث التي تقوم بها حول هاذين المتغيرين من اجل تفسير ووضع نماذج تأثير الكفاءة الذاتية من الإصابة بالأمراض المزمنة وتأثر جودة الحياة الصحية ومن ذلك وضع برامج وقائية وعلاجية ضمن رافد علم النفس الإيجابي، وظف بعض الباحثين مفهوم الكفاءة من أجل التحكم في السلوكيات الصحية ومن جانب آخر من اجل وقاية من هذه الأمراض أو التكيف معها رغم أن الكفاءة الذاتية تساعد على تمكين المريض من مجابهة المرض.

تعددت الدراسات حول الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وتقييم مستوى الكفاءة الذاتية وتأثيرها على جودة الحياة لدى عينات متباينة في مجتمعات مختلفة غربية أوروبية عربية، وذلك من اجل تشخيص اعتراض اضطرابات النفسية والصحية وكيفية التحكم فيها أو مجابهتها لتقديم علاجات نفسية، وتؤكد من مدى تأثير الأمراض المزمنة أو الضغوط النفسية على مجالات جودة الحياة، والبحث في الأسباب والعوامل المفجرة للإصابة بالمرض، كما تؤكد دراسات أخرى على تأثير مستوى الكفاءة الذاتية على أبعاد جودة الحياة والتحكم في المرض، وقد يمتد أثرها إلى مدى طويل وهنا نقطة الفصل فيما ينتج عنها فتصبح مرضا مزمنًا.

إن أسباب التعرض للإصابة بالأمراض المزمنة متعددة ومتباينة جدا من حيث المجتمعات ونمط المعيشة، حيث أشارت دراسة (ويليام واخرون، 1997، William c et al). إن نسبة الذين يتعرضون لمرض مزمن في المجتمع الأمريكي (88%). كما أن العديد من الأمراض المزمنة ترتبط ببعوامل نفسية أو اجتماعية أو بيئية أو تفاعل بعض من العوامل فيما بينها، حيث خلصت دراسة (قوارج وصالي، 2017) الى ان نسبة الوفيات من الامراض المزمنة 63% من بين الامراض المزمنة التي لها تأثير على الصحة ونمط الحياة. كما هو الحال بالجزائر حيث كشفت رئيسة مصلحة الأسباب الطبية للوفيات بالمعهد الوطني للصحة العمومية السيدة، صورية بلعمري " ان الأمراض المزمنة تتسبب في نسبة 57 بالمائة من الوفيات المسجلة بالجزائر، حيث نسبة 66 بالمائة من بينهم من الفئة العمرية (30-69 سنة) تتوفى مبكرا. (<https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/100791-50>)

تتباين نسبة وبائية السمنة تبعا لأسبابها، ففي الدول المتقدمة والصناعية بينت الدراسات التي أجريت في العقدين بما تلاها من تطورات متسارعة في نمط الحياة وأسلوب العيش، ارتفع معدل السمنة بشكل مطرد منذ تسجيله الأو لي عام 1962 بنسبة (23%) بحلول عام 2014،، وجدت الأرقام الصادرة عن مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) أن أكثر من ثلث (تقدير أو لي 36.5%) من البالغين الأمريكيين المركز الوطني للإحصاءات الصحية في مركز السيطرة على الأمراض في أحدث إحصاءاته أن 42.4% من

البالغين في الولايات المتحدة يعانون من السمنة اعتبارًا من 2017-2018 (43% للرجال و41.9% للنساء). ومن هذا المقال نولي الاهتمام لما يعانيه المجتمع الجزائري لان هناك من يؤمن بالاعتقاد الخاطيء بان السمنة معيار الجمال ويضفي قيمة اجتماعية للبدن، ورمز الصحة والقوة لان الكثير لا يعرف عن تاثير السمنة على الحالة الوظيفية ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQL)

[https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult\\_bmi/index.htm](https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.htm)

• في دراسة (دافيد كاتز، 2001، David A Katz)

اهتمت هذه الدراسة بتأثير السمنة على جودة الحياة المتعلقة بالصحة حيث اعتمدت على عينة قوامها (2931 مريضا) يعانون من حالات طبية ونفسية مزمنة، تم الحصول على مؤشر كتلة الجسم (BMI) والحالات الطبية المزمنة والاكتئاب عن طريق مقابلة منظمة. تم قياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة بواسطة المسح الصحي SF-36 المرضى الذين يعانون من زيادة الوزن (مؤشر كتلة الجسم 25.0 - 29.9 كجم / م 2)، والمرضى الذين يعانون من السمنة من الفئة الأولى (مؤشر كتلة الجسم 30.0 - 34.9 كجم / م 2)، والمرضى الذين يعانون من السمنة من الدرجة الثانية إلى الثالثة (مؤشر كتلة الجسم 35 كجم / م 2) توصلت نتائج هذه الدراسة الى ان الدرجات الوظيفية البدنية (بنسبة 3.4 و 7.8 و 13.8 نقطة على التوالي) مقارنة بالمرضى غير ذوي الوزن الزائد. المرضى الذين يعانون من السمنة من (درجة 1 ودرجة 2 ودرجة 3) لديهم أيضا درجات الصحة المدركة عامة معدلة أقل بشكل ملحوظ (بمقدار 2.8 و 4.4 نقطة على التوالي) ودرجات حيوية معدلة أقل (بمقدار 4.0 و 7.1 نقطة على التوالي)، مقارنة مع المرضى ذوو الوزن الطبيعي. كما لم يلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذين يعانون من زيادة الوزن، والسمنة على مقياس الصحة النفسية. اما النساء ذوات مؤشر كتلة الجسم المرتفع لديهن درجات أقل بكثير من HRQOL مقارنة الرجال البدنيين في عدة مجالات.

• كما أوضحت دراسات ريفال بيسيتيل (2017، Rafael busutil et al)

ان مؤشر كتلة الجسم هو عامل توضيحي لنوعية الحياة المدركة للذات، خاصة عند النساء والأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 64 عامًا، قد تكون هذه النتائج مفيدة في تصميم سياسات الوقاية أو العلاج الصحية لاستهداف السمنة بين السكان الإسبان لذلك فان دراسة متغير جودة الحياة المتعلقة بالصحة ذات أهمية في الوقاية النفسية ومضاعفاتها على الصحة الجسدية والنفسية على حد سواء.

• في دراسة فرناندب بيمونتا (frenandab.c.pimenta et al,2015)

بحثت هذه الدراسة عن العلاقة بين السمنة ونوعية الحياة لدى البالغين البرازيليين، وكان الهدف من هذه الدراسة هو التحقيق في العلاقة المحتملة بين السمنة، المحددة بواسطة مؤشر كتلة الجسم (BMI) وجودة الحياة (QoL) التي تم تقييمها باستخدام النسخة القصيرة من مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL) في سكان البرازيل. تكونت العينة من 30 رجلاً و30 امرأة، مقسمة إلى ثلاث مجموعات وفقاً لمؤشر كتلة الجسم (الوزن الطبيعي، والسمنة، والسمنة المفرطة). حيث أشارت النتائج إلى أن المجموعات ذات مؤشر كتلة الجسم المنخفض ادى لارتفاع مستوى جودة الحياة (QoL) أفضل من المجموعات ذات مؤشر كتلة الجسم المرتفع. كما تتعارض زيادة الوزن مع جودة الحياة (QoL) بالتساوي في كلا الجنسين، مع عدم وجود فرق بين الرجال والنساء. أشارت النتائج إلى وجود ارتباط بين زيادة مؤشر كتلة الجسم وانخفاض (QoL) في جميع مجالات (WHOQOL) بالنسبة لمجموع الدرجات والنتائج في المجالات الجسدية والنفسية، أشارت النتائج إلى انخفاض خطي في جودة الحياة (QoL) مع زيادة مؤشر كتلة الجسم (BMI)، واقترح التحليل أيضاً ان ارتفاع الأمراض المصاحبة مع زيادة مؤشر كتلة الجسم له تأثير على جودة الحياة.

• أما دراسة انتونيو توراس (Antonio Torres ,2017)

التي بينت تأثير السمنة على جودة الحياة المتعلقة بالصحة في اسبانيا، سعيًا منها تقييم تأثير مؤشر كتلة الجسم (BMI) على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL) مع التركيز بشكل خاص على مؤشر كتلة الجسم الاكبر من 35 كغ ( $BMI \leq 35$ )، معتمداً على المسح الوطني للصحة الإسبانية (SNHS) لسنة (2011-2012)، تم قياسه من خلال استبيان EuroQol-5D-5L ومؤشر كتلة الجسم (BMI)، وبحساب تحليل الانحدار الخطي للمقياس التناظري المرئي (VAS) EuroQol-5D-5L وانحدارات الاحتمالات لكل من الأبعاد الخمسة لـ (EuroQol-5D-5L). خلصت نتائج الدراسة ان مؤشر كتلة الجسم هو عامل توضيحي لنوعية الحياة المدركة للذات. ترتبط السمنة بسوء (HRQOL) خاصة عند النساء والأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 64 عامًا.

• كما أوضحت دراسة هاوميواركا (Haomiao et Erica ,2005)

باستخدام بيانات من مسح لوحة الإنفاق الطبي لعام 2000 تأثير السمنة على جودة الحياة المرتبطة بالصحة في عموم سكان الولايات المتحدة البالغين. تم تصنيف المستجيبين أكبر من أو تساوي 18 سنة على أنهم يعانون من نقص الوزن والوزن الطبيعي وزيادة الوزن والسمنة من الدرجة الأولى والسمنة من

الدرجة الثانية بناءً على مؤشر كتلة الجسم لديهم. وتم قياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQL) بواسطة درجات الملخص المكونة من عنصرًا الجسدية والنفسية (PCS-12) و (MCS-12)، على التوالي ومؤشر (EuroQol EQ-5D) والمقياس التناظري المرئي (EQ VAS) تم فحص تأثير السمنة على (HRQL) من خلال حساب الانحدار الخطي متعدد. كانت الانخفاضات في معدل ضربات القلب للسمنة الشديدة مماثلة للانخفاضات التي لوحظت في مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم. أما الأشخاص الذين يعانون من السمنة المعتدلة أو الذين يعانون من زيادة الوزن لديهم أيضًا درجات أقل بشكل ملحوظ في ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQL)، لا سيما على مؤشر (PCS-12) و (EQ-5D) كان لدى الأشخاص الذين يعانون من نقص الوزن أيضًا درجات أقل من (MCS-12) و (EQ VAS) والأشخاص الذين يعانون من السمنة لديهم معدل ضربات القلب أقل بكثير من أولئك الذين يتمتعون بوزن طبيعي، وشهدت مثل هذه الدرجات المنخفضة حتى بالنسبة للأشخاص الذين ليس لديهم أمراض مزمنة معروفة بارتباطها بالسمنة.

• أما دراسة توماس (thomas lung et al ,2018)

بحثت عن تأثير الوزن الزائد والسمنة على جودة الحياة المدركة لدى البالغين الاستراليين، باستخدام عينة تمثيلية على المستوى الوطني من (12091) بالغًا تتراوح أعمارهم بين (20 و 69 عامًا) من المسح الصحي الوطني الأسترالي 2014 لتقديم المدخلات السكانية البالغة (14.9 مليون)،، فقد توصلت الدراسة الى ان زيادة الوزن والسمنة ترتبط بالوفاة المبكرة في جميع الأعمار، لكل من الرجال والنساء على حد سواء، أي يعاني البالغون الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و 39 عامًا، والذين يعانون من السمنة المفرطة من أكبر معدل خسارة في الوزن الصحي. وعليه يجب القيام بالمزيد من وضع استراتيجيات متماسكة ومستدامة وفعالة من حيث التكلفة للحماية من زيادة الوزن والسمنة، خاصة بالنسبة للرجال في مرحلة البلوغ المبكر في استراليا.

• وفي دراسة بابلو (Pablo Franquelo Morales ,et al ,2016)

اهتم بتقييم العلاقة بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة، والسمنة، واللياقة البدنية، ونوعية النوم لدى الشباب دراسة كوينكا للبالغين، تم ترميز المتغيرات (أ) متوسط الفروق في HRQoL بين نسبة كتلة الدهون، واللياقة القلبية التنفسية (CRF) وفئات نوعية النوم، و(ب) الارتباطات المستقلة بين نسبة كتلة الدهون و (CRF) ونوعية النوم مع (HRQoL)، حيث تضمنت العينة 376 طالبًا، تتراوح أعمارهم بين (18 و 30 عامًا)، من جامعة كاستيلا-لامانشا في كوينكا، إسبانيا (خلال الفترة 2009-2010) (2). حيث أظهرت نماذج الانحدار الخطي المتعدد ان " CRF مرتبطاً بـ MCS ( $\beta = 0.25, p = .031$ ) لدى الرجال، وكانت جودة النوم مرتبطة بـ PCS ( $\beta = -0.24, p = .027$ ) و MCS ( $\beta = -0.38, p < .001$ ) لدى



النساء، ارتبط CRF بـ PCS ( $\beta = 0.17, p = .018$ )، ونوعية النوم مع MCS ( $\beta = -0.44, p < .001$ )، تشير النتائج التي توصلت إليها هاته الدراسة إلى أنه بغض النظر عن السمنة واللياقة البدنية، فإن اتباع عادات نوم جيدة قد يؤثر بشكل إيجابي على نوعية الحياة لدى الشباب.

• وفي دراسة اجراها مونسونغ هو (Moonseong Heu et al, 2003)

سعت لتقدير العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم (BMI) ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQL)، وفحص ما إذا كانت آلام المفاصل والأمراض المصاحبة للسمنة تتوسط العلاقة بين (BMI-HRQL)، ومن خلال الدراسات الاستقصائية القائمة على المسح السكاني في عام 1999 لعوامل الخطر السلوكية. تمثلت العينة (989،155) مشاركا من البالغين تم تصنيفهم وفقاً لمؤشر كتلة الجسم ناتج عن قسمة الوزن على الطول مربع ( $BMI = kg/m^2$ )، نقص الوزن (18.5 كجم / م<sup>2</sup>)، الوزن المرغوب (أكبر من 18.5 إلى 24.9 كجم / م<sup>2</sup>)، الوزن الزائد (25 إلى 29.9 كجم / م<sup>2</sup>)، فئة السمنة 1 (30 إلى 34.9 كجم / م<sup>2</sup>)، فئة السمنة الثانية (35 إلى 39.9 كجم / م<sup>2</sup>)، والفئة الثالثة (40 كجم / م<sup>2</sup> فما فوق) السمنة المرضية. فظهرت نتائج الدراسة بعد التعديل حسب العمر والجنس والعرق والتدخين والتعليم والدخل، وجود ارتباطات على شكل حرف (j) بين مؤشر كتلة الجسم و HRQL، مقارنة بالبالغين ذوي الوزن المرغوب فيه، ونقص الوزن، وزيادة الوزن، والسمنة من الفئات الأولى والثانية والثالثة [نسبة الأرجحية 1.57 (OR) ، 1.19 ، 1.95 ، 2.72 ، و 4.36، على التوالي كانت معنوية (P 0.001) أكثر ميلاً للإبلاغ عن حالة صحية عامة عادلة / سيئة بالنسبة لأيام غير الصحية التي تسببها مشاكل جسدية، كان معدل الأرجحية المقابل 1.51 و 1.15 و 1.66 و 2.27 و 3.61 (p<0.001) بالنسبة لأيام غير الصحية الناتجة عن مشاكل نفسية، كانت نسب الأرجحية 1.35 و 1.14 و 1.43 و 1.57 و 2.25 (p<0.001) بالنسبة لمجموع الأيام غير الصحية، كانت نسب الأرجحية المقابلة 1.27 و 1.09 و 1.37 و 1.73 و 2.46 (P<0.01) إضافة لآلام المفاصل والأمراض المصاحبة للسمنة إلى نماذج أقل ارتباطاً (BMI-HRQL). خلصت نتائج هذه الدراسة إلى أن الارتباطات بين ابعاد HRQL ومؤشر كتلة الجسم على شكل حرف (j) قد يتوسط آلام المفاصل والأمراض المصاحبة المرتبطة (BMI-HRQL).

• أما دراسة جينا شو (Jina Choo, 2013)

اهتم بدراسة الفروق بين الجنسين في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والمرتبطة بسمنة البطن لدى السكان الكوريين بواسطة الدراسة المقطعية إلى تحديد ما إذا كانت السمنة في منطقة البطن، وفقاً لقياس محيط الخصر (WC) ، سترتبط بشكل كبير بـ HRQOL بغض النظر عن السمنة الشاملة باستخدام بيانات

من المسح الوطني لفحص الصحة والتغذية في كوريا (2007-2009). بحيث تم اختيار 13754 رجلاً وامرأة تتراوح أعمارهم بين (19 و 65 عامًا)، ومعلومات حول الطول (سم) والوزن (كجم) محيط الخصر (سم) و (EuroQOL-5) تم الحصول على درجات أبعاد (EQ-5D) ل (HRQOL). بعد التعديل العمر والجنس والمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية وعدد من الأمراض المصاحبة، وظهرت نتائج الدراسة من بين السكان الكوريين الذين تتراوح أعمارهم بين (19 و 65 عامًا)، وارتبطت السمعة في منطقة البطن بخلل HRQOL، بغض النظر عن السمعة الكلية، علاوة على ذلك، اختلف هذا الارتباط حسب الجنس، وكان مهمًا للنساء فقط.

• دراسة يونغران (Youngran Yang, 2016)

سعت هذه الدراسة إلى مقارنة العلاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) وأربعة أنواع من صحة الجسم حسب الجنس. شملت الدراسة (6217 رجلاً و 8243 امرأة) فوق سن 30 عامًا، تم اختيارهم من مسح قائم على السكان. تم قياس (HRQoL) جودة الحياة المتعلقة بالصحة باستخدام استبيان الصحة (EQ-5D)، بناء عليه تضمنت النتائج خمسة أبعاد (التنقل، والرعاية الذاتية، والنشاط المعتاد، والألم / الانزعاج، والقلق / الاكتئاب)، بحساب تحليلات الانحدار اللوجستي الثنائي متعدد المتغيرات للعينة المعقدة لضبط المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية وعوامل نمط الحياة والاعتلال المشترك للمرض. كانت النتائج النساء في مجموعة (MANW) ظروفًا أسوأ من جميع الأبعاد وضعف (HRQoL) مقارنة بالرجال الآخرين. ومع ذلك، لم يبق أي تأثير كبير بعد تعديل المتغيرات المشتركة ذات الصلة. بالنسبة للنساء، كانت مجموعة (MAO) هي الأكثر تضررًا من (HRQoL) تليها مجموعة (MHO) الإناث تلك في مجال التنقل ومتغير HRQoL المعطل لمجموعات (MAO) و (MHO) مهمًا عند التحكم في جميع المتغيرات المشتركة في النموذج. وخلصت نتائج الدراسة إلى أن (MANW) هي الحالة الأقل ملاءمة لـ (HRQoL) للرجال، مما يشير إلى أن صحة التمثيل الغذائي قد ترتبط بـ (HRQoL) أكثر من السمعة للذكور، أما لدى النساء كانت مجموعات (MAO) و (MHO) هي الأكثر تضررًا من (HRQoL)، مما يعني أن (MHO) ليس حالة صحية مواتية وأن السمعة بشكل عام قد ترتبط بقوة بـ (HRQoL) بجودة الحياة المتعلقة بالصحة عند النساء.

• أما دراسة ايدواردومانيسي واخرون (EDOARDO MANNUCCI et al , 1999)

هدفت الدراسة لتقييم جودة الحياة والوزن الزائد باستخدام استبيان السمعة المتعلق بالرفاهية (ORWELL 97) لفحص شدة الضائقة الجسدية والنفسية الاجتماعية وأهميتها الذاتية تم إجراء تطوير والتحقق من صحة مقياس تم الإبلاغ عنه ذاتيًا لنوعية الحياة المتعلقة بالسمعة، والرفاهية المرتبطة بالسمعة

(ORWELL 97) تم التحقق من صحة السؤال في عينة من 147 مريضاً يعانون من السمنة المفرطة (99 أنثى، 48 ذكور). تم إجراء مقابلة لفحص تناول الطعام، ومقابلة تشخيصية منظمة لـ DSM-III-R معايير DSM-IV لاضطراب الأكل بنهم)، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الأكل بنهم، وقلق مقياس الحالة (1و2) وأظهرت النتائج ان المرضى الإناث البدينات أقل نوعية حياة، ويبدون شدة السمنة تتداخل مع الأداء البدني بدلاً من الحالة النفسية والتكيف الاجتماعي كما يبدو أن استبيان ORWELL 97 هو مقياس بسيط وموثوق به لنوعية الحياة المرتبطة بالسمنة، والتي يمكن استخدامها في الممارسة السريرية الحالية.

• وفي دراسة مارني وايت (Marney A. White, 2004)

لتقييم نوعية الحياة المرتبطة بالجنس والعرق والسمنة في مستويات السمنة القصوى، سعت الدراسة هاته إلى توسيع الأدبيات الموجودة من خلال التحقيق في عينة فرعية شديدة من السكان الذين يعانون من السمنة المفرطة. تم جمع البيانات من (512 شخصاً) يسعون لإجراء جراحة المجازة المعدية (متوسط مؤشر كتلة الجسم 53.3). حيث أكدت النتائج فرضيات الدراسة. بشكل عام، أبلغت النساء البيض عن ضعف أكبر في QOL، على الرغم من انخفاض مؤشر كتلة الجسم بشكل ملحوظ عن المجموعات العرقية / الجنس الأخرى. مقارنة بالدراسات السابقة، فإن العلاقات التي يتم تقديمها بين مؤشر كتلة الجسم و QOL قد تم تخفيفها إلى حد ما. خلصت هذه الدراسة إلى ان مجالات QOL قد تتأثر بشكل تفاضلي بدرجة السمنة. هذه العلاقات ليست متجانسة بين السكان الذين يعانون من السمنة المفرطة.

• أوضحت دراسة وين ليغتسا وآخرون (Wen-Ling Tsa et al, 2004)

تأثير السمنة على المشاكل الطبية وجودة الحياة في تايوان، استطلعت الدراسة المقطعية في الفترة من يناير 2002 إلى يونيو 2003 (6318 تايوانياً 3540 رجلاً و2778 امرأة) قاموا بزيارة مراكز الفحص الصحي في جنوب تايوان. تم قياس جودة الحياة بالاعتماد على استبيان (SF-36)، بعد التعديل حسب العمر ونمط الحياة والعوامل الاجتماعية الديموغرافية، وبعد مقارنة الأشخاص مع الأشخاص الذين ليس لديهم زيادة في الوزن أو السمنة (مجموعة مرجعية)، لوحظ اتجاه متزايد لتأثيرات مؤشر كتلة الجسم بناءً على هذه الفئة المرجعية على ارتفاع ضغط الدم، فرط كوليسترول الدم، فرط شحوم الدم، النوع الثاني من مرض السكري، فرط حمض يوريك الدم، ضعف وظائف الرئة، مرض الكبد الدهني، وهشاشة العظام في كلا الجنسين ( $p < 0.01$ )، فيما يتعلق بجودة الحياة، لوحظ أيضاً اتجاه متزايد لتأثيرات مؤشر كتلة الجسم على نتائج الأداء الجسدي والألم الجسدي لكلا الجنسين وتقييد الدور بسبب المشاكل الجسدية للمرأة ( $p < 0.05$ ) على وجه التحديد، كان مجال الأداء البدني فقط. بما في ذلك الأنشطة اليومية مثل صعود السلالم أو

الانحناء أو المشي أو بعض الأنشطة المعتدلة، مرتبطاً بشكل كبير بالسمنة وكان مقصوراً على السمنة من الدرجة الثانية.

• كما سعت دراسة رشال ابال (Rachel Apple et al,2018)

لتقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) ومؤشر كتلة الجسم (BMI) وأنماط السلوك الصحي في عينة مجتمعية مكونة من (2856) تراوح أعمارهم بين (45-70) من الأشخاص الذين لا يعانون من أمراض مصاحبة طبية طويلة الأمد. منهم 24% صنّفوا على أنهم وزن طبيعي، 49% وزن زائد، 20% سمنة و 7% بدناء جدا. تم استخدام أداتين مختلفتين من (HRQoL) استبيان المسح الصحي القصير النموذج (SF-36) والأداة المستندة إلى التفضيل. EuroQol (EQ-5D)، فظهرت النتائج انخفاض خطياً في جميع المكونات الفيزيائية لـ (SF-36) وفقاً لفئات مؤشر كتلة الجسم لدى النساء. أما لدى الرجال، أظهر مقياس الأداء البدني الضعيف فقط الخطية مع ارتفاع مؤشر كتلة الجسم. لم تختلف الدرجات الخاصة بالمكونات الذهنية من خلال المعادلة الخطية باختلاف فئات مؤشر كتلة الجسم في أي من الجنسين. انخفض مؤشر EQ-5D والمقاييس التناظرية البصرية (EuroQol) بشكل خطي مع ارتفاع مؤشر كتلة الجسم لدى النساء فقط. وزيادة مستوى مؤشر كتلة الجسم لدى النساء أكثر منه لدى الرجال. لا تختلف المكونات العقلية لـ HRQoL بين فئات مؤشر كتلة الجسم في أي من الجنسين.

• بينما اعتمدت دراسة (Rachel Apple et al , 2018)

على توضيح العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم (BMI) ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) ، خاصة بين مجموعات فرعية معينة من السكان ومجالات الصحة النفسية والبدنية، باستخدام انحدار المربعات الصغرى العادية. فظهرت النتائج ان معظم المشاركين 10133 من الإناث (71.7%)، البيض (84.1%)، متوسط العمر 52.1 سنة (معدل الذكاء 37.2-63.3)، ومتوسط مؤشر كتلة الجسم 27.9 (معدل الذكاء 24.0-33.2). في النماذج المعدلة، ارتبط مؤشر كتلة الجسم بشكل كبير مع HRQOL الجسدي والنفسي ( $p < 0.001$ ) بالنسبة إلى HRQoL الفيزيائية، كان هناك تفاعل كبير مع العمر ( $p = 0.2$ ) بالنسبة إلى HRQoL النفسي، كان هناك تفاعل كبير مع الجنس ( $p = .0004$ ) ولكن ليس العمر ( $p = 0.7$ ) ، وخلصت الدراسة الى ان توجد علاقة غير خطية ذات صلة سريرية متغيرة بين مؤشر كتلة الجسم و HRQoL بعد تعديل العوامل الديموغرافية والأمراض المصاحبة. العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم و (HRQoL) دقيقة وتتأثر بالجنس والعمر.

## • دراسة اندرو وكاران (Andrew et Karen, 1996)

الغرض من هذه الدراسة هو تحديد ما إذا كانت منهجية Q ستحدد أنواعًا متميزة من معتقدات الكفاءة الذاتية للتحكم في الوزن لدى النساء البدنيات، والتي يمكن ربطها بنتائج برنامج إنقاص الوزن، شاركت أربع وخمسون امرأة (45±9 سنة) انحراف معياري ومتوسط (136±10%) من وزن الجسم المثالي في برنامج فقدان الوزن الغذائي / السلوكي لمدة 9 أشهر. ظهرت فئتان رئيسيتان للفعالية الذاتية من خلال التحليل العاملي (المؤمنين، غير مؤمنين) كان لدى المؤمنين (ن = 28) أقوى معتقدات الكفاءة الذاتية، وفي الأساس أفادوا بشكل كبير ( $p < .01$ ) زيادة احترام الذات واكتئاب أقل من غير المؤمنين (العدد = 26). من خلال المعالجة اللاحقة، فقد المؤمنون وزنًا أكبر بكثير ( $10 \pm 6$  مقابل  $7 \pm 7$  كجم). أظهرت إعادة تجميع البيانات للتحليل حسب أنواع الكفاءة الذاتية بعد المعالجة التحولات في معتقدات الكفاءة الذاتية للنساء أثناء العلاج. أولئك الذين كانوا غير مؤمنين في الأساس لكنهم أصبحوا مؤمنين بعد العلاج (ن = 7) فقدوا ضعف وزن النساء اللاتي كن غير مؤمنات (ن = 19) ( $10 \pm 7$  كجم مقابل  $5 \pm 5$  كجم). خسر المؤمنون بعد العلاج (ن = 32) وزنًا أكبر بكثير من غير المؤمنين (العدد = 22) ( $10 \pm 6$  مقابل  $5 \pm 6$  كجم)، وأبلغوا عن احترام الذات والمزاج وأنماط الأكل بشكل أفضل. وبالتالي، فإن تقييم أنظمة المعتقدات الجوهرية، لا سيما الكفاءة الذاتية للتحكم في الوزن، قد يوفر اتجاهات جديدة لتصميم التدخلات التي تستهدف احتياجات مختلفة بوضوح للنساء البدنيات للتأثير على فقدان الوزن بشكل أكبر والحالات العاطفية الأكثر إيجابية. تأتي أنواع الفعالية الذاتية للتحكم في الوزن والتحويلات على نتائج فقدان الوزن لدى النساء البدنيات.

## • أما دراسة ماتثاو كلارك وآخرون (Matthew M. Clark et al, 1996)،

تغير الكفاءة الذاتية بعد علاج السمنة، اعتمدت هذه الدراسة على تقييم تغييرات في الكفاءة الذاتية بعد علاج السمنة، حيث اعتبرت الكفاءة الذاتية مكونًا مهمًا في علاج السمنة، أظهر 26 شخصًا يعانون من السمنة تحسنًا ملحوظًا في استبيان فعالية الوزن على نمط الحياة (WEL) بعد المشاركة في برنامج VLCD متعدد التخصصات لمدة 26 أسبوعًا. أظهرت الموضوعات تحسنًا كبيرًا من العلاج قبل إلى اللاحق على إجمالي درجات WEL وعلى جميع العوامل الظرفية الخمسة (المشاعر السلبية، والتوتر، والضغط الاجتماعي، والانزعاج الجسدي، والأنشطة الإيجابية) توفر هذه النتائج مزيدًا من صلاحية البناء لـ WEL وتقدم إرشادات لمقدار التغيير الذي قد يظهره الأشخاص في WEL بعد علاج السمنة.

• بينما دراسة ملاني واخرون (Melanie T. Warziski, et al, 2007)

ركزت على التغييرات في الكفاءة الذاتية والالتزام الغذائي والتأثير على فقدان الوزن في دراسة (PREFER) وهي دراسة لفقدان الوزن السلوكي لمدة 18 شهرًا، لتحديد ما إذا كانت الكفاءة الذاتية والتوافق الغذائي مرتبطين مع تغير الوزن، وما هو تأثير الكفاءة الذاتية على تغير الوزن بعد التحكم في الالتزام. شملت القياسات استبيان الوزن الفعال (WEL)، ووزن الجسم، وتناول الدهون بالجرام المبلغ عنه ذاتيًا، وتناول السعرات الحرارية، والالتزام بأهداف السعرات الحرارية والدهون في الأساس (6، 12، 18 شهرًا) تمثلت العينة (ن = 170) كانت 88.2% إناث و70.0%. كان متوسط العمر 44.1 سنة، بانحراف معياري = 8.8 كان متوسط فقدان الوزن عند 18 شهرًا 4.64% (SD = 6.24) من وزن الجسم الأساسي ومتوسط الزيادة في الكفاءة الذاتية كان 11.70% (SD = 38.61) تحسنت الفعالية الذاتية بشكل كبير بمرور الوقت (ع = 0.04) وارتبطت بفقدان الوزن (ع = 0.02). كان الالتزام بهدف غرام الدهون مرتبطًا بفقدان الوزن (ع = 0.0003)، وظلت الكفاءة الذاتية مرتبطة بفقدان الوزن بعد التحكم في التقيد بالجرام (ع = 0.0001). تمشيا مع نظرية الكفاءة الذاتية، وتحسين الكفاءة الذاتية بمرور الوقت.

• بينما دراسة جنى باستينلو وزملاؤه (Jenna Bastianello et al , 2012)

اهتمت بوصف العلاقة بين الكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي بين المراهقين الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة. تكونت العينة من ثلاثة وعشرون مشاركًا تم توزيع استبيانًا من مقياس GSE و SSQSR. تم الانتهاء من التحليل الإحصائي لمقياس GSE المعدل ومسوحات SSQSR. تم نسخ الملاحظات الحوارية والميدانية من مناقشات المجموعات المركزة وتحليلها من قبل الباحثين لتطوير الموضوعات، حدد المشاركون الطرق التي أظهر بها أفراد أسرهم وأصدقائهم الدعم، والتصورات المتعلقة بإدارة الوزن، والعوائق التي تحول دون الحفاظ على نمط حياة صحي، والطرق التي خطط بها المشاركون لتغيير السلوكيات المتعلقة بالصحة. توصلت نتائج هذه الدراسة كشف عن ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي للمشاركين بين بداية المخيم ونهايته باستخدام التحليل الكمي والنوعي. كما يؤكد الباحثون أنه يمكن إكمال المزيد من البحوث لتقييم نجاح التدخلات المماثلة بين مجموعات أكبر وأكثر تنوعًا من الشباب الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة. قد يؤدي هذا إلى فهم أفضل للمكونات الرئيسية التي يجب تضمينها في برامج إدارة الوزن. قد تساعد هذه المعرفة والفهم في تعزيز خيارات نمط الحياة الصحية بين المراهقين البدينين.

- دراسة جود باكلي (Jude Buckley, 2014)

بحثت هذه الدراسة في آثار تدخل موجز مصمم على معتقدات الكفاءة الذاتية وممارسة إنفاق الطاقة لدى النساء البدنيات والبدناء النشيطات وغير النشطات. تم تعيين المشاركين عشوائياً إما لظروف التحكم (N = 50) أو التدخل (N = 47)، وتم تقييم فعاليتهم الذاتية لممارسة التمارين ثلاث مرات خلال فترة 12 أسبوعاً. أظهرت النتائج أن التدخل زاد من الجدول الزمني، والوظيفة البدنية، وفعالية القلق من ممارسة الرياضة، ونفقات الطاقة في المجموعة غير النشطة سابقاً، تشير النتائج إلى أن تدخلات الكفاءة الذاتية فعالة في زيادة إنفاق طاقة التمرين لدى النساء غير النشطات ذوات الوزن الزائد والسمنة.

- بينما دراسة هيغ شي واخرون (Hyehyung et al, 2011)

تم فحص العلاقة بين الكفاءة الذاتية وفقدان الوزن خلال تدخل فقدان الوزن لمدة 6 أشهر تمثلت عينة الدراسة من (90 امرأة بعد انقطاع الطمث). بافتراض أن المشاركات الحاصلات على درجات أعلى في الكفاءة الذاتية، سواء في الأساس أو في المتابعة، سيفقدون وزناً أكبر من أولئك الذين حصلوا على درجات أقل. تلقى كل مشارك خطة وجبة متوازنة مع انخفاض استهلاك الطاقة. تم تقديم جلسات غذائية وسلوكية كل أسبوعين خلال الأشهر الثلاثة الأولى. تم قياس الوزن والطول في الأساس، كل أسبوعين في الأشهر الثلاثة الأولى، وفي الشهر 6 تم إكمال سجلات النشاط الغذائي والبدني لمدة ثلاثة أيام واستبيان فعالية الوزن في نفس الفترات. في الشهر السادس، فقد المشاركات  $3.6 \pm 4.1$  كجم أو 4.4% (متوسط  $\pm$  انحراف معياري) وانخفض الوزن من  $82.2 \pm 11.1$  كجم إلى  $77.6 \pm 11.4$  كجم ( $P < .001$ ) عندما تم تقسيم المشاركات إلى مجموعات بناءً على النجاح في إنقاص الوزن ( $\leq 5\%$ ) أو ( $> 5\%$ ) من الوزن الأولي، أظهر الانحدار اللوجستي (التحكم في العمر، واستهلاك الطاقة، والنشاط البدني، والحضور في جلسات المجموعة، ومحاولات فقدان الوزن السابقة)، ذلك ارتبط ارتفاع درجات الكفاءة الذاتية لتوافر مقياس فرعي للأغذية لاستبيان فعالية الوزن لنمط الحياة (فاصل الثقة 95%، 1.03-1.17) وإجمالي الكفاءة الذاتية (95% فاصل الثقة، 1.00-1.04) باحتمال أكبر لفقدان 5% أو أكثر من الوزن الأولي. بشكل عام، كان المشاركات اللواتي لديهن أعلى مستوى من الكفاءة الذاتية والفعالية الذاتية لمقاومة الأكل عندما يكون الطعام متاحاً، كانوا قادرات على إنقاص المزيد من الوزن. لذلك، قد تكون الجهود المعرفية السلوكية التي تعزز الكفاءة الذاتية مفيدة لتعزيز ثقة الفرد لمقاومة الأكل في ظل ظروف مختلفة وبالتالي تحسين نتائج فقدان الوزن.

- افادت دراسة سراح وآخرون (Sarah Knerr et al ,2016)

ان المعتقدات الجينية السببية حول السمنة، والكفاءة الذاتية للتحكم في الوزن، والسلوكيات المرتبطة بالسمنة في مجموعة من الإناث في منتصف العمر. في عينة قوامها 487 امرأة بيضاء غير لاتينية من مقاطعة ساوث كينج، واشنطن. أظهرت نتائج تحليل الانحدار متعدد المستويات للفعالية الذاتية للتحكم في الوزن كوسيط محتمل لسماة السمنة (النظام الغذائي، والنشاط البدني، والجينات) والسلوكيات الوقائية ارتبطت المعتقدات السببية للنظام الغذائي ارتباطاً إيجابياً بتناول الفاكهة والخضروات، مع الكفاءة الذاتية للتحكم في الوزن جزئياً لهذا الارتباط. ترتبط الفعالية الذاتية للتحكم في الوزن أيضاً بشكل غير مباشر بصفات النشاط البدني وسلوك النشاط البدني. اختلفت العلاقات بين المعتقدات الجينية السببية، والكفاءة الذاتية للتحكم في الوزن، والسلوكيات المرتبطة بالسمنة حسب حالة السمنة. ساهمت الكفاءة الذاتية للتحكم في الوزن في الارتباطات السلبية بين الصفات السببية الجينية والسلوكيات المرتبطة بالسمنة لدى النساء البدينات، ولكن ليس غير البدينات.

- وترى دراسة كفان ولاورنس (Lawrence, K 1997).

ان الكفاءة الذاتية هي مؤشر مهم لنتائج العلاج لمجموعة متنوعة من السلوكيات المسببة للإدمان، ومع ذلك لا يتوفر سوى القليل من الأبحاث بشأن قيمتها التنبؤية في علاج السمنة، ولهذا اعتمدت هذه الدراسة على تقييم الصدق التنبؤي للإصدار المكون من 20 عنصراً من استبيان فعالية الوزن ونمط الحياة "wel" في عينة مكونة من 109 بالغين يعانون من السمنة المفرطة يبحثون عن علاج للمرضى الخارجيين في مركز إدارة الوزن في الجامعة. على الرغم من أن اختبار WEL أظهر بنية عامل ثابتة وخصائص قياس نفسية سليمة، إلا أنه فشل في الارتباط بحضور البرنامج أو فقدان الوزن، خلصت هذه الدراسة إلى أن أحكام الكفاءة الذاتية، كما تم قياسها بواسطة WEL لا تتنبأ بنتائج علاج السمنة على المدى القصير. الكفاءة الذاتية هي بناء مهم لتضمينه في دراسات المعتقدات الجينية السببية والتنظيم الذاتي السلوكي. هناك حاجة إلى العمل النظري والطولي لتوضيح الطبيعة السببية لهذه العلاقات وعوامل الوساطة والاعتدال الأخرى.

- دراسة قام بها ريشمان (RM Richman et al ,2001)

على عينة متجانسة من نفس العمر قوامها 161 امرأة غير بدينة (مؤشر كتلة الجسم  $22.6 \pm 2.9$  كجم / م<sup>2</sup>) 138 امرأة بدينة (مؤشر كتلة الجسم  $37.7 \pm 5.8$  كجم/م<sup>2</sup>)، حيث تم تقييم الفعالية الذاتية فيما يتعلق بتناول الطعام من خلال استبيان أسلوب فاعلية الوزن (WEL). تم الحصول على المعلومات الديموغرافية عن طريق المقابلة والاستبيان في السمنة وعن طريق الاستبيان في غير البدينين. تم الحصول



على قياسات الأنثروبومترية عن طريق القياس المباشر في السمنة وتم حساب مؤشر كتلة الجسم من الوزن والطول المبلغ عنه ذاتيًا في غير البدناء. عند الدخول إلى البرنامج، سجلت النساء البدنيات درجات أقل بكثير ( $P < 0.0001$ ) من النساء غير البدنيات في WEL ( $34.1 \pm 99.4$ ) قابل ( $24.9 \pm 139.0$ ). أظهرت نتائج الدراسة ان النساء اللاتي أكملن البرنامج (العدد = 65) انخفاضًا في محيط الخصر بمقدار  $5.3 \pm 3.9$  سم، وفقدان  $11.5 \pm 10.0$  % من الوزن الزائد وتحسنًا كبيرًا في مجموع درجات (WEL) من  $30.3 \pm 106.0$  إلى ( $28.4 \pm 126.5$ ). كانت التحسينات في بعض أبعاد الكفاءة الذاتية بين النساء البدنيات من الحجم الكافي لتحقيق درجات مماثلة للنساء ذوات الوزن الطبيعي. قد يوفر استبيان WEL مقياسًا إضافيًا للنجاح بالإضافة إلى تقديم تعليقات إيجابية وتشجيع للعميل.

• **بينما دراسة دورين لوين (Doreen Liou & Lauren Kulik, 2020)**

الكفاءة الذاتية واعتبارات الصحة النفسية للتأثير على سلوكيات خطر السمنة، سعت هذه الدراسة للتأكد من سلوكيات الحد من مخاطر السمنة ومحدداتها النفسية والاجتماعية لدى الشباب الأمريكيين البالغين المقيمين في ولاية نيوجيرسي. تم تنفيذ تصميم مسح مقطعي حيث أكملت عينة ملائمة من 174 مشاركًا (من 18 إلى 40 عامًا) استبيانًا تم التحقق منه ذاتيًا عبر الإنترنت. تم قياس تسعة عشر سلوكًا للحد من مخاطر السمنة، والكفاءة الذاتية والتركيبات النفسية المستمدة من نظرية السلوك المخطط. أجريت التحليلات الإحصائية باستخدام توزيعات التردد واختبارات t وتحليل الانحدار. أشار تحليل الانحدار إلى أن 37.5% من التباين في سلوك الحد من مخاطر السمنة يعزى إلى الكفاءة الذاتية وحدها. أشارت مقارنات اختبار T إلى تكرار أكبر لاعتماد 17 سلوكًا صحيًا بين الأفراد المصنفين في مجموعة "الكفاءة الذاتية العالية (p)" ( $< 0.05$ ). تضمنت هذه السلوكيات الحد من أحجام حصص الطعام، وتناول الفواكه والخضروات، والانخراط في نشاط بدني، ومراقبة الإجهاد ووزن الجسم. يحتاج اختصاصي التغذية الذين يعملون مع الأمريكيين الشباب إلى تقييم كفاءتهم الذاتية للانخراط في سلوكيات الحد من مخاطر السمنة. في تعزيز الثقة في تبني هذه السلوكيات، يعد تنفيذ تدخلات التغذية لبناء المهارات أمرًا بالغ الأهمية للوقاية من السمنة.

• **بينما دراسة بانجمين وزملاؤه (Benjamin R et al, 2011)**

الكفاءة الذاتية لفقدان الوزن والسلوك النمذجي، تم توزيع استبيان كفاءة الوزن ونمط الحياة (WEL) والاستبيان الدولي للنشاط البدني (IPAQ) بتقييم الفعالية الذاتية والنشاط البدني على عينة قوامها 124 متطوعًا تتراوح أعمارهم بين 17 و 61 عامًا. تم إدارته قبل وبعد حضور المشاركين ورشة عمل نماذج الفيديو. تم إعطاء نصف المشاركين في مجموعات العلاج والمراقبة نسخًا من مقاطع الفيديو لمراجعتها في

المنزل .كانت التوقعات تشير إلى أن الكفاءة الذاتية ستزداد أكثر بالنسبة للمشاركين الذين أخذوا مقاطع الفيديو إلى المنزل بعد التدخل الجماعي القائم على نماذج لسلوكيات إنقاص الوزن الناجحة .كان من المتوقع أيضاً أن تؤدي الكفاءة الذاتية إلى زيادة النشاط البدني .أظهرت النتائج أنه يمكن زيادة الفعالية الذاتية لفقدان الوزن من خلال مشاهدة النماذج الناجحة .النشاط البدني، ومع ذلك، خط الأساس تم حساب درجات الانحراف المعياري والمتوسط لبيانات (WEL) (M = 5.94) (SD = 1.40)، تم حساب التباين لاستكشاف الاختلافات الجماعية المحتملة في الكفاءة الذاتية للمشاركين المعينين لمشاهدة أنواع فيديو مختلفة (مجموعة العلاج)، وللمشاركين المعينين لمستويات مختلفة من الواجبات المنزلية (الواجب المنزلي). أظهرت النتائج أنه لم تكن هناك تأثيرات معنوية لمجموع درجات (WEL) الأساسية، أظهرت النتائج أنه لم تكن هناك تأثيرات معنوية لمجموع نقاط (WEL) الأساسية (التأثير الرئيسي لمجموعة العلاج)  $F(1, 120) = 0.139$   $F(1, 120) = 0.71$  التأثير الرئيسي للواجب المنزلي  $p = .56$ ،  $F(1, 120) = .338$  ومجموعة المعالجة  $\times$  تأثير تفاعل الواجب المنزلي  $p = .41$ ،  $F(1, 120) = .694$  تم حساب الانحرافات المتوسطة والمعيارية .

• بينما دراسة روبیکا شالبي وآخرون، (Rebecca A. Shelby et al، 2009)

فحصت ما إذا كانت الفعالية الذاتية توسطت في العلاقة بين الألم الناجم عن الكارثة والألم والإعاقة. كان المشاركون 192 شخصاً تم تشخيص إصابتهم بهشاشة العظام (OA) في الركبتين الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة. أجريت تحليلات متعددة للوسيط لاختبار الكفاءة الذاتية للسيطرة على الألم، والوظيفة الجسدية، والأعراض العاطفية كوسيط في نفس الوقت مع التحكم في متغيرات الحالة الديموغرافية والطبية. ارتبط ارتفاع كارثة الألم بانخفاض الكفاءة الذاتية في جميع المجالات الثلاثة ( $ps < .05$ ) توسطت الكفاءة الذاتية للتحكم في الألم بشكل كامل في العلاقة بين كارثة الألم والألم ( $\beta = .08$ ) ، (اختبار سويل  $p < .05$ )، ( $Z = 1.97$ )، العلاقة بين كارثة الألم والإعاقة الجسدية تم توسطها بشكل كامل من خلال الكفاءة الذاتية للوظيفة الجسدية ( $\beta = .06$ )، (اختبار سويل  $p = 0.05$ ) و ( $Z = 1.95$ ) توسطت الكفاءة الذاتية للأعراض الانفعالية جزئياً أظهرت نتائج الدراسة إلى أن كارثة الألم المرتفعة ساهمت في زيادة الألم والعجز من خلال الكفاءة الذاتية المنخفضة في المجال المحدد. يجب أن تأخذ الجهود المبذولة لتقليل الألم وتحسين الأداء لدى مرضى الزراعة العضوية في الاعتبار معالجة كارثة الألم والفعالية الذاتية المحددة للمجال. يمكن معالجة كارثة الألم من خلال تقنيات العلاج المعرفي ويمكن تعزيز الكفاءة الذاتية من خلال ممارسة المهارات ذات الصلة والإنجازات الشخصية، خلصت هذه الدراسة إلى أن جهود العلاج لتقليل الألم وتحسين الأداء لدى

مرضى الزراعة العضوية الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة يجب أن يفكروا في معالجة كل من الألم الكارثي والفعالية الذاتية.

• دراسة قام بها ميلاني وزملاؤه (Melanie T. Warziski et al , 2008)

تغيير الكفاءة الذاتية والالتزام الغذائي، هدفت هذه الدراسة لفحص الكفاءة الذاتية الخاصة بتغيير سلوكيات الأكل في تجربة (PREFER)، وهي دراسة سلوكية لفقدان الوزن لمدة 18 شهرًا، لتحديد ما إذا كانت الكفاءة الذاتية والالتزام الغذائي مرتبطين بتغيير الوزن، وما هو تأثير الفعالية الذاتية على تغيير الوزن. بعد السيطرة على الالتزام. تضمنت القياسات استبيان أسلوب حياة فعالية الوزن (WEL)، ووزن الجسم، وكمية الدهون المبلغ عنها ذاتيًا، وتناول السعرات الحرارية، والالتزام بأهداف السعرات الحرارية والدهون في الأساس (6، 12، و18 شهرًا). العينة (ن = 170) كانت 88.2% إناث و70.0% قوقازية. كان متوسط العمر 44.1 سنة. (SD = 8.8) كان متوسط فقدان الوزن عند 18 شهرًا 4.64% (SD = 6.24) من وزن الجسم الأساسي وكان متوسط الزيادة في الكفاءة الذاتية 11.70% (SD = 38.61) تحسنت الكفاءة الذاتية بشكل ملحوظ بمرور الوقت (ع = 0.04) وارتبطت بفقدان الوزن (ع = 0.02). ارتبط التقيد بهدف فقدان الوزن بغيرم من الدهون (ع = 0.0003)، وظلت الفعالية الذاتية مرتبطة بفقدان الوزن بعد التحكم في الالتزام بجرام من الدهون (ع = 0.0001). تمشيا مع نظرية الكفاءة الذاتية، أدى التحسن في الكفاءة الذاتية بمرور الوقت إلى زيادة فقدان الوزن. كما أثر التقيد بهدف غرام الدهون على فقدان الوزن.

• بينما دراسة سارة وآخرون (Sara N. Bleich et al , 2012)

تأثير مؤشر كتلة الجسم لدى الأطباء القائمين على رعاية البدناء، هدفت هذه الدراسة لتقييم تأثير مؤشر كتلة الجسم للطبيب على رعاية السمنة والكفاءة الذاتية، باستخدام مسح مقطعي وطني لـ 500 طبيب رعاية أولية تم إجراؤه في الفترة ما بين 9 فبراير و1 مارس 2011، وتصورات تمثيل الدور بالوزن-السلوكيات الصحية ذات الصلة، وتصورات ثقة المريض في نصائح فقدان الوزن. وجدنا أن الأطباء ذوي مؤشر كتلة الجسم الطبيعي كانوا أكثر عرضة لإشراك مرضاهم البدنيين في مناقشات إنقاص الوزن مقارنة بالأطباء الذين يعانون من زيادة الوزن / السمنة (30% مقابل 18%، P = 0.010) كان لدى الأطباء ذوي مؤشر كتلة الجسم الطبيعي ثقة أكبر في قدرتهم على توفير نظام غذائي (53% مقابل 37%، P = 0.002) والاستشارات الرياضية (56% مقابل 38%، P = 0.001) لمرضاهم الذين يعانون من السمنة المفرطة. اعتقدت نسبة أعلى من الأطباء العاديين بمؤشر كتلة الجسم أن المرضى الذين يعانون من زيادة الوزن / السمنة سيكونون أقل عرضة للثقة في نصائح فقدان الوزن من الأطباء الذين يعانون من زيادة الوزن / السمنة (80% مقابل

69%،  $P = 0.02$ ) كان الأطباء في فئة مؤشر كتلة الجسم الطبيعي أكثر ميلاً للاعتقاد بأن الأطباء يجب أن يكونوا نموذجاً لسلوكيات صحية مرتبطة بالوزن والحفاظ على وزن صحي (72% مقابل 56%،  $P = 0.002$ ) وممارسة الرياضة بانتظام (73% مقابل 57%،  $P = 0.001$ ) كانت احتمالية تسجيل الطبيب لتشخيص السمنة (93% مقابل 7%،  $P < 0.001$ ) أو بدء محادثة فقدان الوزن (89% مقابل 11%،  $P \leq 0.001$ ) مع مرضاه البدنيين أعلى عند إدراك الأطباء. من وزن جسم المريض تجاوز أو تجاوز وزن جسمه الشخصي. تشير هذه النتائج إلى أن المزيد من الأطباء ذوي الوزن الطبيعي قدموا رعاية موصى بها لمرضاهم للسمنة وشعروا بالثقة في القيام بذلك.

• **أفادت دراسة مارتن توفال وزملاؤه (Martin Teufel et al, 2013)**

هدفت لتقييم آثار الارتجاع البيولوجي على الكفاءة الذاتية والاسترخاء في السمنة. تضمنت العينة من 31 امرأة، متوسط مؤشر كتلة الجسم 35.5 كجم/م<sup>2</sup>، تم توزيعهم بشكل عشوائي على نموذج الارتجاع البيولوجي الخاص بالأغذية، أو نموذج الارتجاع البيولوجي للاسترخاء غير المحدد، أو التحكم في قائمة الانتظار. تم إجراء ثماني جلسات من الارتجاع البيولوجي للنشاط الكهربائي للجلد أثناء تقديم محفز غذائي صعب أو محفز طبيعي غير محدد. تم تقييم الفعالية الذاتية، والتوتر، والقدرة على الاسترخاء، وسلوك الأكل، والنشاط الكهربائي قبل التدخل وبعده مباشرة وبعد 3 أشهر. أظهرت النتائج ان الارتجاع البيولوجي الخاص بالطعام تأثيراً في الغالب على الكفاءة الذاتية المتعلقة بالغذاء والضغط النفسي الملحوظ. كما ان الارتجاع البيولوجي غير النوعي اظهر تأثيراً على القدرة على الاسترخاء. تم تأكيد التحسينات المبلغ عنها ذاتياً من خلال الانخفاض المقابل في تفاعل الجلد الكهربائي مع المحفزات الغذائية. يعتبر علاج الارتجاع البيولوجي فعالاً في تحسين الكفاءة الذاتية لدى الأفراد المصابين بالسمنة، وبالتالي قد يكون تدخلاً إضافياً قيماً لعلاج السمن.

• **دراسة ماس كارول واخرون (Maccaroll et al, 2014)**

الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وزيادة الوزن والسمنة لدى المصابين بسرطان الرحم، كان الغرض من هذه الدراسة هو تحسين الكفاءة الذاتية (SE) ونوعية الحياة (QOL) باستخدام برنامج تدخل نمط الحياة المصمم لفقدان الوزن. تم اختيار الناجين من زيادة الوزن والسمنة في المراحل المبكرة من المفوضية الأوربية بشكل عشوائي، تكونت العينة من 75 مشاركاً، قسمت الى مجموعتين: مج 1= الناجون من سرطان الرحم المدعومين بالتمارين والنظام الغذائي الصحي (SUCCEED)، أو التدخل في أسلوب الحياة لمدة ستة أشهر، مج 2= مجموعة الرعاية المعتادة (جامعة كاليفورنيا)، اظهرت النتائج كانت التأثيرات الإيجابية في كل مجال من

مجالات WEL ، بما في ذلك الدرجة الإجمالية، ذات دلالة إحصائية في مجموعة SUCCEED مقابل مجموعة، أظهر نموذج الانحدار الخطي أنه إذا انخفض مؤشر كتلة الجسم بمقدار وحدة واحدة، فإن مجموع نقاط WEL تزيد بمقدار 4.49 نقطة. تم العثور على ارتباطات سلبية كبيرة في مجموع نقاط WEL وتغير في مؤشر كتلة الجسم ( $R = -0.356$ ) ( $p=0.006$ )، كانت الاختلافات بين المجموعات في FACT-G مهمة من خط الأساس في مجال التعب في ثلاثة أشهر ( $p=0.008$ ) وفي المجال المادي في ستة أشهر ( $p=0.048$ ). لم تكتشف أي اختلافات جوهرية أخرى، بشكل عام، تُظهر هذه الدراسة وعدًا بالتدخلات المستهدفة للمساعدة في تحسين SE ، وبالتالي تحسين مؤشر كتلة الجسم.

• اشارت دراسة بوران فخري واخرون (Pouran D Faghri et al, 2015)

هدفت هذه الدراسة لتحديد مدى الألم العضلي الهيكلي (MS) في أسفل الظهر والركبة والمفاصل الحاملة للوزن (WB) والكتف والمعصم (المفاصل التي لا تحمل وزناً)، وتتوسط الفعالية الذاتية لممارسة التمارين بين مستويات زيادة الوزن والسمنة على أساس مؤشر كتلة الجسم (المستويات الأربعة: زيادة الوزن، السمنة من الدرجة الأولى، السمنة من درجة الثانية، والسمنة من درجة الثالثة)، الوظيفة البدنية، الدور العاطفي، التدخل الاجتماعي، ومستويات النشاط البدني (PA)، حيث تمثلت العينة 99 من العاملين بدار التمريض الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة مؤشر كتلة الجسم ( $BMI < 25$ )، بينت نتائج الدراسة ان معدل الألم المبلغ عنه 66.3% و 54.4% و 42.2% و 24.1% لأسفل الظهر والركبة والكتف والمعصم على التوالي ارتبطت بمستويات السمنة المرتفعة بانخفاض الوظيفة  $r = -0.109$  ،  $p = 0.284$  انخفاض PA مع ارتفاع مستويات السمنة  $r = -0.248$  ،  $P < 0.05$  ، خاصة في PA المعتدل  $r = -0.293$  ،  $p < 0.05$  ارتبطت السمنة مع انخفاض ESE  $r = 0.239$  ،  $p < 0.05$  توسط ألم المعصم بشكل كبير في تأثير السمنة على الوظيفة الجسدية المعتدلة، والدور العاطفي و ESE. حيث كان ESE وسيطاً مهماً بين السمنة والنشاط البدني المعتدل والقوي.

• أما دراسة سينكال (Senecal. C, et al, 2000)

أجروا دراسة هدفت إلى فحص فعالية الذات والتنظيم الذاتي في علاقتهما بالعناية الذاتية بالنظام الغذائي، والرضا عن الحياة لدى (638 مشاركاً) من المصابين بمرض السكر المزمن، منهم (313 امرأة)، تراوحت أعمارهم ما بين (20 إلى 70 عاماً)، كشفت نتائج هذه الدراسة عن أن فعالية الذات والتنظيم الذاتي يرتبطان إيجابياً بسلوكيات الإذعان لأنشطة العناية الذاتية بالنظام الغذائي، كما كانت فعالية الذات أكثر

ارتباطا بسلوكيات الإذعان مقارنة بالتنظيم الذاتي، والرضا عن الحياة، كما أو ضحت النتائج أن فعالية الذات كانت منبئا بسلوكيات الإذعان لأنشطة العناية الذاتية بالنظام الغذائي (صليحة عدودة، 2015، ص43).

• أما دراسة حفيزاح وسانديب (Hafizah et Sandeep,2017)

بينت تأثير الكفاءة الذاتية والتغيرات السلوكية في النظام الغذائي على جودة الحياة ذات الصلة بالصحة بين النساء في منتصف العمر، كان الهدف من هذه الدراسة لمقارنة الفعالية الذاتية الغذائية، والإجهاد الناتج عن السمنة، ونوعية الحياة المرتبطة بالسمنة (OQOL) وفقاً لمؤشر كتلة الجسم ومراحل التغيير في استهلاك الخضروات، حيث تمثلت عينة الدراسة 326 طالب ترميض على عينة ملائمة لاستيفاء استبيان. تم جمع البيانات من 7 أكتوبر إلى 18 أكتوبر 2013. اظهرت النتائج ان الإجهاد الناتج عن السمنة ونوعية الحياة المرتبطة بالسمنة مختلفين بشكل كبير وفقاً لمؤشر كتلة الجسم أظهرت الفعالية الذاتية الغذائية فرقاً كبيراً بين مرحلة ما قبل التأمل/ التأمل، ومرحلة الإعداد، ومرحلة العمل/ الصيانة ( $F = 50.18$ ،  $p < 0.001$ ). مع إجهاد السمنة، كان هناك فرق كبير بين مراحل PC / C و P و A/ M ( $F = 17.63$  و  $p < 0.001$ ). كان للفعالية الذاتية الغذائية علاقة إيجابية مع OQOL ( $r = 11$ ،  $p < 0.001$ ) وارتباط سلبي مع إجهاد السمنة ( $r = -0.14$ ،  $p = 0.012$ ) ولإجهاد السمنة علاقة سلبية مع OQOL ( $r = -0.45$ ،  $p < 0.001$ ). وخلصت نتائجها أن برامج التدخل الغذائي للتغييرات في السلوك أثناء مرحلتي PC / C و P للتغيير في استهلاك الخضار تحتاج إلى تطوير استراتيجيات لتعزيز الكفاءة الذاتية الغذائية للمشاركين.

5. مناقشة الدراسات السابقة:

اعتمدنا على الدراسات المذكورة أعلاه للتنوع الأساليب الإحصائية ولأهمية المتغيرات الدراسية والفائدة منها، حيث تمت مناقشة الدراسات السابقة على أساس الهدف، المقاييس، العينة، والأسلوب الاحصائي، النتائج التي توصلت لها كل دراسة والربط بين ما تتوصل اليه نتائج الدراسة الحالية. وذلك من خلال نتائج التحليل التجميعي "Meta Analysis" تأثير السمنة على جودة الحياة المتعلقة بالصحة وبعض المتغيرات الوسطية والكفاءة الذاتية، لان الكفاءة الذاتية تعد مورد من الموارد الشخصية الرئيسية القابلة لتنمية والتطوير والتي تؤثر على المرض والتحكم الذاتي في مجالات جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) بين الأشخاص المصابين بالسمنة والامراض المصاحبة لها، بغية التحقق ما اذا كانت قوة التأثير تعتمد على ادراكات الكفاءة الذاتية وتصورات جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) و (SEG) ، من خلال اللجوء الى قواعد البيانات ومحركات البحث التالية :

*PsycINFO, Complete, Health Source .ScienceDirect. PsycARTICLES, Academic Search, pubmed, International Journal of Obesity, Springer, Google scolar*

هناك علاقة إيجابية معتدلة بين الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم وجودة الحياة المتعلقة بالصحة  
 [0.32-0.45] (95 % CI)  $r = 0.38$  (SEG,HRQoL, BMI) وزيادة الوزن (25 - BMI=29.9)، كما  
 توجد علاقة سلبية بين السمنة درجة 2 (BMI=39.9-30)  $r = -0.21$ , 95 % CI [0.14, 0.28]  
 وتوجد علاقة سلبية بين السمنة درجة 3 (40 فمافوق BMI)  $r = -0.04$ , 95 % CI [0.29, 0.50]  
 هناك علاقة طردية بين الكفاءة الذاتية و HRQoL لدى مرضى السمنة، بحسب مؤشر كتلة الجسم،  
 وجود مع العلاقة أقوى لممارسة الرياضة وتباع الحماية الغذائية والسلوك الغذائي والتقيد بالبرامج العلاجية  
 والتعديلات السلوكية وعليه:

- ان زيادة مؤشر كتلة الجسم يصاحب أنواع الامراض المزمنة وينتج عنها أعراض نفسية، حيث  
 ان المصابين بالسمنة تظهر لديهم مضاعفات عديدة، بينما يحافظ العديد من المتعرضين للأمراض  
 المصاحبة لزيادة مؤشر كتلة الجسم على حالتهم النفسية والقيام بوظائفه اليومية المألوفة أي تأثير متغير  
 الكفاءة الذاتية له دور في التحكم والتغلب عن المرض.

- أوضحت بعض الدراسات ان إدراك الفرد وقدرته على التحكم في سلوكيات الغذائية الصحية  
 يؤدي الى ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية. بينما دراسة (Doreen Liou & Lauren Kulik, 2020)  
 اقرت أن وباء السمنة مشكلة صحية منتشرة تؤثر على جميع الفئات السكانية في البلدان المتقدمة. سعت  
 للتأكد من سلوكيات الحد من مخاطر السمنة ومحدداتها النفسية والاجتماعية لدى الشباب الأمريكيين  
 البالغين المقيمين في ولاية نيوجيرسي.

- اهتمت اغلب الدراسات السابقة بمتغير الكفاءة الذاتية من حيث تنمية وتحسين وتطوير مهارات  
 التحكم الذاتي والتدريب على البرامج العلاجية.

- تعددت انواع الادوات المستعملة للحصول على البيانات والمعلومات الخاصة بالدراسة،  
 فبعضها استخدم ادوات عديدة للكشف عن دور متغيرات الدراسة التي تم البحث والتقصي فيها.

- الاختلاف في عينات البحث المستخدمة في الدراسات السابقة من حيث البيئة والاسباب  
 الصحية واختلاف الديمقراطية والاجتماعية، وافراد العينة وحجمها ونوعها يرتبط ويتحدد في ضوء اهداف  
 البحث ومتغيراته والمنهجية المتبعة والادوات المستخدمة فيه، والاساليب الاحصائية المعتمدة لتحليل  
 النتائج.

- تعاملت اغلب الدراسات مع فئتي الذكور والاناث وبعض الدراسات شملت مستويات التعليم والمستوى الاقتصادي، ومدة المرض والنوع، والعرق خاصة في بعض دول الولايات المتحدة الامريكية.
- كما تكونت عينات الدراسات من فئات عمرية مختلفة، اغلبها تتألف من البالغين تتراوحا بين (18-70). كما في دراسة (Benjamin R. Schulz & Marvin J. McDonald, 2011) و(Doreen Liou)
- اما من حيث استخدام الوسائل الاحصائية الاحصاء الوصفي والاحصاء الاستدلالي " في الدراسات السابقة تتلائم مع طبيعة بيانات الدراسات، اغلبها استخدمت الوسط الحسابي والتكرارات والنسب المئوية ومعامل الارتباط لبيرسون واختبار "ت" وقيم "ف" كما في دراسة ( Sara N. Bleich, et al , 2012) اضافة الى ذلك استخدم كل من تحليل التباين المتعدد وتحليل الانحدار المتعدد وتحليل الانحدار اللوجستي وفي كل من دراسة (Pablo Franquelo Morales ,et al :2016) ودراسة (Jiah. Lutkin. 2005) و(جويل كوست وجاك بوشوت، 2016)
- اظهرت نتائج الدراسات السابقة تباين فيما بينها، يعود الى اختلاف من ناحية الخلفية النظرية وحجم العينات وخصائصها والاجراءات المتبعة.
- كشفت اغلب الدراسات ان لا توجد فروق بين الجنسين من حيث درجة الكفاءة الذاتية، بينما كشفت الدراسات انه توجد فروق بين الجنسين في درجة ابعاد جودة الحياة بين الجنسين.
- هناك فروق بين الفئات العمرية (الشباب ن البالغين، الكهول، الشيخوخة) ومؤشر كتلة الجسم.
- اوضحت نتائج الدراسة السابقة ان البدناء يعانون من انخفاض في ابعاد جودة الحياة باختلاف المقاييس والاستبانات.
- بينما اكدت اغلب الدراسات عن امكانية التنبؤ بان الأفراد ذوي الكفاءة المرتفعة يتميزون بدلالة واضحة عن الأفراد ذوي الكفاءة المنخفضة في مجالات متعددة منها: الصحة النفسية والتوافق، والصحة الجسدية، والصحة الاجتماعية، فهم أكثر احتراماً للذات وأكثر قناعة ورضا عن الحياة وأكثر اطمئناناً وهدوءاً، وأكثر ثقة بالنفس، وأكثر ثباتاً انفعالياً وأقل اضطراباً وقلقاً، وأقل اكتئاباً وأكثر انجازاً وأحسن صحة، وأكثر ايجابية، هذه المميزات تتحقق عندما يمارس الفرد التحكم والسيطرة الذاتية على حياته وصحته بشكل مباشر وصريح، وتلعب معتقدات الفرد حول كفاءته دوراً أساسياً في الحفاظ والرفي بصحته (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، الفكرية) والتعامل مع أي مرض قد يصيبه، وذلك من خلال



تنفيذه لسلوكيات صحية سليمة تمكنه من الاهتمام بذاته وتزيد من شعوره بإحساس التحكم الذاتي والسيطرة على صحته الشاملة وحياته العامة.

- أما بعض الدراسات أكدت على فعالية التحكم المعرفي في السلوكيات الصحية والدور التأثيري الذي تلعبه الكفاءة الذاتية المدركة في عملية القضاء على أكثر العادات الفردية المدمرة لصحة الإنسان والمجتمع وانعكاسها على ممارسة العادات الصحية السليمة كالإقلاع عن التدخين مثلا أو ضبط الوزن وممارسة الرياضة، تناول الأدوية، والالتزام باتباع برامج غذائية والحمية على المدى الطويل.

- فقد أوضحت الدراسات التي تتأولت تأثير السمنة على جودة الحياة المتعلقة بالصحة مدى تأثير مؤشر كتلة الجسم على الصحة الإنسانية في أسلوب تعامل المريض مع مرضه ومدى التزامه بالقواعد الصحية السليمة، وهذا ما أجمعت عليه نتائج الدراسات التي تم سردها كدراسة كل من (Rachel Apple, et al : 2018) و (Jina Choo,2013) في تقييمها للعلاقة بين مؤشر كتلة الجسم وتأثيره على ابعاد جودة والحياة

- خلصت بعض الدراسات إلى أن أهمية الكفاءة الذاتية تكمن في مساعدة المريض على الحمية الغذائية واتباع البرامج العلاجية وكذلك تحسين جودة الحياة الى ان الفعالية الذاتية وممارسة التمارين بين مستويات زيادة الوزن والسمنة على أساس مؤشر كتلة الجسم ومتغيرات ديمغرافية التي بحثت في العلاقة بين متغيرات مثل الدراسة ( Pouran D Faghri,2015) ودراسة ( Senecal.2000 )

بناء على ما تم سرده نجد بأن الكثير من الدراسات السابقة تتسق مع دراستنا الحالية من خلال تناولجزء كبير منها سواء ما تعلق بمتغيرات الدراسة وأبعادها، أو اختيار العينة (السمنة)، المنهج (الوصفي)، وغير ذلك من أوجه التشابه، إلا أنه لم نتمكن من الوقوف على دراسات كافية تناولت موضوع دراستنا في المجتمع الجزائري بصفة خاصة والوطن العربي بصفة عامة وذلك في حدود علم الطالبة من حيث محركات البحث والمواقع الالكترونية"، إذ أن معظم الدراسات أجنبية، وكما نعلم أن متغيرات دراستنا محددة ثقافيا، وعليه فلا يمكن تعميم نتائج تلك الدراسات على بيئتنا دون اختبار الفروض. واستنادا الي الإشكالية التي تمت صياغتها والتساؤلات التي حاولت الباحثة من خلال الإجابة عليها فانه تم اقتراح الفرضيات التي تم فحصها والتأكد من صحتها.

## 6. فرضيات الدراسة:

1. نتوقع ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالسمنة.
2. نتوقع وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.
3. نتوقع عدم وجود فروق في كل من درجة الكفاءة الذاتية تعزى لكل من المتغيرات السوسيوديمغرافية (السن والجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي، والوضعية الاجتماعية والامراض المصاحبة ومدة المرض) لدى عينة الدراسة.
4. نتوقع وجود فروق في كل من ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة تعزى لكل من المتغيرات (السن، الجنس، المستوى التعليمي، والاقتصادي، والحالة الاجتماعية، والامراض المصاحبة ومدة المرض) لدى عينة الدراسة.
5. نتوقع وجود أثر للكفاءة الذاتية على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة.
6. نتوقع وجود أثر لجودة الحياة المتعلقة بالصحة على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة.
7. نتوقع وجود أثر تفاعل بين الامراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.
8. نتوقع وجود أثر الامراض المصاحبة ومدة المرض على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

## 7. التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة:

**1.7 الكفاءة الذاتية: "Self-efficacy"** بأنها من المتغيرات النفسية الهامة التي تؤثر على سلوك الفرد حين يعمل على تحقيق أهدافه الشخصية، تعبر على معتقدات الافراد بانهم يستطيعون حث ذواتهم وتنظيم سلوكهم، تؤدي دور حاسما فيما اذا كانوا يفكرون في تغيير العادات الصحية الضارة أو يسعون لتأهيل نشاطهم، حيث ان ادراك الفرد بانه غير كفاء يقف عائقا امام وقايته لصحته"، يستدل بها في الدراسة الحالية من خلال الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس الكفاءة الذاتية لاستجابات المشاركين.

**2.7 جودة الحياة المتعلقة بالصحة: Health-related quality of life** جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQL) هي رضا الفرد أو سعادته بمجالات الحياة بقدر ما تؤثر أو تتأثر بـ" الصحة اذ يمثل تقييم HRQL محاولة لتحديد كيفية ارتباط المتغيرات ضمن بُعد الصحة (على سبيل المثال، المرض أو علاجه) بأبعاد معينة من الحياة تم تحديدها على أنها مهمة للأشخاص بشكل عام HRQL العام أو للأشخاص الذين

لديهم مرض معين HRQL الخاص بحالة معينة، تؤكد معظم تصورات HRQL على تأثيرات المرض على الأداء البدني والاجتماعي والدور الجسدي والنفسي والعاطفي والمعرفي. غالبًا ما يتم تضمين الأعراض والتصورات الصحية والجودة الشاملة للحياة في مجال مفهوم HRQL يستدل بها في الدراسة الحالية من خلال الدرجة الكلية المتحصل عليها من سلم مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة المقدم من طرف منظمة الصحة العالمية (2 SF 36 V)، والذي يضم ثمانية محاور تتمثل في: "الوظائف البدنية، القيود المرتبطة بالصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الاضطرابات الانفعالية، الطاقة، الصحة المدركة.

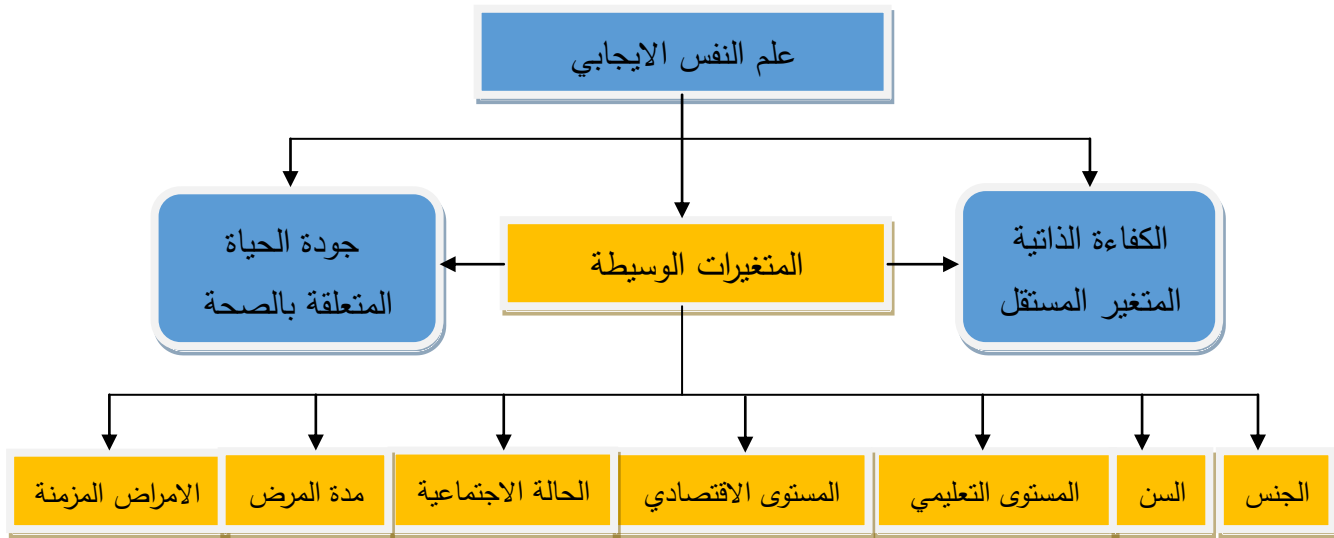
**3.7 السمنة: Obesity** تم تعريف السمنة بشكل أكثر دقة من قبل المعاهد الوطنية للصحة (NIH) على أنها مؤشر كتلة الجسم (BMI) يبلغ 30 وما فوق. وهو مؤشر رئيسي لربط وزن الجسم بالطول، هو وزن الشخص بالكيلوجرام (كجم) مقسومًا على طوله بالمتر المربع. نظرًا لأن مؤشر كتلة الجسم يصف وزن الجسم بالنسبة إلى الطول، فإنه يرتبط ارتباطًا وثيقًا (عند البالغين) بمحتوى الدهون الكلي في الجسم. قد يكون مؤشر كتلة الجسم لدى بعض الأشخاص أصحاب العضلات الشديدة دون مخاطر صحية لا داعي لها، حدد مؤشر كتلة الجسم من خلال التقييم الذاتي للمشاركين ( الطول والوزن  $BMI=kg/M^2$ )

الجدول رقم (01): تصنيف السمنة

مؤشر الكتلة IBM	التصنيف
وزن طبيعي	من 18.5-24.9
زيادة في الوزن	من 25-29.9
سمنة خفيفة درجة (1)	من 30-34.9
سمنة متوسطة درجة (1)	35-39.9
سمنة مفرطة درجة (3)	أكبر من 40كغ

منظمة الصحة العالمية(2020)

الشكل رقم (01): هيكلية متغيرات الدراسة



المصدر: من اعداد الباحثة



الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية



## تمهيد:

يُشكل مفهوم الكفاءة الذاتية Efficacy-Self محوراً رئيساً من محاور النظرية المعرفية الاجتماعية Theory Cognitive Social التي ترى أن لدى الفرد القدرة على ضبط سلوكه نتيجة ما لديه من معتقدات شخصية، فالأفراد لديهم نظام من المعتقدات الذاتية (Beliefs-Self) يمكنهم من التحكم في مشاعرهم وأفكارهم (Bandura, 1986)، ووفقاً لذلك فإن الكيفية التي يفكر ويعتقد ويشعر بها الفرد تؤثر في الكيفية التي يتصرف بها، إذ تشكّل هذه المعتقدات المفتاح الرئيسي للقوى المحركة لسلوك الفرد، فالفرد يعمل على تفسير إنجازاته بالاعتماد على القدرات التي يعتقد أنه يمتلكها، مما يجعله يبذل قصارى جهده لتحقيق النجاح (Bandura, 1997)، ويبرز أثر الكفاءة الذاتية من خلال المساعدة على تحديد مقدار الجهد الذي سي بذله الفرد في نشاط معين، ومقدار المثابرة في مواجهة العقبات، ومقدار الصلابة أمام المواقف الصعبة، فكلما زاد الإحساس بالكفاءة زاد الجهد والمثابرة والصلابة.

غير أن من الجوانب المكونة لشخصية الإنسان، الكفاءة الذاتية لديه، ففكرة الفرد عن نفسه وإيمانه بقدراته وإمكاناته يضمن له النجاح في الحياة، ومن الجدير بالذكر في هذا الأطروحة أن مصطلح (فاعلية الذات أو الكفاءة الذاتية) هما مفهومان مترادفان لنفس المفهوم باللغة الأجنبية Self-efficacy أو (Autoefficacité) لكن تختلف الترجمة من مرجع لآخر باللغة العربية نظراً لاتساع المفاهيم والمترادفات في لغتنا، وسيتم استخدام المصطلحين كمفهوم واحد في هذا المقام.

ونظراً لاعتبار هذا المتغير المهم (فاعلية الذات، الكفاءة الذاتية) كأفضل متنبأ بأداء وسلوك الفرد، سنخصص له هذا الفصل بالشرح والتفصيل، وذلك من خلال إعطاء مفهوم شامل له وأبعاده، وتبيين مصادر اكتسابه، والإسهامات الكفاءة الذاتية في مجال علم نفس الصحة.

## 1. مفهوم الكفاءة الذاتية:

يحمل المعنى العام لفاعلية الذات مصطلح الفعالية في معاجم اللغة العربية مدلولين. فقد وردت كلمة فاعلية بمعنيين متباينين في اللغة العربية، فالأول فعال بمعنى الفعل الحسن، الكرم، والمعنى الثاني الناقد والمؤثر ويقال "سلطة فعالة"، الناجح والمفيد ويقال "دواء فعال" والفاعلية بمعنى ما يحدث التأثير المنتظر منه، يقال "فاعلية الكلمة"، والثاني الفعاليات بمعنى الهيئات والقوى الفاعلة. (العرب، 2004، ص 34).

أما لفظ الذات يحمل في المعاجم اللغة العربية مدلولين، فقد وردت كلمة الذات بمعنيين مختلفين في اللغة العربية، فالأول الذات بمعنى "ما يصلح أن يعلم ويخبر عنه"، الثاني "ذات الشيء" بمعنى نفسه وعينه وجوهره، ويمكن تعريف فعالية الذات كون الشيء يؤدي إلى نتيجة، صفة ما يحدث الأثر المنتظر. ويعرفها حامد زهران بأنها "تكوين معرفي منظم، موحد ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتعميمات الخاصة بالذات ببلوره الفرد ويعتبره تعريف نفسيا لذاته." (زهران، 1990، ص83) ويرى باندورا " أن صورة الذات وحدها غير كافية لتفسير السلوكيات المختلفة للأفراد في المواقف المختلفة". (Bandura,1982,98)

هذا في الجانب اللغوي لفعالية الذات، أما المعنى الاصطلاحي فقد تم إدخال مصطلح فعالية الذات من طرف Bandura 1977 خلال اقتراحه لنظرية الأصول (Origines) والميكانيزمات الوسيطة، ومختلف الآثار للمعتقدات حول فعالية الذات. (Zimmerman,2000,p35).

وقبل إدراج بعض التعاريف المنشورة في التراث الأدبي والنظريات والدراسات السابقة نبين للقارئ الفرق بين مفهوم الكفاءة والفعالية لإزالة اللبس والخط بينهما. لان نجد في بعض التعاريف مصطلح الكفاءة الذاتية وبعضها الآخر يعتمدون على مصطلح الفاعلية الذات لأنها أعمق وأدق من مصطلح الكفاءة الذاتية. اذ ان الفرق بين كلمة الفاعلية والكفاءة: من خلال مراجعة بعض المصادر وتحليل ما جاء بها لا يوجد فرق بين المصطلحين وخاصة في علم النفس عكس ما نجد في علم الاقتصاد. وبناء عليه اعتمدت لما جاء في المراجع محأولة التعمق حول مفهوم (الفعالية الذاتية/الكفاءة الذاتية) من خلال استعراض جملة من التعاريف باختلاف المصطلح حسب المراجع المعتمدة:

#### تعريف الكفاءة الذاتية:

يعد مفهوم الكفاءة الذاتية من مفاهيم علم النفس الحديث، حيث أشار إليه باندورا في نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي مركزا على أهمية التفاعل الاجتماعي والمعايير الاجتماعية والسياق والظروف الاجتماعية. وقد عرف باندورا (bandura) فاعلية الذات بأنها "الأحكام التي يصدرها الأفراد على قدراتهم لتنظيم وانجاز الأعمال التي تتطلب تحقيق أنواع واضحة من الأداء" (Bandura,1997,p123). أول من قدم مصطلح الكفاءة الذاتية في علم النفس عامة وعلم نفس الصحة خاصة، فالأشخاص أحيانا يتجنبون المواقف والأنشطة التي تعتبر كتهديد لهم في حين يلتزمون بتنفيذ المهام التي يشعرون بكفاءتهم اتجاهها.

بمعنى أن الكفاءة الذاتية هي الاعتقاد بقدرتنا على انجاز وتنفيذ ما نرغب في انجازه، هذا الاعتقاد هو أحد العناصر الرئيسية في التوافق النفسي والرفاه الجسدي (Bien-être physique) ووضع استراتيجيات للتقييم الذاتي لتغيير السلوك (Mehreran,2010 ,p137).

وقد أشار باندورا (Bandura,1982) "الكفاءة الذاتية بأنها معتقدات الفرد المتعلقة بإمكاناته للقيام بمستويات معينة من الأداء تؤثر في إحداث حياته، ومن ثم فهي تتضمن أحكام المتعلقة بقدرته على تقييم قدراته بطريقة تسمح له تحقيق مستوى معين من التحكم بأحداث ومواقف الحياة" (Chabrol et Radu, 2008, p151).

وأشار باندورا (Bandura,1998) في تعريف آخر للكفاءة الذاتية بأنها "توقعات الفرد عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض، وتنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء، وكمية الجهود المبذولة ومواجهة الصعاب وانجاز السلوك" (bandura ,1998 ,p47).

ويرى شفارتزر (Schwarzer,1994) "أن معتقدات الكفاءة الذاتية كبعْد ثابت من أبعاد الشخصية، تتمثل في قناعات الفرد الذاتية حول قدرته في التغلب على المشكلات الصعبة ومتطلباتها التي تواجهه. كما أشار كورمير ونورس (Cormier&Nurius 2003) إلى الكفاءة الذاتية على أنها إحدى استراتيجيات إدارة الذات. وكلما زادت قناعة الفرد بأن لديه قدرات تمكنه من حل المشكلات بكفاءة، زادت لديه الدافعية لتحويل هذه القناعات إلى سلوك واقعي (Schwarzer, 1994, p 105) .

كما يعرفها باندورا البرت (Bandura,2007) "بأنها اعتقادات الفرد حول قدرته على تحقيق مستويات من الأداء تؤثر على الأحداث التي تمس حياته وشعور الفرد بأنه قادر على فعل شيء ما في مواجهة الأحداث وأنها تحت سيطرته غالباً" (Bandura.A,2007 ,p859).

أما دوفانوواكر (Dovan& Walker) يرى "بأنها القدرة أو الإمكانية على أداء السلوك المطلوب، ومن ثم التأثير في العمليات ومجريات الأمور" الإحداث التفسير والتطور".

بينما يعرفها رادوج ووينكينغ (Wilkening and Bharadway (1997), بأنها: "الإمكانية والقدرة على التأثير النشط وممارسة الضبط عبر مظاهر البيئة، والإيجابية اتجاه الأحداث المختلفة وهي مظاهر تسهم في شعور الفرد بالقدرة على الإنجاز وتقدير الذات".

ويذكر (Shell.M, 1989) أن الكفاءة الذاتية هي: "الميكانيزم الذي من خلاله يتكامل الأشخاص ويطبّقون مهاراتهم المعرفية والسلوكية والاجتماعية على أداء مهمة معينة، ويعبر عنها بأنها صفة شخصية في القدرة على أداء المهام بنجاح في مستوى معين" (الدردير، 2004، صص 115-116)



ويرماير (1996) Mayr "أن الكفاءة الذاتية قناعة الفرد بمدى وجود القدرة لديه على أداء سلوكيات معينة" (محمود، 2009، ص4).

أما ايقان (1982) Egan فيرى "أن الفعالية الذاتية لها علاقة كبيرة برغبة الأفراد واستعداداتهم لبذل وتقديم الجهد والتفاعل مع الصعوبات ومواجهتها ومقدار الجهد الذي سيبدلونه (الدرديري، 2004، ص 209).

ويرى سيرفون وبيك (beck&servon) "أن معتقدات الأشخاص حول فاعلية الذات تحدد مستوى الدافعية كما تتعكس من خلال المجهودات التي يبذلونها في أعمالهم والمدة التي يصمدون في مواجهة العقبات، كما انه كلما تزايدت ثقة الأفراد في فاعلية الذات لديهم تزايد مجهوداتهم ويزيد إصرارهم على تخطي ما يقابلهم من عقبات" (الجاسر، 2007، ص 28).

ويرى كريتش (krech) أن الفاعلية الذاتية تعني " ثقة الشخص في قدراته على انجاز السلوك بعيدا عن شروط التعزي" ( krech,1998,p9 ).

كما عبر كولي (Cooley) عن مفهوم الكفاءة الذاتية المدركة من وجهة نظر اجتماعية حيث أن أحكام الآخرين الذين يعتبرون مهمين بالنسبة للفرد، وردود أفعالهم، اتجاه كفاءة الشخص في الموضوعات المختلفة، تعتبر الأساس في تقدير الذات ن فإذا كانت ردود الأفعال سلبية، فان ذلك يؤدي إلى تقدير ذات الشخص منخفض، وإذا كانت ردود فعلهم ايجابي فانه سيؤدي إلى تقدير ذات مرتفع ( , Baumeister,1993 p35)

في حين عرفها جولدنستون (1984, Goldenston) "الكفاءة الذاتية بأنها إحساس عام بقدرة الشخص وفاعليته وقوته للعمل بمثابة قوة دافعة للحصول على نتائج مرغوبة".

ويشير كل من هالين ودانهيرز (Hallian&Danaherm, 1994) إلى "أن الكفاءة الذاتية تعني ثقة الأفراد فيما يتعلق بقدراتهم على الأداء في المجالات المتنوعة ويكون الفرد أكثر معرفة لنفسه إذا كانت لديه المقدرة على إحراز الهدف، وهي تؤثر على الأهداف البعيدة والمتصلة بالقدرة على انجاز السلوك وتعتمد إلى حد ما على قدرة الشخص، ولكن ليست مرادفة لمفهوم القدرة. (Haillan&Danaher, 1994, p78) .

وعرفت (2001) بأنها: "ثقة الفرد الكامنة في قدراته خلال المواقف الجديدة أو المواقف ذات المطالب الكثيرة وغير المألوفة" (رامي اليوسف، 2013، ص 333).

أما (المزروع، 2007) فاعتبر فاعلية الذات إحدى موجهاً السلوك فالفرد الذي يؤمن بقدرته يكون أكثر نشاطاً وتقديراً لذاته، ويمثل ذلك مرآة معرفية للفرد، وتشعره بقدرته على التحكم في البيئة، حيث تعكس

معتقدات الفرد عن ذاته وقدرته على التحكم في معطيات البيئة من خلال الأفعال والوسائل التكيفية التي يقوم بها، والثقة بالنفس في مواجهة ضغوط الحياة (حجازي، 2013، ص 4)

أما زميرمان (2000) Zimmerman يرى بأنها "تشير الكفاءة الذاتية إلى إدراكات الشخص لقدرته على تنظيم وتنفيذ الأعمال الضرورية للحصول على الأداء المحدد للمهارة من أجل تنفيذ المهمات والأهداف الأكاديمية، مثل: الدرجات، والتقدير الاجتماعي، أو فرص العمل بعد التخرج كلها تتنوع بصورة واسعة في طبيعة ووقت إنجازها. (Zimmerman, 2000, p83)

تعريف الزيات (2001) يرى أنها: "اعتقاد الفرد لمستوى إمكانات حسية فسيولوجية عصبية، لمعالجة المواقف والمهام أو المشكلات أو الأهداف الأكاديمية والتأثير في الأحداث لتحقيق إنجاز محددات البيئة القائمة (الزيات، 2001، ص 38)

أما العتوم وآخرون (2005) "معتقدات الفرد حول قدرته على تنفيذ مخططاته، وإنجاز أهدافه فهي المعتقدات الافتراضية التي يمتلكها الفرد حول قدرته (العتوم وآخرون، 2005، ص 120).

أما برجر (Burger.k,1990) بأنها: "اعتقاد الشخص بأنه يمتلك قدرة على التأثير في البيئة. وعرفها سامي محمد زيدان (2000) على أنها "إدراك الفرد لقدراته على إنجاز السلوك المرغوب فيه بإتقان ورغبة في أداء الأعمال الصعبة، وتعلم الأشياء الجديدة والتزامه بالمبادئ وحسن تعامله مع الآخرين، وحل ما يواجهه من مشكلات واعتماده على نفسه في تحقيق أهدافه بمثابرة وإصرار (قريشي، 2011، ص 94).

ويعرفه أيضا كل من ميرفي وبرينغ (Bring et Mirvy) بأنها: "ميكانيزم ينشأ من خلال تفاعل الفرد مع البيئة واستخدامه لإمكانياته المعرفية ومهاراته الاجتماعية والسلوكية الخاصة بالمهمة، وهي تعكس ثقة الفرد بنفسه وقدراته على النجاح في الأداء". (العتيبي، 2008، ص 22).

ويرى كل من ويتن ولويد (weiten et Lioyd,2003) أن الكفاءة الذاتية على أنّها القدرة على تبني مشروعات وأهداف، وتحقيق هذه المشروعات والأهداف مع المثابرة لتحقيقها مهما كانت الصعوبات، حيث ترتبط الكفاءة الذاتية بالنجاح المهني والأكاديمي، وتبني عادات صحية مع القدرة على التعامل مع الضغوط (ويتن ولويد، 2003، ص 143)

كما أشار أدلر Adler إلى البعد الاجتماعي في الكفاءة الذاتية لدى الفرد من خلال القدرة على الاهتمام الاجتماعي، فالعلاقات الاجتماعية هي الضمان الوحيد لبقاء الجنس البشري ووجوده من خلال التفكير والعقل والمنطق والأخلاق والجماليات، فجميعها أمور لا تنشأ إلا في المجتمع، فهي مسالك بين الأفراد القصد منها

حفظ الحضارة من التحلل أن قدرة الفرد على مواجهة مغزيات الحياة الاجتماعية، وتمثله السمات والانفعالات الشخصية المقبولة كالاهتمام الاجتماعي واحترام قيم المجتمع والتعاطف والتواضع الحقيقي يؤدي إلى علاقات اجتماعية أفضل (Hart et al,1997,p109)

من خلال هذه التعاريف نستخلص أن الكفاءة الذاتية هي تفاعل بين عوامل داخلية وعوامل خارجية، وذلك من خلال توظيف إمكاناته المعرفية العقلية والسلوكية الاجتماعية، إن الإحساس القوي بالكفاءة الذاتية يسهم في تعزيز إنجازات الفرد بعدة طرق. فالأشخاص الأكثر ثقة بقدراتهم ينظرون إلى المهام الصعبة باعتبارها تحديات ينبغي التغلب عليها، بدلاً من رؤيتها تهديداً ينبغي تحاشيه والابتعاد عنه. ومثل هذه النظرة الفعالة تعمل على تشجيع الاهتمام الذاتي والانهماك العميق في تأدية المهام، إذ يقوم هؤلاء الأشخاص بوضع أهداف شخصية مثيرة للتحدي، ويلتزمون بها بقوة، كما يزيدون من جهودهم ويحافظون عليها ليقفوا في وجه الفشل، وسرعان ما يستعيدون إحساسهم بالكفاءة الذاتية بعد مرورهم بفترات من الفشل أو الهزيمة. وإذا ما أخفق هؤلاء فإنهم يعززون الفشل إلى عدم كفاية الجهود أو نقص المعرفة والمهارات اللازمة لتحقيق المهمة. ومثل هذه النظرة الفعالة تؤدي إلى الإنجاز الشخصي لدى الفرد، وتقلل من الضغط النفسي، ومن القابلية للتعرض للاكتئاب، ومواجهة الصعوبات وتخفيف حدة القلق، كما أن مفهوم يحظى بنجاحات في مجالات عديدة. نظراً للاختلاف بين المفهومين وهذا ما يثبت اختلاف التسمية من مرجع لآخر ومن مؤلف لآخر وذلك حسب البيئة بالنمذجة والملاحظة

اتضح لنا ان فاعلية الذات/ الكفاءة الذاتية مفهوم مركب تحكمه عدة عوامل ومتغيرات، وان لها اسهامات في شتى الميادين منها الاجتماعية والتربوية والمهنية والصحية.ومن خلال تتقيح هذه التعاريف نخلص الى خصائص الكفاءة الذاتية نذكرها في النقاط التالية:

- ان فاعلية الذات ترتبط بالتوقع والتنبؤ.
- فاعلية الذات ليست سمة ثابتة أو مستقرة في السلوك وتختلف باختلاف المواقف والأنشطة.
- فاعلية الذات هي مجموعة الأحكام والمعتقدات والمعلومات عن مستويات الفرد وامكانياته.
- فاعلية الذات هي قدرة من الاستطاعة سواء كانت فسيولوجية أو عقلية أو نفسية بالإضافة إلى توفر الدافعية في الموقف.
- ثقة الفرد في النجاح في أداء عمل ما.

- يذكر باندورا (bandura,1977) ان هناك خصائص عامة يتميز بها ذووالكفاءة الذاتية المرتفعة والذين لديهم ايمان قوي في قدراتهم وخصائص يتميز بها ذووالكفاءة المنخفضة ندرجها في جدول لتوضيح أوجه الاختلاف بين الفئتين.

الجدول رقم (02): خصائص الكفاءة الذاتية

خصائص الأشخاص ذو الكفاءة الذاتية المنخفضة	خصائص الأشخاص ذو الكفاءة الذاتية المرتفعة
- يخجلون من المهام الصعبة.	- يتميزون بمستوى عال من الثقة بالنفس
- يستسلمون بسرعة.	والقدرات
- لديهم طموحات منخفضة.	- يتمتعون بمثابرة عالية في مواجهة
- ينشغلون بنقائصهم ويهملون المهام المطلوبة.	العقبات
- يركزون على النتائج الفاشلة.	- مستوى طموح مرتفع
- ليس من السهل أن ينهضون من النكسات.	- لديهم القدرة على التخطيط للمستقبل
- يقعون بسهولة ضحايا للإجهاد والاكنتاب	- لديهم طاقة عالية
	- يتصفون بالتفاؤل
	- لديهم القدرة على تحمل الضغوط والاحداث الضاغطة
	- لديهم القدرة على تحمل المسؤولية

- ومن خلال ما تم ذكره عن خصائص الكفاءة الذاتية فقد تم استنتاج العوامل المؤثرة في الكفاءة الذاتية مثل صعوبة الموقف، كمية الجهد المبذول، مدى مثابرة الفرد، وعليه نجمها في ثلاث مجموعات كالاتي:
- المجموعة الأولى: التأثيرات الشخصية:** لقد أشار زميرمان (zimmerman,1989) إلى ان ادراكات فاعلية الذات لدى الفرد في هذه المجموعة تعتمد على اربع مؤثرات شخصية
- المعرفة المكتسبة: وذلك وفقا للمجال النفسي لكل منهم
  - عمليات ما وراء المعرفة: هي التي تحدد التنظيم الذاتي لدى الفرد.

- الأهداف: ان الفرد الذي يركز على اهداف بعيدة المدى أو يستخدمون عمليات الضغط لمرحلة ما وراء المعرفة قيل عنهم انهم يعتمدون على إدراك فاعلية الذات لديهم وعلى المؤثرات على المعرفة المنظمة ذاتيا (Zimmerman,1989:125).

- المؤثرات الداخلية: وتشمل قلق الفرد ودفاعية مستوى طموحه وأهدافه الشخصية.

المجموعة الثانية: التأثيرات السلوكية: وتشمل ثلاث مراحل نذكرها في النقاط التالية:  
(Bandura, 1977)

ملاحظة الذات: إذ أن ملاحظة الفرد لذاته قد تمده بمعلومات عن مدى تقدمه نحو إنجاز أحد الأهداف.

الحكم على الذات: وتعني استجابة الطلاب التي تحتوي على مقارنة منظمة لأدائهم مع الأهداف المطلوب تحقيقها وهذا يعتمد على فاعلية الذات وتركيب الهدف.

رد فعل الذات: الذي يحتوي على ثلاثة ردود هي: "السلوكية، معرفية، انفعالية"

المجموعة الثالثة: التأثيرات البيئية: لقد أكد باندور (Bandura,1977, p91) المتعلم لفاعلية ذاته مؤكداً على الوسائل المرئية، ومنها التلفاز وأن تأثير النمذجة الرمزية يكون لها تأثيراً كبيراً في اعتقادات الفاعلية بسبب الاسترجاع المعرفي، وأن هناك خصائص متعلقة بالنموذج، ولها تأثير في فاعلية الذات (ولاء يوسف، 2016، ص 28)

خاصية التشابه: تقوم على خصائص محددة مثل (الجنس، والعمر، والمستويات التربوية، والمتغيرات الطبيعية).

التنوع في النموذج: وتعني عرض نماذج متعددة من المهارة أفضل من عرض نموذج واحد فقط، وتأثيرها أقوى فيرفع الاعتقاد في فاعلية الذات.

## 2. أهمية الكفاءة الذاتية:

من خلال الدراسات تجريبية حول الأهمية السلوكية لتوقعات الكفاءة الذاتية يحظى مفهوم الذات أو المعرفيات المتمركزة حول الذات بأهمية كبيرة باعتباره عامل تأثير مهم على النواحي الانفعالية والسلوكية وعلى السلوك الصحي بصورة خاصة، وتشير نتائج الدراسات التي أجريت على توقعات الكفاءة الذاتية لتعزيز موثوقية هذا البناء في تعديل السلوك والتنبؤ به في مجالات مختلفة كالإنجاز المدرسي، والترقي المهني والاضطرابات الانفعالية والصحة النفسية والجسدية. (سامر جميل رضوان، 1997، ص 51). كما أظهرت مجموعة من الدراسات وجود علاقة بين الإجهاد واستراتيجيات التغلب على الإجهاد أو المشقة وتوقعات الكفاءة، حيث تعتبر توقعات الكفاءة جزء من موارد التغلب التي يمتلكها شخص ما. وحسب نظرية الكفاءة

الذاتية لباندورا (Bandura,1977) أنّ الصحة لا تتحقق بصفة كاملة الا من خلال تنمية الكفاءة الذاتية والممارسة الفعالة للسلوكات الصحية الإيجابية لرفع قوى المناعة وأيضًا إلى تحسين استراتيجيات التغلب فبناء القناعات التفاضلية يمكن أن يعوض الضعف الحاصل في جهاز المناعة الناجم عن الإجهاد، وإلى جانب الأمثلة المذكورة أعلاه هناك مجموعة من الأمثلة حول توقعات الكفاءة وتعديل السلوك في مجالات عديدة مثل (الاكتئاب والقلق والخوف والسلوك الجنسي والعدوى، واستخدام الواقي لدى الذكر في الممارسة الجنسية الصحية، والتوقف عن التدخين، والنشاطات الرياضية، وضبط الوزن والتغذية الصحية. التي تبرهن فاعلية الكفاءة الذاتية في السلوك الصحي، الأمر الذي قاد تصور توقعات الكفاءة الذاتية، ليصبح نموذجًا أساسيا في إطار علم نفس الصحة (Heath Psychology) إلى جانب النماذج الأخرى التي تسعى إلى تفسير السلوك الصحي، والسلوك غير صحي عند الناس كنموذج القناعات الصحية Heath-Belief-Model ونظرية السلوك المخطط، ونظرية دوافع الحماية، ونظرية الإدارة، ونظرية العزو السببي...). ومنه فإنّ الكفاءة الذاتية تعتبر جزء من الجانب الصحي، فهي تمثل وسيطا معرفيا. (Reschke, 1993, p33)

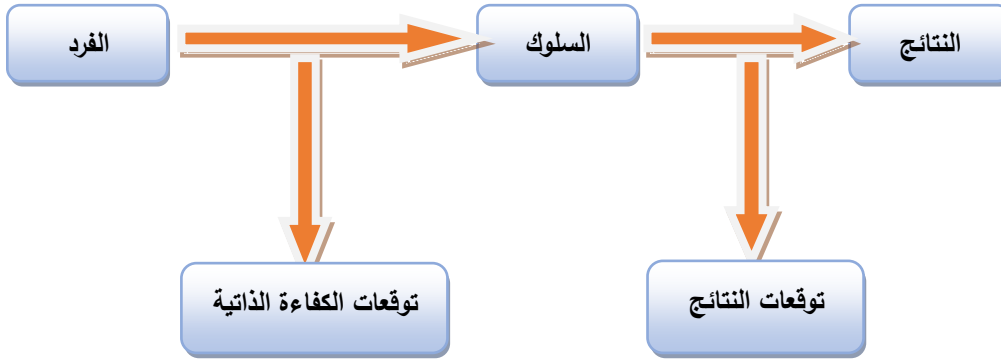
### 3. توقعات الكفاءة الذاتية وتوقعات النتائج والمواقف:

يؤكد باندورا (Bandura) على وجود نوعين من التوقعات يرتبطان بنظرية فاعلية الذات ولكل منهما تأثيراته القوية على السلوك وهما: التوقعات الخاصة بالكفاءة الذاتية والتوقعات المتعلقة بالنتائج المرتبطة بالكفاءة الذاتية فإنها تتعلق بإدراك الفرد بقدرته على القيام بأداء سلوك محدد وهذه التوقعات يمكنها أن تساعد على تمكن الفرد من تحديد ما إذا كان قادرًا على القيام بسلوك معين أم لا في مهمة معينة وتحدد مقدار الجهد المطلوب منه للقيام بهذا السلوك وأن يحدد إلى أي حد يمكن لسلوكه أن يتغلب على العوائق الموجودة في هذه المهمة. (عبد العزيز، 2010، ص 160)، وتؤكد هذه النظرية أن أداء السلوك الصحي وممارسته الفعلية لشراطين أساسيين هما:

1. توقعات الفاعلية: Efficacy expectation خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك الانجح والأنسب، ويعني القدرة المدركة على أداء السلوك مثلا هل أعتقد بأنني قادر على ممارسة السلوك المناسب أو الملائم.
2. توقعات النتيجة: Out come expectation خاصة بنتائج السلوك أو نجاح الاعتقاد بأن السلوك سيققق النتائج الإيجابية.

لقد وضح باندورا (1977) الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية وتوقع النتائج من خلال منظومة ممثلة بالشكل التالي:

الشكل رقم (02): يبين الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية وتوقعات النتائج

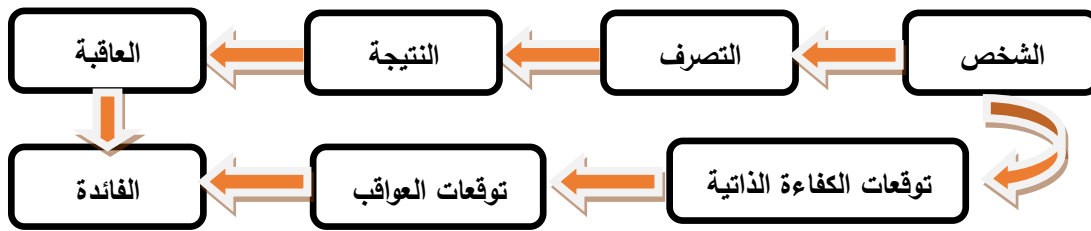


المصدر: الفطامي، 2004، ص 168

حسب باندورا يختلف مفهوم الكفاءة الذاتية المتوقعة عن مفهوم النتائج المتوقعة هذه الأخيرة يقصد بها تقييم الفرد بان أداء سلوك معين يفضي الى نتائج محددة، حيث تتضمن توقعات النتائج في معناها، ما يعتقده الفرد في تقديره للسلوك الذي يدفعه بنتائج ادائه، أما الكفاءة الذاتية تتضمن تطور القناعة لدى الفرد بقدرته على تحقيق الاداء الناجح وتحقيق الاهداف المتوقعة وانجازه للسلوك المرغوب، مع تحقيق النتائج المرغوبة التي تسبق توقعات الفرد عن نتائج السلوك.

وقد طور شفارتزرر نموذج الكفاءة الذاتية العامة لباندورا في حين ان الكفاءة الذاتية وتوقعات النتيجة مستقلان عن بعضهما عند باندورا ورتبهما بالتسلسل وراء بعضها فقد أضاف شفارتزرر العاقبة التي تاتي بعد النتيجة ومن ثم الفائدة كتوقع جديد.

الشكل رقم (03): يبين النظري للقيمة - التوقع لشفارتزرر 1994



المصدر: حسن زيد، 2020، ص 81

بالمقارنة بين نموذج باندورا ونموذج شفارتزرر نستنتج ان شفارتزرر أكد على العوامل الوسيطة التي تتدخل في العملية، وتحديد الأهداف والفائدة التي يتحصل عليها الفرد من خلال القيام بالسلوك. اما باندورا يرى ان الفعالية الذاتية المتوقعة هي الحكم على قدرة الفرد على الإقناع بان الفرد سيؤدي سلوكا معين بنجاح لتحقيق نتيجة متوقعة، اي توقعات الكفاءة الذاتية تقوم الفرضيات الفرد حول إمكانيات تحقيق خيارات

السلوك، بينما سفارتزرر يبين أن حكم الفرد على النتائج المحتملة التي تنتجها هذه الاداءات بتقدير وتثمين الشخص للنتيجة التي سيصل إليها آخذا بعين الاعتبار العواقب والفائدة، بحيث توقع النتائج تأخذ ثلاثة أشكال كبرى في كل شكل تعمل فيه التوقعات الايجابية كمحفزات (محررض) في حين تعمل التوقعات السلبية كعوائق (المثبط) كالاتي:

- الآثار البدنية والسلبية والايجابية التي ترافق وتتضمن الخبرات الحسية السارة والمنفرة وعدم الراحة الجسدية.

- الآثار الاجتماعية السلبية والايجابية فالآثار الايجابية تشمل التفاعلات الاجتماعية كمتغيرات الاتجاه، والتقدير الاجتماعي، والانتماء، والرغبة بالانتماء. بينما الآثار السلبية تشمل الرفض الاجتماعي، عدم الموافقة النقد.

التقييم الذاتي: الذي يمثل الفئة المهمة لتوقعات النتائج وهو بدوره يتمثل أيضا في التقييم الايجابي والسلبى للسلوك الشخصي، فتوقع التقدير الرضا الشخصي يحفز إلى أداء متفوق في حين أن توقع خيبة الأمل تؤدي الى فقد الذات وضعف في مستوى الأداء(دودو،2015، ص49).

من خلال ما تم عرضه وتحليله نستنتج ان الكفاءة الذاتية لها مكونات ندرجها في النقاط التالية:

- **المكون المعرفي:** يعني حجم المعلومات التي تقوم الفرد بمعالجتها من خلال الوعي الذاتي والمعتقدات عن ذلك الموضوع .

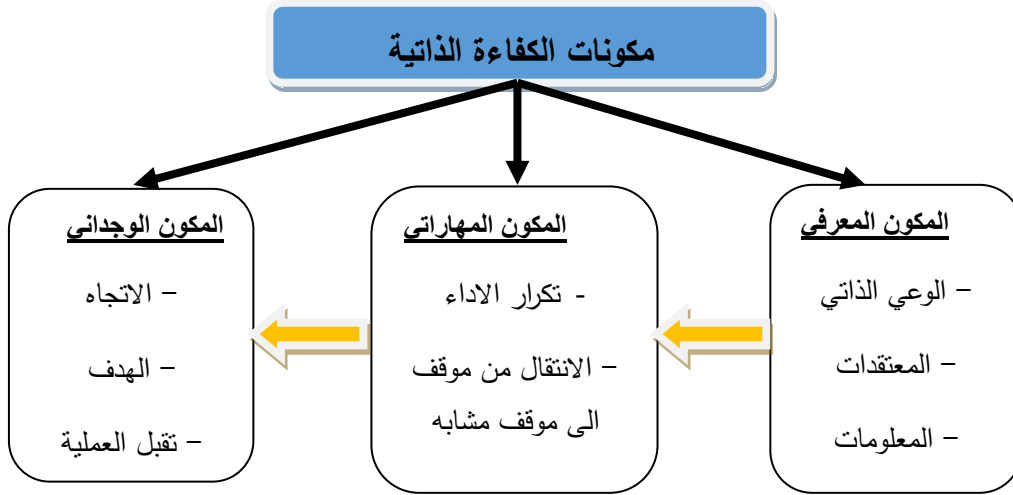
- **المكون المهاري:** حجم المهارات التي يمتلكها الفرد ويوظفها في مواقف المثيرة.

- **المكون الوجداني:** الاتجاه ومدى ايجابيته فضلا عن عملية التقبل

من خلال الشكل الذي يبين مكونات الكفاءة الذاتية لنظرية باندورا :



الشكل رقم (04): مكونات الكفاءة الذاتية



المصدر: من اعداد الباحثة

من خلال تحليلنا لمكونات الكفاءة الذاتية نجد أن الكفاءة الذاتية من المكونات الشخصية ذات الأهمية التي افترضت أن سلوك الفرد والعوامل البيئية والاجتماعية تتفاعل فيما بينها بدرجة كبيرة، فسلوك الفرد يتحدد تبادلياً بالمؤثرات الداخلية الوجدانية والمؤثرات الخارجية البيئية التي أطلق عليها باندورا أبعاد الكفاءة الذاتية التي يلي شرحها بالتفصيل

#### 4. أبعاد الكفاءة الذاتية:

تتكون الكفاءة الذاتية بالنسبة لباندورا (Bandura,1976) من ثلاثة أبعاد هي: الكفاءة الذاتية السلوكية المرتبطة بالمهارات الاجتماعية، والكفاءة الذاتية المعرفية والمرتبطة بالمعتقدات حول السيطرة على الأفكار، والكفاءة الذاتية الانفعالية والمرتبطة بالسيطرة على المزاج أو المشاعر في مواقف محددة، ويتأثر التغيير السلوكي بمدى إحساس الفرد بقدرته على السيطرة والتحكم. فإذا ما اعتقد الأفراد بأنه يمكنهم أن يقوموا بعمل غاية حل مشكلة معينة، فإنهم يشعرون بأنهم أكثر التزاماً بهذا القرار. وإن الشخص الذي يؤمن بقدرته على التأثير على الأحداث، يمكنه أن يجعل حياته أكثر نشاطاً وتصميماً، إذن معتقد "الاستطاعة" يعكس إحساساً بتحكم المرء في بيئته، وبالسيطرة على التحديات التي يفرضها السلوك الذي تم اختياره والقيام به، كما أن هذا الاعتقاد يتضمن نظرة تفاعلية لقدرة المرء على مواجهة الضغط النفسي، وتؤثر المعتقدات المعرفية المتعلقة بالكفاءة الذاتية على أنماط التفكير التي إما أن تكون معززة للذات أو معيقة لها، حيث إن مدركات الأشخاص المتعلقة بكفاءتهم تؤثر على أنواع السيناريوهات المتوقعة، التي ينشئونها ويستعيدونها عند

الحاجة، إذ يرى الأشخاص الذين يشعرون بقدر عالٍ من الكفاءة التصورات الناجح ماثلة في ذهنهم، مما يعطيهم دافعاً إيجابياً لأداء المهام (Bandura.1989 ,p52).

بناءً عليه الكفاءة الذاتية تعني مستوى دوافع الفرد للأداء في المجالات المختلفة، ويختلف ذلك المستوى تبعاً لطبيعة وصعوبة الموقف، ويؤكد باندورا على أن طبيعة التحديات التي تواجه الفاعلية الشخصية يمكن الحكم عليها من خلال مختلف الوسائل، ويبدو مستوى الكفاءة الذاتية بصورة أوضح عندما تكون المهام مرتبة وفقاً لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقع الكفاءة، ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة ومتوسط الصعوبة، حيث أنه من خلال التنظيم الذاتي لم يعد الفرد ينجز أي عمل عن طريق الصدفة، ولكن فاعلية الفرد هي التي تدفعه لينجز عمله بطريقة منظمة من خلال مواجهة حالات العدول عن أداء العمل. (عبد الرحمن، 2011، ص 49).

أما الزيات (2001) فيرى أن الفاعلية لدى الأفراد تتباين بتباين عوامل عديدة أهمها: (الزيات، 2001، ص 510).

- مستوى الإبداع أو المهارة أو البراعة level of ingenuity
- مدى تحمل الإجهاد exertion
- الإنتاجية productivité
- مدى تحمل التهديدات أو الضغوط thread
- ضبط الذاتي المطلوب self-régulation required.
- مستوى الدقة accurary

#### ➤ العمومية: generality

ويشير هذا البعد إلى الانتقال كفاءة الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة، وتتباين درجة العمومية ما بين اللامحدودية والتي تعبر عن أعلى درجات العمومية، والمحدودية الأحادية التي تقتصر على المجال أو النشاط أو مهام محددة، وتختلف درجة العمومية باختلاف المحددات التالية: (عطاف محمود، 2012، ص 620).

- درجة تماثل الأنشطة
- الفرد يمكنه النجاح في أداء مهام بنجاحه في أداء أعمال ومهام مشابهة
- وسائل التعبير عن إمكانية (سلوكية ومعرفية وانفعالية).
- الخصائص الكيفية للمواقف (موقف الشخص محور السلوك).

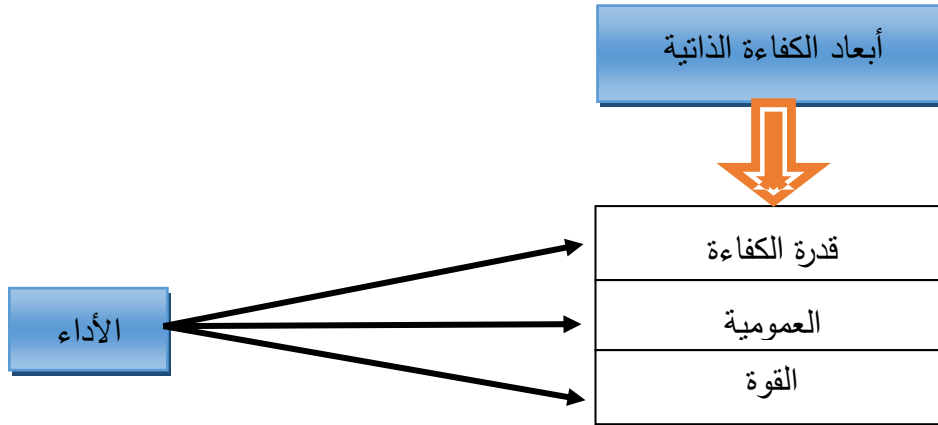
ويبين (Bandura.A, 1997) ان العمومية تتحدد من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في مقابل الأنشطة المحددة. وأنها تختلف تبعا لاختلاف عدد من الأبعاد، أهمها درجة تشابه الأنشطة، والطرق التي تعبر عن إمكانيات أو القدرات، ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف، وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك. (السيد أبوهاشم، 1994، ص 48)

### ➤ القوة أو الشدة: strength or intensity

فالمعتقدات الضعيفة عن الفعالية تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه، وتتحدد قوة كفاءة الذات لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة، ومدى وملاءمتها للموقف، ويشير هذا البعد أيضا إلى عمق الإحساس بالكفاءة الذاتية أي قدرة وشدة اعتقاد الفرد أو عمق إدراكه أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة موضوع القياس، ويتدرج بعد القوة أو الشدة ما بين قوي جدا أو ضعيف جدا. (فتحي الزيات، 2001، ص 511).

ويؤكد باندورا 1977 على أن قوة توقعات كفاءة الذات تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى وملاءمتها للموقف. (Bandura, 1997,p 198). والشكل التالي يلخص أبعاد الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأداء الفرد.

### شكل رقم (05): أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا



المصدر: باندورا، 1997، ص 198.

### 5. مستويات الكفاءة الذاتية:

توضح دراسة Sanders et Woolley (2005) أهم المستويات المتعلقة بالفعالية الذاتية وهي ثلاثة على النحو التالي:

➤ **المستوى الكلي:** ويقصد به نشاط الفعالية الذاتية بشكل عام أو عموما أو في المواقف العامة.

➤ **المستوى الجزئي أو المجال:** ويقصد به نشاط الفعالية الذاتية في مجال معين بعينه دون مجال آخر، كأن يكون الفرد فعالاً في مجال أكاديمي دون فعاليته في مجال اجتماعي أو مجال صحي... وهكذا.

➤ **المستوى الخاص والمتعلق بمهمة خاصة:** ويقصد به نشاط الفعالية الذاتية في أداء مهمة معينة محددة خاصة دون الظهور ذلك النشاط في أية مهمة أخرى (Sanders etWoolley, 2005,p68).

## 6. مصادر الكفاءة الذاتية:

من خلال ما تم عرضه من حيث التعاريف وأبعاد ومكونات الكفاءة الذاتية أشار باندورا إلى أربعة مصادر تؤثر في الكفاءة الذاتية، وهي

➤ **الخبرات والإنجازات الذاتية أو الفعلية للفرد:** وهي العامل الأكثر أهمية في تحديد الكفاءة الذاتية لدى الفرد. فالنجاح يرفع من مستوى الكفاءة الذاتية بينما يخفضه الفشل .

➤ **النمذجة والخبرات البديلة الإنابية:** وهي تشكل مصدراً لغرس وتقوية الإحساس بالكفاءة الذاتية والثقة بالذات، وهي خبرات الانتصار التي تقدمها النماذج الاجتماعية .

➤ **الإقناع الاجتماعي واللفظي للفرد،** وبشكل مصدراً لتقوية معتقدات الأشخاص أنهم يمتلكون ما يحتاجون إليه لتحقيق النجاح، ويرتبط الإقناع الاجتماعي بالتشجيع والتثبيط .

➤ **العوامل الفسيولوجية والاستثارة الانفعالية،** وتشكل مصدراً لتعديل المعتقدات الشخصية المتعلقة بالكفاءة الذاتية. ففي المواقف الضاغطة غير المألوفة، يواجه الأشخاص إشارات الضيق النفسي مثل الارتجاف والألم والخوف. وقد لوحظ إمكانية تحسين الكفاءة الذاتية لدى الأمهات نتيجةً لتدريبهن على برامج تتضمن إجراءات تعديل السلوك، بهدف خفض سلوك عدم الطاعة لدى أطفالهن. في حالة عدم مواجهة سلوك عدم الطاعة بطريقة إيجابية فإن هذا السلوك سوف يؤثر سلباً على الطفل والمجتمع بشكل عام.

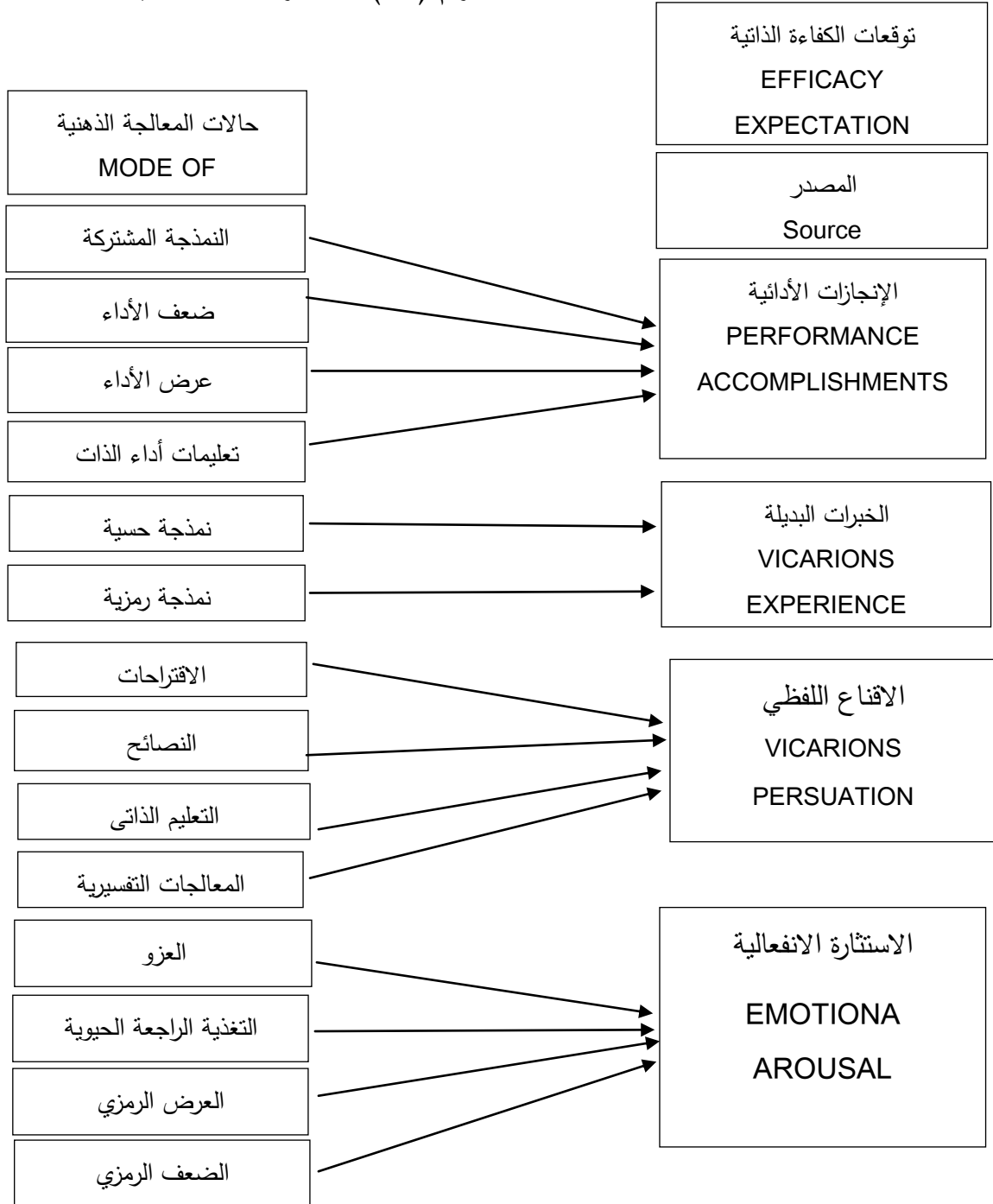
وقد أشارت نتائج الدراسات إلى فاعلية الأساليب السلوكية في تدريب الأمهات بهدف خفض سلوك عدم الطاعة لدى أطفالهن، كما أشارت الدراسات إلى فاعلية التعزيز التفاضلي في خفض هذا السلوك، وإلى فاعلية الأساليب المعرفية في خفض سلوك عدم الطاعة، إضافةً إلى فاعلية الأساليب المعرفية والسلوكية على التوالي في تحسين الكفاءة الذاتية.

➤ **مستوى الاستثارة:** فالاستثارة الانفعالية ترتبط في بعض المواقف بتزايد الأداء.

➤ **الدافعية المدركة للاستثارة الانفعالية:** فإذا عرف الفرد أن الخوف أمر واقعي فإن هذا الخوف قد يرفع كفاءة الشخص، أما إذا كان الخوف مرضي فإن الاستثارة الانفعالية عندئذ تميل إلى خفض الكفاءة الذاتية.

➤ **طبيعة العمل:** إن الاستثارة الانفعالية قد تيسر النجاح للأعمال البسيطة ويغلب أن تعطل الأنشطة المعقدة (حدان، 2015، ص36)

الشكل رقم (06): مصادر الكفاءة الذاتية



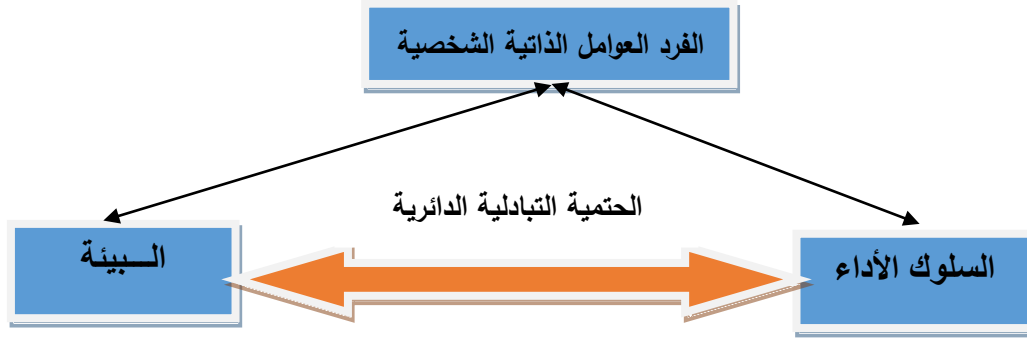
المصدر: حدان، 2015، ص36

## 7. المحددات الأساسية لنظرية باندورا للتعلم المعرفي الاجتماعي:

- تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي القائم على الملاحظة لباندورا على التفاعل الحتمي المتبادل والمستمر للسلوك، والمعرفة، والتأثيرات البيئية.
- تؤكد هذه النظرية على أن السلوك الإنساني ومحدداته الشخصية والبيئية تشكل نظاما متشابكا من التأثيرات المتبادلة والمتفاعلة، ولا يمكن إعطاء أي من هذه المحددات الرئيسية الثلاثة أية مكانة متميزة على حساب المحددين الآخرين.
- يؤكد باندورا أن معظم أنماط السلوك الإنساني لا تكون محكومة بالتعزيزات الفورية الخارجية التي يؤكد عليها السلوكيون الكلاسيكيين (واطسون، سكينر، ثورندايك) إنما هناك خبراتهم السابقة حيث تتحدد توقعات الناس في ضوء هذه الخبرة، وأن أنماطا معينة من السلوك تؤثر على قيمهم، وأن أنماطا أخرى تحدث نتائج غير مرغوبة كما قد يكون تقدير الناس لبعض الأنماط أكثر إيجابية. ومن ثم فإن سلوكنا على هذا النحو يتحدد إلى حد كبير بآثاره المتوقعة المبنية على خبرات الفرد الماضية. ويعتقد باندورا أن الأنماط الجديدة من السلوك يمكن أن تكسب حتى في غياب التعزيز الخارجي، حيث تكتسب العديد من أنماط السلوك من خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين والنتائج المترتبة عليها، وكذا أنماط تفاعلهم مع المتغيرات والمثيرات البيئية (محسن ونوح، 2010، ص 8).
- وهذا ما يؤكد عليه باندورا وهو التعلم بالملاحظة أو الاقتداء بالنموذج أكثر من التعزيز المباشر ولعل هذه الخاصية تشكل أهم ملامح نظرية باندورا للتعلم الاجتماعي القائم على الملاحظة .
- ومن المحددات الهامة أيضا التي تميز نظرية التعلم الاجتماعي والتي أشار إليها باندورا هي خاصية تنظيم أو ضبط الذات، وهي خاصية ينفرد بها الإنسان عن طريق ترتيب المتغيرات البيئية الموقفية وابتكار أو خلق أسسا معرفية وإنتاج الآثار المرغوبة التي يمكن اشتقاقها من هذه المتغيرات البيئية الموقفية. لذلك فإن طاقتنا أو قدراتنا العملية تكون مشغولة بالتفكير الرمزي الذي يمدنا بالطرق والوسائل والأساليب والاستراتيجيات التي تمكننا من التعامل المستمر والناجح مع البيئة (الرافعي، 1424، ص 4)
- أكد باندورا على أن معتقدات الفرد عن فعاليته الذاتية تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية، والخبرات المتعددة سواء المباشرة أو غير المباشرة. كما تعكس هذه المعتقدات قدرة الفرد على أن يتحكم في معطيات البيئة من خلال الأفعال، والوسائل التكيفية التي يقوم بها، والثقة بالنفس في مواجهة ضغوط الحياة (Albert Bandura, 1982, p122)

ويطرح ألبرت باندورا في نظريته المعرفية الاجتماعية نظاما ثلاثيا متشابكا من التأثيرات المتبادلة من المحددات الشخصية (المعرفية والانفعالية والبيولوجية)، والبيئة، والسلوك، ولا تكون هناك ميزة لجانب على حساب جانب آخر، وهذا النظام يسميه باندورا بالاحتمية المتبادلة، كما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل رقم (07): نموذج الاحتمية التبادلية



المصدر: Albert Bandura, 1982, p122

وهذا يعني أن الاحتمية تركز على تفاعل كل من العوامل الداخلية للفرد مع الظروف الخارجية، فالفرد يؤثر ويتأثر ببيئته ويشكلها بطريقة تتسجم ومقتضياتها، والبيئة بدورها تشكله بما يتناسب وظروفها وأحوالها ومتغيراتها، وبذلك فإن باندورا يرفض الاحتمية التي تؤكد على الفرد دون مراعاة البيئة والقائمة على مفاهيم أساسية ومبادئ رئيسية وضعها باندورا والمتمثلة في الآتي:

- إن السلوك لا ينتج عن القوى الداخلية في الإنسان وحدها، ولا عن مؤثرات البيئة، وإنما ينتج من التفاعل المعقد بين العمليات الداخلية والمؤثرات الخارجية.
- تقوم العمليات الداخلية إلى حد كبير على خبرات الفرد السابقة وتتطور باعتبارها أحداثا كامنة قابلة للقياس والمعالجة.
- هذه الأحداث الوسيطة يتم السيطرة عليها بواسطة الأحداث الخارجية المثيرة وهي بدورها تنظم الاستجابات الظاهرة.

إن من خلال التطور الحاصل في النظرية الاجتماعية على يد ألبرت باندورا وأتباعه، والتي تعد من أكثر النظريات استعمالا في الدراسة والبحث عن المحددات النفسية والاجتماعية للسلوك الاجتماعي، والتي أسهمت كثيرا في مجالات علم النفس. "التربوي، الاجتماعي، الصحة، المرضي..."

## 8. التحليل التطوري وعلاقته بفاعلية الذات:

يرى باندورا (Bandura,1977) أن الفترات المختلفة للحياة تقدم أنماطا للكفاءة المطلوبة، من اجل الأداء الناجح ويختلف الأفراد بشكل جوهري في الطريقة الفعالة التي يديرون بها حياتهم، وتشكل المعتقدات حول الفاعلية الذاتية مصدرا مؤثر خلال دورة حياة الفرد والباحث، هنا سيقوم بتوضيح وإلقاء الضوء على تطور فاعلية الذات من الميلاد إلى مرحلة متقدمة من العمر، مروراً بمرحلتها المراهقة والرشد وموضحاً أيضاً دور مصادر فاعلية الذات مثل العائلة والمدرسة وجماعة الرفاق في تطور فاعلية الذات خلال هذه المرحلة.

## ➤ نشأة الشعور بالسيادة الشخصية:

إن الطفل الصغير يولد بدون أي شعور بمفهوم الذات، وبالتالي فإن الذات يجب أن تؤسس بطريقة اجتماعية من خلال الخبرات المنقولة بواسطة البيئة، وينتقل الشعور بالسيادة الشخصية من إدراك العلاقات العرضية بين الأحداث إلى فهم أسباب وقوع الأحداث، وأخيراً إلى إدراك القدرة على إنتاج الأحداث، وهذا بدوره يؤدي إلى الشعور بالفاعلية الذاتية، كما يساهم كل من اكتساب الطفل للغة، ومعاملة الأسرة للطفل كشخصية مستقلة في نشأة الشعور بالسيادة الشخصية (عدودة، 2015، ص 51)

## ➤ المصادر العائلية لفاعلية الذات:

حسب (سارة الدوسري، 2001) الأطفال لا يستطيعون أن يؤديوا بأنفسهم أشياء كثيرة، فإن الخبرات الناجحة في التدريب على التحكم الشخصي تكون مهمة لتنمية الكفاءة الاجتماعية المبكرة، لكي يحصل صغار الأطفال على المعرفة الذاتية المتعلقة بقدراتهم على توسيع مجالات الأداء فإنهم يطورون ويختبرون قدراتهم الجسدية وكفاءتهم الاجتماعية لفهم وإدارة المواقف العديدة التي يواجهونها يومياً، إن الوالدين الذين يستجيبان لسلوك أطفالهما والذين يجدان فرصاً للأفعال الفعالة ويسمحان للأطفال بحرية الحركة من أجل الاستكشاف ويشجعان الأطفال على أن يجربوا الأنشطة الجديدة يعملان على تسهيل تطوير فاعلية الذات لدى أطفالهم، حيث يرتبط نمو فاعلية الذات لدى الأطفال بالقدرة على إنجاز المهام وإدراك التأثيرات الهادفة (الدوسري، 2001، ص 32)

إذ نستخلص أن خبرات الفاعلية الذاتية تكون في البداية موجودة في الأسرة، ولكن مع نمو الطفل اجتماعياً فإنها تزداد بسرعة لتصبح أكثر تعقيداً، حيث أن التفاعل المبكر مع الآخرين مهم، فهو يقدم للطفل فرصة لأن يكون نشطاً ويدرك الاستجابات الملائمة التي تقوده إلى تنمية وشعوره بالكفاءة الذاتية، فينتقل الطفل إلى مرحلة جديدة، ويبدأ بتقييم فاعلية الشخصية من خلال المقارنات الاجتماعية.



## ➤ اتساع فاعلية الذات من خلال تأثيرات جماعة الرفاق

يستطيع الأطفال من خلال علاقتهم بالأقران زيادة معارفهم الذاتية عن قدراتهم، حيث أن الأقران يقدمون نماذج الأساليب التفكير والسلوك الفعال، ويميل الأطفال في عملية اختيار الأقران إلى اختيار الأفراد الذين يشاركونهم اهتمامات والقيم المشتركة، وهذا من شأنه أن يعزز الفاعلية الذاتية في مجال الاهتمامات المشتركة، والأطفال الذين ينظرون إلى أنفسهم على أنهم غير فاعلين اجتماعيا ينسحبون اجتماعيا، ويدركون فاعلية متدنية بين أقرانهم، ويملكون شعورا منخفضا بقيمة الذات (العتيبي، 1428هـ، صص 39-40).

## ➤ المدرسة كقوة لغرس فاعلية الذات

من خلال الفترة التكوينية لحياة الطفل، فإن وظائف المدرسة تمثل الوضع الأساسي لتهديب وتقوية الكفاءة المعرفية، حيث أن المدرسة هي المكان الذي ينمي فيه الأطفال كفاءتهم المعرفية ومهارات حل المشاكل بصفة جوهرية، من أجل المشاركة بفاعلية في المجتمع المتسع، فهم بصفة مستمرة يختبرون ويقيمون ويقارنون بطريقة اجتماعية معارفهم وأساليب تفكيرهم، لكي يكتسب الأطفال المهارات المعرفية فإنه يجب عليهم أن ينموا ويطوروا شعورهم بفاعليتهم العقلية.

كما يرى (رامي اليوسف، 2013) أن الفرد يبدأ إدراكه لفاعليته الذاتية من مراحل مبكرة من حياته تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة وتمتد عبر سنوات حياته كلها، فكلما أدرك الفرد بأنه ينال استحسان الآخرين لا سيما الوالدين والمعلمين والأقران لسلوكه الاجتماعي الناجح معهم كلما شعر بالقيمة والكفاية والافتقار، في حين أن افتقار الفرد لمهارات التفاعل الاجتماعي الناجح مع الآخرين يدفعه في كثير من الحالات للانسحاب والشعور بالوحدة والعزلة وعدم التقبل والعجز، وبالتالي تضعف مقاومة الفرد فينهار تحت وطأة أي ضغوط نفسية، الأمر الذي ينعكس سلبا على مستوى الإنجاز والنجاح لديه (رامي يوسف، 2013، ص 14).

## ➤ نمو فاعلية الذات من خلال الخبرات الانتقالية للمراهقة:

إن كل فترات النموتاتي وكأنها تحديات جديدة للتكيف مع الفاعلية، وحيث أن المراهقين يقتربون من مطالب الرشد فإنهم يجب عليهم أن يتعلموا تحمل المسؤولية كاملة في كل مجالات الحياة، وهذا يتطلب منهم أن يكتسبوا العديد من المهارات الجديدة، ويتعاملوا بإتقان مع الطرق الخاصة بمجتمع الراشدين، ويتعلموا كيف يتعاملون مع تغيرات سن البلوغ الانفعالية والجنسية، وأيضا مهمة اختيار عمل الحياة المقبل، كل هذا يجب أن يطرح خلال هذه الفترة، لأن المراهقين يزيد شعورهم بالفاعلية بواسطة تعلمهم كيف يتعاملون بنجاح مع القضايا الشائعة المحتملة، والتي لم يمارسوها من قبل، مثل تعاملهم مع أحداث الحياة الملائمة، حيث أن

عزلهم عن المواقف الصعبة يعمل على جعل الفرد يكتسب الطرق السيئة للتعامل مع الصعوبات المحتملة، كما أن نجاح المراهقين في إدارة الصعوبات ينمي قوة اعتقادهم في قدراتهم، وإمكانيتهم، فالمراهق الذي يملك القدرة على إدارة التغييرات الآتية التي تحدث في آن واحد للأدوار الاجتماعية والتربوية والبيولوجية يملك شعورا قويا بفاعلية ذاته(الجاسر، 2007، ص 40).

### ➤ فاعلية الذات الخاصة بمراحل الرشد:

الرشد هو الفترة التي تمكن النَّاس من التعامل مع العديد من المطالب الجديدة كالعلاقات الوالدية والمجالات المهنية، حيث إن مهام السيادة المبكرة والشعور القوي بفاعلية الذات يعد شيئا مهما لإنجاز الكفاءات والنجاحات المؤكدة إن بداية المجال المهني الإنتاجي يعد تحديا تحوليا في مرحلة الرشد المبكرة، حيث يوجد العديد من الطرق التي من خلالها تساهم اعتقادات فاعلية الذات في التطور المهني والنجاح في الأغراض المهنية، ومن خلال المراحل التمهيديّة فإن فاعلية الذات المدركة لدى الناس بشكل جزئي تحدد لهم كيف يطوروا الأساس المعرفي الخاص بهم وإدارة الذات، ووجد أيضا أن هناك تأثيرات للمهارات التفاعلية الشخصية على المجالات المهنية، كما لوحظ أيضا أن الاعتقاد في القدرات يكون مؤثرا في طرق الحياة المهنية التي يختارها الراشد، بل أننا نرى إن زيادة الشعور بفاعلية التنظيم الذاتي يعد أفضل أداء وظيفي وفي السنوات المتوسطة من هذه المراحل فإن الناس يستقرون في الأعمال الروتينية التي ترسخ شعورهم بالفاعلية الشخصية في المجالات الرئيسية للأداء، ومع ذلك فإن التغييرات التكنولوجية والاجتماعية المتسارعة تتطلب التكيف اللازم عند إعادة التقييم الذاتي للقدرات، كما تظهر تحديات المنافسين الأصغر سن فالمواقف التي تتطلب المنافسة تفرض تقييم ذاتي للقدرات، عن طريق المقارنة الاجتماعية مع المنافسين الأصغر سنا( المزروع، 2007، ص 71).

### ➤ إعادة تقدير فاعلية الذات مع التقدم في العمر:

إن قضية فاعلية الذات لدى المسنين تقوم على إعادة التقدير، والتقدير الخاطئة أحيانا لقدراتهم، وحيث إن الكثير من القدرات البيولوجية تتناقص مع التقدم في السن، فإن ذلك يتطلب إعادة تقييم لفاعلية الذات المتصلة بالأنشطة، التي تتأثر بالقدرات البيولوجية بشكل كبير، وبالرغم من ذلك فإن الزيادة الحاصلة في المعلومات والخبرات تعوض بعض الخسارة في القدرات البيولوجية، كما أن كبار السن إذا قاموا باستغلال كافة مؤهلاتهم وبدلوا الجهد اللازم فإنهم يستطيعون أن يتفوقوا على صغار السن، وعن طريق الاندماج الفعال في الأنشطة، فإن فاعلية الذات تستطيع أن تساهم في تطوير كافة الوظائف الاجتماعية والمعرفية والجسدية، ولا يمكن تحديد نمط ثابت يفسر النقص في معتقدات فاعلية الذات مع التقدم في العمر. حيث يحدث هذا

النقص نتيجة شبكة معقدة من الأبعاد السلوكية والمستويات التعليمية والاقتصادية، والاجتماعية المختلفة، وتساهم المقارنة الاجتماعية في التغيرات التي تحدث في فاعلية الذات المدركة، فأولئك الذين يقارنون أدائهم بأشخاص في مثل عمرهم لا يشعرون بانخفاض في الفاعلية الذاتية، بعكس أولئك الذين يقارنون أدائهم بأداء من هم أصغر منهم سناً، والتناقض في فاعلية الذات يزداد بشكل كبير من جراء المعتقدات الثقافية، فيما يتعلق بالشكوك السلبية أكثر من التقدم البيولوجي في السن، والأفراد الذين لا يتمتعون بفاعليتهم الذاتية لا يقلصون من مدى أنشطتهم وحسب، بل يقللون من جهودهم المعتاد أيضاً، والنتيجة تكون خسارة فادحة في الاهتمامات والمهارات ويؤدي كل من التقاعد وفقدان الأخوة والأصدقاء إلى تغيرات مهمة في الحياة، التي تتطلب مهارات اجتماعية تؤدي إلى الأداء الإيجابي والسعادة الشخصية، فإدراك عدم الفاعلية الاجتماعية يزيد من حساسية كبار السن تجاه الضغوط والاكنتاب بطريقة مباشرة وغير مباشرة، عن طريق إعاقة تطور المساندة الاجتماعية التي لها دور في مواجهة ضغوط الحياة، وعادة ما تفرض الأدوار التي تحدد لكبار السن من قبل المجتمع معوقات اجتماعية ثقافية في وجه تطوير فاعلية الذات، في حين أن المجتمعات التي تؤكد على مؤهلات التطور الذاتي أكثر من التركيز على النقص الناتج عن التقدم في السن يعيش فيها كبار السن حياة منتجة وهادفة (حدنان، 2015، ص 40).

## 9. النظريات المفسرة للكفاءة الذاتية:

### ➤ نظرية العزو السببي: Attribution theory

سميت بالعزول لأنها عنيت بالطرائق والأساليب عن طريقها نعزو السلوك إلى الأسباب ولعل الأعمال في هذا المجال هي أعمال (Haider) إذ أكد ظاهرة السببية إلى الأسباب التي تعزى إلى أعمال الملاحظة وكيفية إعطاء الناس أسباب للأحداث، حيث يعتقد المتخصصون بعلم النفس أن العزو والاعتقاد بكفاءة الذات كلاهما يسهم ويعنى بإدراك السيطرة على أحداث مستقبلية ممكنة الوقوع، لذا يكون العزو وفعاليتها الذات متغيرين مرتبطين أحدهما بالآخر. بسبب أن الكفاءة الذاتية تثار بالنجاح الماضي أو الفشل الماضي، فإن طريقة تفسيرها لهذه التوقعات ربما يؤثر في كفاءة الذات وبدورها، فإن كفاءة الذات قد تؤثر في أسلوب العزو، فالشخص الذي يكون ذا كفاءة ذاتية واطئة في إحدى النواحي كالدراسة أو الرياضة أو التغلب على المرض أو مواجهة الأحداث الضاغطة، فإنه قد يعزو الفشل في هذه الناحية أو تلك إلى ضعف القابلية لديه وهذا سيعزز شعوراً واطئاً بكفاءة الذات (Bandura, 1992, P 136)

انها تقوم على مبدأ ان الافراد مرتفعي الفاعلية يعززون فشلهم الى الجهد غير الكافي أو إلى الظروف الموقفية غير الملائمة، بينما الافراد منخفضي الفاعلية يعززون سبب فشلهم الى انخفاض في قدراتهم (المصري، 2011، ص 59)

فالعزو السببي يؤثر على كل من الدافعية، والأداء، وردود الأفعال عن طريق الاعتماد في فاعلية الذات.

### ➤ نظرية الأهداف المدركة: Goal theory

انها تشير الى الدلالة أي ان الأهداف الواضحة والمتضمنة تحديات تعزز العملية الدافعية، وتتأثر الأهداف بالتأثير الشخصية أكثر من تأثيرها بتنظيم الدافع والافعال (العنبي، 2008، ص 35).  
لان الأهداف الواضحة والتي تتضمن تحديات تعمل على تعزيز الفاعلية الذاتية، وتتأثر الدوافع القائمة على الأهداف بثلاثة أنواع من التأثير الشخصي وهي: (الرضا أو عدم الرضا عن الأداء، وفاعلية الذات المدركة للهدف، وإعادة تعديل الأهداف انطلاقاً من التقويم الشخصي) (الحراني، 2016، ص 28).

### ➤ نظرية يونج: young theory

يعرف الذات المركز المنظم الذي يحقق الامتداد والمستمر للشخصية، ويمثل تكامل الشخصية بجوانبها واللاشعورية وهي نقطة الوسط في الشخصية تجمع حولها الأنظمة الأخرى، وتكون قادرة على أعضاء التوازن للشخصية كلها. اذ يرى يونج ان مصطلح الشعور بالكفاءة يشير الى الخبرات العقلية التي يعيها الفرد أو يكون على دراية بها، وقد يوجد تفاعل بين هذه الخبرات العقلية والعمليات الفسيولوجية للجسم، الا ان مفهوم حالات الشعور محدد بتلك الخصائص الداخلية التي تكون خبرات الفرد العقلية، ويبدو ان حالات الشعور الوظيفية لنشاط المخ وتوجد ثلاث محددات للفرد وهي: إعاقة أو تلف عمليات المخ، وقدرة الفرد على استقبال ومعالجة المعلومات، والظروف البيئية (كجوان، 2016، ص 8)

### ➤ نظرية شيل وميرفي: theory Shell and Murphy :

يشير بارجراس (parjeres,1996) الى ان فاعلية الذات عبارة عن "ميكانيزم" ينشأ من خلال تفاعل الفرد واستخدامه لإمكاناته المعرفية ومهاراته الاجتماعية والسلوكية الخاصة بالمهمة، وهي تعكس ثقة الفرد بنفسه وقدرته على النجاح في أداء هذه المهمة، اما توقعات المخرجات أو الناتج النهائي للسلوك، فهي تتحدد في ضوء العلاقة بين أداء المهمة بنجاح وما يتصوره الفرد عن طبيعة هذه المخرجات أو الوصول الى اهداف السلوك.

بينت النظرية ان التوقعات الخاصة بالفاعلية الذاتية عند الفرد تعبر عن ادراكه لإمكاناته المعرفية، ومهارات الاجتماعية والسلوكية الخاصة بالأداء أو المهمة المتضمنة في السلوك، وتتعكس على مدى ثقة الفرد بنفسه وقدرته على التنبؤ بالإمكانات اللازمة للموقف وقدرته على استخدامها في تلك المواقف وفاعلية الذات لدى الافراد تتبع من سماتهم الشخصية العقلية والاجتماعية والانفعالية (parjares,1996,p542).

### ➤ نظرية شفارتزر: theory Schwarzer

تقوم هذه النظرية على ان الفاعلية الذاتية بعد ثابت من ابعاد الشخصية، تتمثل في قناعات ذاتية وفي القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد خلال التصرفات الذاتية، وان توقعات الفاعلية الذاتية تنسب لها وظيفة توجيه السلوك وتقوم على التحضير أو الاعداد للتصرف وضبطه التخطيط الواقعي له، لأنها تؤثر في الكيفية التي مع مشاعر القلق والاكتئاب والقيمة الذاتية المنخفضة وترتبط على المستوى المعرفي بالميل التشاؤمية وبالتقليل من قيمة الذات، ويوضح شفارتزر " انه كلما زاد اعتقاد الانسان بامتلاكه سلوكيات توفيقية من اجل التمكين في حل مشكلة مابصورة عملية، كان اكثر اندفاعا لتحويل هذه القناعات أيضا الى سلوك فاعل (schwarzer,1994 .p105).

عندما يواجه الفرد مشكلة ما أو موقف يتطلب حل، فان الفرد قبل ان يقوم بسلوك معين يعزولنفسه القدرة على القيام بهذا السلوك، وهذا ما يشكل الشق الأول من الفاعلية الذاتية في حين يشكل إدراك هذه القدرة الشق الثاني من الفاعلية الذات بمعنى ان الفرد يكون مقتنعا على أساس من المعرفة والقدرة. أي يمتلك الفاعلية اللازمة للقيام بسلوك ما بصورة ناجحة، فانه بذلك يوجه سلوكه نحوجهة معينة (يوسف، مرجع سابق، ص 31).

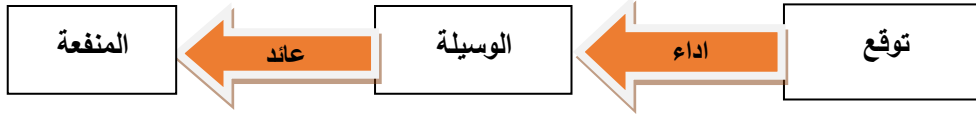
### ➤ نظرية التوقع Expectancy value theory

وضع أسس هذه النظرية فكتور فروم Victor Froom القائمة على مبدأ أن الإنسان يستطيع إجراء عمليات عقلية كالتفكير قبل الإقدام على سلوك محدد، وانه سوف يختار سلوكا واحدا بين عدد من بدائل السلوك الذي يحقق أكبر قيمة لتوقعاته، من حيث النتائج ذات النفع التي سيعود عليه وعلى عمله، ويلعب عنصر التوقعات دورا مهما في جعل الإنسان يتخذ قرار في اختيار نشاط معين من البدائل العديدة المتاحة (Droar, 2006,p24)، ويشير ماهر احمد (1993) ان دافعية الفرد لأداء عمل معين هي محصلة لثلاثة عناصر وهي كالاتي:

- توقع الفرد أن مجهوده سيؤدي الى أداء معين.
- توقع الفرد أن هذا الأداء هو وسيلة للحصول على عوائد مادية.

- توقع الفرد أن العائد الذي يحصل عليه ذومنفعة وجاذبية له (ماهر، 1993، ص 150)

الشكل رقم (08): مبدأ نظرية شفارتزر



المصدر: من اعداد الباحثة

### ➤ النظرية المعرفية الاجتماعية: social cognitive theory

يشير باندورا (bandura,1986) في كتابه "أسس التفكير والأداء" بأن كفاءة الذات اشتقت من النظرية المعرفية الاجتماعية التي وضع أسسها، والتي أكد فيها بأن الأداء الإنساني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بين السلوك ومختلف العوامل المعرفية والشخصية والبيئية، وفيما يلي الافتراضات النظرية والمحددات المنهجية التي تقوم عليها هذه النظرية. يمتلك الأفراد القدرة على عمل الرموز والتي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها، وتطوير مجموعة مبتكرة من الأفعال والاختبار الفرضي لهذه المجموعة من الأفعال من خلال التنبؤ بالنتائج والاتصال بين الأفكار المعقدة وتجارب الآخرين (حسن زياد، 2021، ص 85)

تركز هذه النظرية على أهمية التفاعل الاجتماعي والمعايير الاجتماعية والسياق والظروف الاجتماعية في حدوث التعلم، أي أن التعلم يتم في محيط اجتماعي، لان معظم أنواع السلوك ذات هدف معين، كما أنها موجهة عن طريق القدرة على التفكير المستقبلي "كالتنبؤ أو التوقع"، وهي تعتمد بشكل كبير على القدرة على عمل الرموز. يمتلك الأفراد القدرة على التأمل الذاتي، والقدرة على تحليل وتقييم الأفكار والخبرات الذاتية، وهذه القدرات تتيح التحكم الذاتي في كل من الأفكار والسلوك.

وقد ثبت للكثير من الناس إن الأنماط السلوكية والاجتماعية وغيرها يتم اكتسابها من خلال المحاكات والتعلم بالملاحظة، وكما قال أرسطو: "أن التقليد يزرع في الإنسان منذ الطفولة، وأحد الاختلافات بين الناس والحيوانات الأخرى. يتمثل في انه أكثر الكائنات الحية محاكاة، ومن خلال المحاكاة يتعلم أول دروسه (غازدا، 1980 ) وعليه اهتم (باندورا وولترز) بالتمييز بين اكتساب استجابات المحاكاة وأدائها، دون أن يتم تحديد وتعليل الآليات اللازمة للتعليم بالملاحظة (التعلم)، ولقد أوضح باندورا أن عمليتي التمثيل الخيالية واللفظية ضروريتان كي يتم التعلم بالملاحظة، كما أكد على أن هذا النوع من التفاعل "التحديد المشترك" (باندورا، 1977، ص56).

يمكن شرح ذلك بكون العوامل الشخصية والعوامل البيئية والاجتماعية تتفاعل فيما بينها. حيث يصبح عامل محددًا للآخر. يرى باندورا السلوك الاجتماعي بكونه يميل دوماً إلى التعميم وإلى الثبات لمدة زمنية

غير محدودة، وان القوة في السلوك التفاعلي تتميز بالنسبية. حيث يمكن أن تتغير تبعاً لتغير العوامل البيئية، إذ تؤكد هذه الحتمية كما جاء على لسان باندورا " أن البيئة تشكل السلوك، والسلوك بدوره يشكل البيئة وكليهما يؤثر ويتأثر بالآخر" (Bandura,1974,p866).

ما نخلص إليه من خلال تحليلنا للنظريات المفسرة للكفاءة الذاتية للفرد أن السلوك الإنساني قائم على عدة مبادئ نذكرها في النقاط التالية:

- الأفراد مرتفعي الكفاءة يعززون فشلهم للجهد غير كافي أو الى الظروف الموقفية غير الملائمة على العكس بالنسب الأفراد منخفضي الفاعلية يعززون فشلهم الى قدراتهم، اذن تعزى الفاعلية الى الأسباب التي تؤثر في الدافعية والأداء وردود الافعال...
- يعتمد السلوك الإنساني على الأهداف المدركة وتأثيرها بالشخصية والدوافع والأداء.
- تفاعل بين الخبرات العقلية والعمليات الفسيولوجية للجسم المرتبطة بالمحددات (الجهاز العصبي والقدرة والبيئة).
- تفاعل الفرد لإمكاناته المعرفية ومهاراته الاجتماعية والسلوكية التي تعكس ثقة الفرد وقدراته في أداء مهامات الموكلة اليه والتنبؤ بها.
- تقوم الكفاءة الذاتية على مبدا التحضير والاعداد والضبط الذاتي والتحكم في السلوك.
- يستطيع الانسان اجراء عمليات عقلية كالتفكير قبل الاقدام على السلوك معين واختياره من بين العديد من البدائل بحيث يحقق النتيجة المتوقعة.
- تقوم على مبدأ ان أنواع السلوك ذات هدف معين مبني على التفكير المستقبلي كالتنبؤ والتوقع، حيث يمتلك الافراد القدرة على التأمل الذاتي والتفاعل مع البيئة الاجتماعية.

## 10. تأثير الكفاءة الذاتية على الأداء البشري:

أصبح الفكر المرجع الذاتي قضية تنتشر في البحث النفسي في العديد من المجالات، في عام 1977 قدم عالم النفس الشهير ألبرت باندورا في جامعة ستانفورد مفهوم الكفاءة الذاتية في سياق تعديل السلوك المعرفي، لقد وجد أن " الإحساس القوي بالكفاءة الشخصية مرتبط بصحة أفضل وإنجاز أعلى ومزيد من الاندماج الاجتماعي" بحيث تم تطبيق هذا المفهوم في مجالات متنوعة مثل التحصيل المدرسي، والاضطرابات العاطفية، والصحة العقلية والبدنية، والاختيار الوظيفي، والتعبير الاجتماعي السياسي. لقد أصبح متغيراً رئيسياً في علم النفس الإكلينيكي والتعليمي والاجتماعي والتنمية والصحي والشخصي، يشير هذا المفهوم إلى تأثيره على تبني وبدء والحفاظ على السلوكيات الصحية.

## ➤ العمليات الوسيطة التي تعتمد عليها الكفاءة الذاتية:

إلى جانب المصادر الأربعة سابقة الذكر التي تعمل على تكوين الفاعلية الذاتية فإنه من أجل التوصل بالأشخاص إلى تحقيق الفاعلية الذاتية يجب إشراك العمليات المعرفية والدافعية والوجدانية والانتقائية، بحيث يكون لها دورا وسيطيا ومعدلا، إلى جانب المصادر الأساسية للفاعلية الذاتية من أجل إعطاء صبغة مؤثرة ومتميزة للفاعلية الذاتية عند الأشخاص، وهذه العوامل الوسيطة هي:

## ➤ العمليات المعرفية والتحكم في الوزن:

يرى كل من كريغر وديكسون (Dickson et Krueger,1994) أن العمليات المعرفية تعمل على توجيه الأفعال والأعمال لأجل ترجمة الأحداث وأنماط السيناريوهات المتوقعة التي من شأنها أن تؤثر على مستوى الفاعلية الذاتية للأشخاص من خلال البنى المعرفية التي تتضمن ذلك (Gaudreau, et al,2012,p86)، ويرى باندورا أن أغلب الأحداث والأفعال المتتالية والمتتابعة التي يقوم بها الأفراد تكون مصقولة ومنحوتة ومخزنة في عقل وتفكير الأفراد، من خلال البنى المعرفية (Constructions Cognitive) التي تعطي تصورات وخططا يريد الفرد القيام بها في المستقبل، ويلعب التفكير الاستدلالي أو الاستنتاجي (Inferentialhinking) على تشغيل وظيفة هامة في عملية التفكير تسمح للفرد على التنبؤ بالنتائج المحتملة للأحداث والأفعال وكذا توفير وإنتاج الوسائل التي تساعد في ممارسة عملية ضبط النتائج على (Bandura,2007 ,p181).

يتضح أن العمليات المعرفية التي تستند أساسا على التفكير الاستدلالي والبنى المعرفية بأنها تؤثر في معتقدات الفاعلية الذاتية حسب مادوكس (Maddux ,1995)، من خلال العناصر التالية:

- الأهداف التي يضعها الأفراد لأنفسهم .
- الخطط الإستراتيجية التي يضعها الأفراد، من أجل تحقيق الأهداف
- التنبؤ بالسلوك المناسب، والتأثير على الأحداث
- القدرة على حل المشكلات (المصري،2001، ص 58).

## ➤ العمليات الوجدانية والتحكم في الوزن:

إنَّ ما نحس به من عواطف لايمثل إلا جزءا بسيطا من الطاقة الوجدانية الكامنة داخلنا العواطف المدفونة والتي نسيناها هي اكبر حجما وأشد عنفا من العواطف التي نحس بها ونذكرها بشعورنا الواعي. الحياة الوجدانية والعاطفية شأنها شأن أي جزء من الشخصية قابلة للترويض والتهديب كلنا بحاجة في جميع



مراحل حياتنا إلى هذه التدريبات التي تصقل حياتنا الوجدانية وتثقي سلوكنا العاطفي مؤدية إلى تقوية الشخصية مثلا:

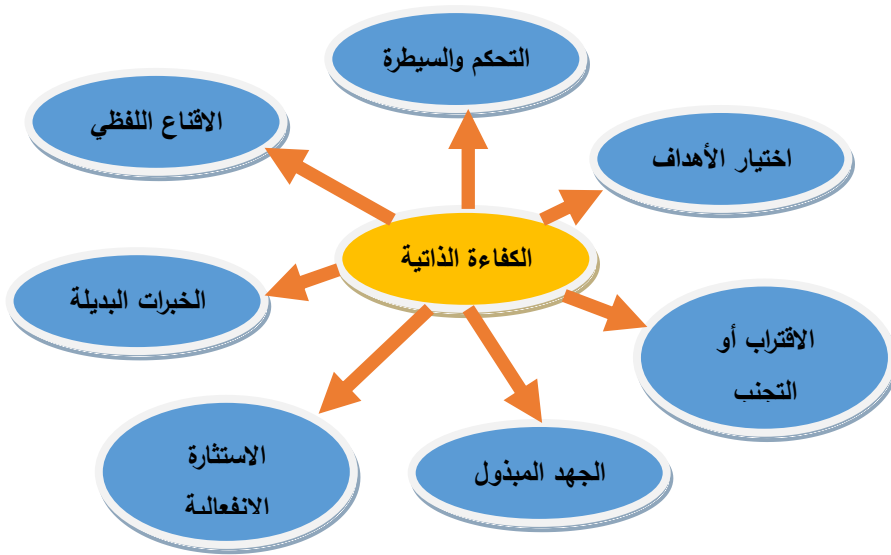
- التحكم في السلوك الصحي.

- الحماية الغذائية وتنظيم أوقات الأكل.

- الضبط الذاتي عند تناول كميات من الطعام وأصناف الطعام.

وهذا يتضمن فهم الأحداث التي يحتمل أن تثير انفعالات مختلفة، وكيف تتجمع الانفعالات لتكوين خليط معقد من المشاعر، وكيف تتطور العواطف بمرور الوقت، وتنتج أحيانا سلسلة من ردود الأفعال الوجدانية، كما أن الفهم المتعمق للعمليات الوجدانية قد يساعد الفرد في الحكم على الكيفية التي يستجيب بها الأفراد الآخرين للمواقف المختلفة، أو لاستراتيجيات التفاوض المختلفة.

الشكل رقم (09): آثار الكفاءة الذاتية على الأداء البشري



المصدر: من اعداد الباحثة

الاعتقاد في كفاءة الذات يعبر عن قناعة الشخص في قدرته على أداء السلوكيات التي تؤدي إلى نتيجة متوقعة ومرغوب فيها، فالاعتقاد مضمونه الملائمة لمطالب الموقف، أي استراتيجيات تحقق التكيف أو المثابرة والاستمرار في بذل الجهود والمساعي لأجل إنقاص الوزن أو التحكم فيه. (عقابة، 2018، ص19)، إن بناء الكفاءة الذاتية يعتبر واحدا من أهم التطورات في علم نفس الصحة مرتبط بالدافعية والتنظيم الذاتي والانجاز والتمكين النفسي، والتحكم الذاتي، لذلك اعتقاد كفاءة الذات تؤثر في أفكارنا ودوافعنا وأدائنا ومستوى استنارتنا الانفعالية (pajares ,2006,p10).

ما نستنتج أن الكفاءة الذاتية لها دور مركزي في فهم السببية الشخصية وراء السلوك، فهي تؤثر في الآلية التي يفكر بها الأفراد وفي الكيفية التي يشعرون من خلال دافعيتهم وسلوكهم، وذلك خبرات التحكم الذاتي هوالمساهم الأفضل لكفاءة ذات مرتفعة كما اعتبرها الباحث (جار الله، 2014، ص 120) بعد من أبعاد الجلد النفسي في اطروحته الموسومة "بمنظور الزمن وعلاقته بالجلد في مواجهة الاحداث الصادمة" من أهم سمات الشخصية حيث ربط بين الكفاءة الذاتية والثقة بالنفس وبين ان الكفاءة الذاتية المدركة تقوم على فرضيات الفرد حول إمكانات تحقيق خيارات سلوكية معينة، فهي ترتبط على المستوى الانفعالي سلبا مع مشاعر القلق والاكتئاب وتحقير الذات، اما على المستوى المعرفي ترتبط مع التشاؤم والتقليل من قيمة الذات ( جار الله، 2014، ص 128).

مثلا: الفرد المصاب بالسمنة (أ) الهدف ← انقاص الوزن ← توقع اتباع نظام غذائي صحي، الحماية الغذائية، استراتيجية وبرنامج غذائي يومي، المحافظة على الميكانيزم والتقنيات المبرمج= النتيجة الوزن المثالي

الفرد المصاب بالسمنة (ب) الهدف ← زيادة الوزن ← توقع عدم التحكم والضبط، الجهد المبذول غير كاف، سلوكات غذائية غير صحية، عدم الالتزام بالحمية الغذائية = السمنة تحدد درجة الكفاءة الذاتية بشدة المثابرة والمساعي اثناء حل مشكلة ما، ومن خلال المثال نجد ان الشخص (أ) يشعر بدرجة عالية من الكفاءة الذاتية، وهذا ما يعطي الفرد الثقة بالنفس على ان مساعيه سوف تقوده الى النجاح أي انه يبذل جهد أكثر من الشخص (ب) الذي يبذل جهد اقل ومثابرة محدودة في الزمن نفسه. بناء عليه فسر شفا رتزر " تسمية الإرادة التي تقوم على تحويل نية سلوك ما الى سلوك فعلي مع المحافظة على الاستمرارية رغم العقبات التي تواجه الفرد.

## 11. الكفاءة الذاتية والسمنة

تشكل الأمراض المزمنة عبئاً كبيراً على كاهل الفرد والمجتمع، كما أنها السبب الأول في الوفيات في العالم الصناعي وكذا في العالم النامي مثل الجزائر التي تعيش تحولا وبائيا جعل من الأمراض المزمنة مشكلة صحية خطيرة، حيث وصلت نسبة مرض السكري وضغط الدم إلى أرقام وبائية. وترتبط هذه الأمراض بسلوك الفرد ونمط معيشته ويؤكد الأطباء على أن تغيير سلوكنا الصحي يؤدي إلى انخفاض نسبة هذه الأمراض (60%) كما يؤدي إلى تخفيف المعاناة لدى المريض المزمن (زعطوط وقريشي، 2005، ص 25)

في الوقت الحالي يعيش الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة منهكة (مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والربو والروماتيزم وأمراض الدم، والسمنة. وهذه الأخيرة من المشكلات الصحية التي تغزو الجسم وما ينتج عنها من أمراض مزمنة ومشكلات صحية ونفسية مسببة لاضطرابات في الأكل والسلوك الغذائي، الأمر الذي استدعى من منظمة الصحة العالمية دق ناقوس الخطر، في 2008 أقرت منظمة الصحة العالمية ضرورة الوقاية من الأمراض الناتجة عن النظام الغذائي والنشاط البدني، ولهذا اعتبرت منظمة الصحة العالمية الكفاءة الذاتية من المفاهيم يجب التركيز عليها كأحد استراتيجيات في الوقاية من الأمراض الناتجة عن النظام الغذائي والنشاط البدني، وحسب باندورا(2007) فإن المشكلات الصحية المتعلقة بتنظيم الوزن لدى الأشخاص المصابين بالسمنة من بين آليات الفاعلية البشرية، يقول باندورا ولوك (2003) Bandura and Locke ، ليس هناك ما هو أكثر مركزية أو انتشاراً من معتقدات الفاعلية الشخصية. مهما كانت العوامل الأخرى التي تعمل كدليل، فهي متجذرة في الاعتقاد الجوهري بأن الفرد لديه القدرة على إنتاج التأثيرات ومحفزات المرغوبة، خلاف ذلك يكون لدى المرء حافز ضئيل للعمل أو المثابرة في مواجهة الصعوبات (Benjamin and Marvin, 2011, p 54)، ومن خلال تحليلنا لما جاء به بانجامين ومارفين "أن الكفاءة الذاتية هي الاعتقاد المكون من جزأين هما:

➤ هناك شيء يمكن القيام به لتغيير الوضع والأفراد أنفسهم قادرون على هذا التغيير، مثلاً الشخص البدني أو يعاني من زيادة الوزن لا بد أن يغير من حالته وأنه واثق ولديه دافعية ليغير من الحالة التي هوفيهها، وذلك باتخاذ استراتيجيات واليات مختلفة باختلاف مجالات الحياة.

➤ يمكن أن تختلف الفاعلية الذاتية باختلاف البرامج والخطط العلاجية وذلك حسب اعتقاد الفرد لكفاءته وقناعاته وقدرته على أداء السلوكيات التي تؤدي إلى نتيجة متوقعة. على سبيل المثال، يقوم الفرد الذي يعاني من زيادة الوزن أو السمنة بممارسة النشاط البدني وإتباع الحمية الغذائية... الخ.

نستنتج أن ممارسة الكفاءة الذاتية هي الإيمان بقدرة الفرد على أداء نوبات إضافية من النشاط البدني بنجاح. ومن خلال ما جاء في تعريف الكفاءة الذاتية للتحكم في الوزن "على أنها الإيمان بقدرة الفرد على إدارة وزنه بشكل تدريجي بنجاح. أي أن الكفاءة الذاتية للتحكم في الوزن تلعب دوراً مهماً في مواجهة السمنة، وتتباين عدد قليل من التركيبات بفقدان الوزن والحفاظ على فقدان الوزن بطريقة متسقة مثل الكفاءة الذاتية التي تركز على السلوكيات المفرطة (Benjamin R. Schulz et al, 2011).

## ➤ الكفاءة الذاتية والتحكم في السلوكيات المفرطة

ممارسة الرياضة البدنية: يعتمد تحفيز الناس على ممارسة التمارين الرياضية بانتظام على عدة عوامل، من بينها المعتقدات الذاتية المتفائلة بالقدرة على الأداء بشكل مناسب. تم العثور على الكفاءة الذاتية لتكون قوة تحريض رئيسية في تشكيل النوايا لممارسة الرياضة والحفاظ عليها لفترة طويلة تم تسجيل السلوك التمريني لـ 328 طالبًا لمدة سبعة أسابيع ثم تم تسجيله مرتبطاً بمقاييس مسبقة لعوامل معرفية مختلفة. تم قياس النية السلوكية من خلال سؤال الأفراد عن احتمالية قيامهم بسلوك تمرين. تم تقييم الموقف تجاه التمارين البدنية، والتحكم السلوكي المتصور، والمعتقدات حول القاعدة الذاتية المتعلقة بالتمرين، حيث قامت الكفاءة الذاتية على عدة نماذج تم بناء الكفاءة الذاتية في النموذج كمشارك في الموارد للتعامل مع الخطر (التأقلم). الدافع أو النية لتبني سلوك صحي يعتمد على التقدير الذي سيبدله الشخص لموارده المتاحة للتعامل مع التهديد (تقدير المواجهة).

## 12. المساهمة في نماذج التنبؤ بالتعرض للمخاطر والحفاظ على الصحة:

في حين أن الكفاءة الذاتية مدعومة بالتكامل النظري القوي (Bandura (2002 فإن هذه النماذج لها نطاق عملي غالباً ما يتم تحديده بواسطة مجال معين من التطبيق، أصبحت الكفاءة الذاتية بعداً مهماً في تصميم وتطوير وتقييم برامج الوقاية، وتعد عنصراً مهماً في التنظيم الذاتي للسلوك، حيث أنها تساهم في النهاية في القدرة على التعافي من الصدمات.

يرى الباحثان جاست ومثقال (Gist & Mitchell (1992 في إطار علم النفس الاجتماعي المهتم بالأفعال والسلوكيات الملحوظة في السياق، أن الكفاءة الذاتية تفضل النهج ما وراء المعرفي والتحفيزي، حيث تتعلق زاوية النهج بالفعل بالعلاقة الذاتية بسلوكيات الفرد التي يتم تقييمها من منظور زمني سابق وقبل كل شيء في المستقبل (ما وراء المعرفة)، أي أن الأفراد قادرون على التخطيط لأفعالهم، وتوقع النجاحات والفشل وتقدير بشكل خاص قدرتهم على تنفيذ سلوكيات معينة لتحقيق الأداء المطلوب. حيث ترتبط أبحاث الكفاءة الذاتية ارتباطاً وثيقاً بالتركيز الذي يؤكد كيف يتحكم الفرد بشكل ذاتي في نشاطه (التنظيم الذاتي)، بناء عليه تصف الفعالية الذاتية تقييم المهارات لممارسة السيطرة على البيئة أو على الذات من خلال الإجراءات المناسبة. يشير إلى المعتقدات المتعلقة بقدرة الفرد على تنفيذ الإجراءات المناسبة على النحو المحدد التالي هل أنا قادر على إجبار نفسي على ممارسة التمارين الرياضية يومياً؟ هل أنا واثق من قدرتي على مقاومة إغراء الأكل المشبع بالدهون والسكريات؟ تتميز الكفاءة الذاتية أيضاً عن الإيمان بفعالية الإجراء (أو الإيمان بنتائج الإجراء). لتنفيذ مثل هذا الأسلوب من الامتناع عن الأكل والابتعاد عن السلوكيات غير صحية بصفة

عامة، من المفيد الاعتقاد بفعاليتها الجوهرية. تأتي القيمة التنبؤية للكفاءة الذاتية بشكل خاص من حقيقة أنها تحترم مبدأ التوافق بين الأحكام القيمية على السلوكيات (المواقف) والسلوكيات نفسها. وهذه القيمة قابلة للقياس على مستوى نشاط معين مقسم الى مستويات الأداء.

إذن نستج ان الكفاءة الذاتية تطورت من مفهوم إلى أداة قياس، ومن محددات إلى التنبؤ بالقيمة المتوقعة، تم تبنى الكفاءة الذاتية تدريجياً من قبل العديد من برامج أبحاث علم النفس الاجتماعي، خاصة تلك التي تقدم نماذج للتنبؤ بالسلوك. تفترض العديد من هذه النماذج أن كمية محدودة من التركيبات والتدابير يمكن أن تتنبأ بالسلوك، تقترح هذه النماذج ترتيب محددات السلوك. لديهم قيمة تنبؤية للسلوك، والتي تختلف اختلافاً كبيراً من مجال إلى آخر، ولكنها مثيرة للاهتمام بدرجة كافية للممارسين في هذه القطاعات. تكمن فائدة هذه النماذج أيضاً في وصف محددات السلوك، وبالتالي المساعدة في تصميم التدخلات المناسبة.

### 13. تأثير الكفاءة الذاتية على السلوكيات الصحية

من خلال نموذج المستمد من النظريتين " نظرية السلوك المخطط، ونظرية الإجراء المعقول" الذي طورهما أجزن وزملاؤه (2000) واعتبروا نموذج (TCP / TAR) له تطبيقات في مجالات شاسعة بشكل غير عادي (الصحة، التعليم، الإدارة، التسويق، الرياضة، إلخ (Thierry. m, et, Genf, 2004) اقترحت نظرية الفعل المعقول (TAR) للتنبؤ بالنوايا والسلوك على أساس متغيرين رئيسيين المواقف تجاه السلوك (المعتقدات السلوكية)، والمعايير الذاتية (المعتقدات المتعلقة بالتوقعات المعيارية لأشخاص آخرين) ، أما نموذج السلوك المخطط (TCP) التحكم الذي يُنظر إليه على أنه من المحتمل أن يغير كل من النية السلوكية والسلوك نفسه.

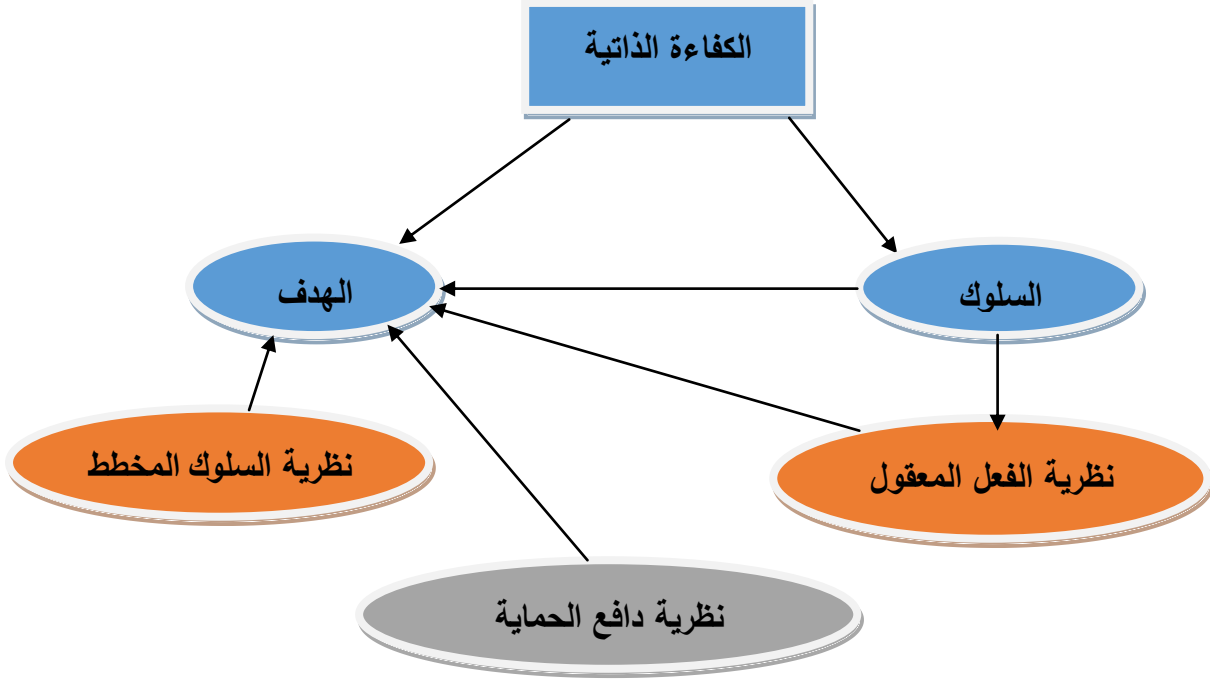
بعد عدة سنوات من المناقشات، ظهرت الحاجة إلى الفصل بين المفهوم التطبيق بين السيطرة المدركة والكفاءة الذاتية، من خلال المراجعة المستفيضة للأدبيات اقترح اجزان (2002) Ajzen إدخال الكفاءة الذاتية في النموذج نظرية السلوك المخطط، استنتج أن التحكم السلوكي المدرك يظهر هيكلًا هرميًا ويجب قياسه من زاويتين مختلفتين وهما (المعتقدات حول إمكانية التحكم في السلوك، والمعتقدات حول الكفاءة الذاتية). الشكل يوضح ان الكفاءة الذاتية كمتغير مستقل يؤثر بشكل مباشر على النوايا والسلوكيات. اي تسمح الكفاءة الذاتية في إنفاص الوزن بالتنبؤ بنسبة 10% مقابل 1% من التحكم المتصور (Thierry,2004,p120)

وعليه يُعزى مفهوم الكفاءة الذاتية إلى تأثير مباشر على النية / الهدف، وعلى تعديل السلوك الصحي ومع ذلك، ترتبط المكونات الأخرى بالنموذج، والأدوار والوظائف التي نحددها. يمكننا بعد ذلك أن نسأل

أنفسنا عن الأجزاء ذات الصلة التي تلعبها هذه المتغيرات المختلفة، بما فيها العوامل الوسيطة، في تنظيم النية وتحقيق الهدف.

الشكل رقم(10): الكفاءة الذاتية كمتغير مستقل وخارجي يستخدم في نماذج "نظرية الإجراء

المنطقي ونظرية الإجراء المخطط) TAR/ TCP ونماذج نظرية تحفيز الحماية (TMP)



المصدر: Thierry,2004,p120

ما نخلص اليه "ان الكفاءة الذاتية تعتبر وسيط بين السلوك والتنبؤ بالنتائج. حيث يتدخل إدراك المخاطر وتوقعات نتائج السلوك الصحي في المراحل الأولى التي تحدد الدافع للتغيير. وهكذا يقوم الأفراد بتقييم فرصهم في النجاح الشخصي وفقاً لإيجابيات وسلبيات عواقب التغيير في سلوكهم. في البداية، يكون تقييم عواقب التغيير مستقلاً قبل كل شيء عن ادراكات الفرد لقدراته، ويرتبط بدلاً من ذلك بإمكانية التغيير ونجاحه (أي السيطرة المدركة: فقدان الوزن ليس رهاناً مستحيلاً). حيث يتساءل الأفراد عن قدرتهم الشخصية على تعديل سلوكياتهم الصحية في اتجاه الهدف الذي يرغبون في تحديده (أي، إذا أمكن، هل يمكنني تعديل نظامي الغذائي؟

للإجابة عن ذاته يحدث هذا بين تصور المخاطر (أي التهديد) وتوقعات النتائج، من ناحية، والنية / الهدف من ناحية أخرى. وعليه تبني البرامج العلاجية لإتباع الحمية الغذائية من خلال المخطط التالي(Thierr,2004,p125)

بعد إجراءات ذاتية تملئها عدة أسئلة تتطلب الإجابة عليها بالتطبيق العملي لمفهوم الكفاءة الذاتية التي تعبر عن قدرة الشخص بمجرد تحديد نية / هدف الأفراد (على سبيل المثال: أنوي إنقاص الوزن)، يجب التخطيط لتنفيذ السلوك الصحي، ويجب تحديد وسائل حل القيود والعوائق (أي أين ومتى وكيف التحكم في الوزن الصحي والمحافظة عليه).

#### 14. الكفاءة الذاتية والبرامج العلاجية

لتقليل نسبة انتشار عوامل الخطورة التي تؤدي إلى الإصابة بالسمنة أو التحكم في نواتج السمنة، يجب بناء برامج علاجية وتكثيف حملات التوعية الصحية "لان السمنة عادة والوزن الزائد يرتبطان بمجموعة من المخاطر الصحية"، فهي بالإضافة إلى كونها قد تكون معيقة للشخص في ممارسة حياته اليومية وحركته بشكل طبيعي قد تكون مرتبطة برفع خطر الإصابة ببعض الأمراض المزمنة والخطيرة المهددة للحياة، وتزايد مخاطر السمنة بارتفاع مؤشر كتلة الجسم.

كما تعتبر الكفاءة الذاتية ذات قيمة تنبؤية تفوق نتائج الفرد المتوقعة وعادة يمتلك الفرد آراء دقيقة تقريبا عن كفاءته الذاتية إذ لديه إحساس جيد بما يمكن أن يفعله وما لا يمكن أن يفعله ومن الأفضل للفرد أن يبالغ في تقدير ذاته لأنه عندما يقوم بذلك فسوف يزيد احتمال بذله جهدا أكبر في أنشطة تمكنه من تنمية قدرات ومهارات جديدة (الزيات، 2001، ص 23).

ان البنية الفسيولوجية والانفعالية أو الوجدانية تؤثر على الكفاءة الذاتية للفرد بشكل عام، وعلى مختلف أنماط الوظائف العقلية والمعرفية والحسية العصبية، وذلك يرجع لثلاث أساليب رئيسية من شأنها تفعيل إدراك الكفاءة الذاتية وهي " تعزيز وتنشيط البنية البدنية أو الصحية وخفض مستوى الميول الانفعالية السالبة، وتصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعترى الجسم، وهذا من خلال تنمية الكفاءة الذاتية ببناء برامج علاجية مسبقة بدراسات تنبؤية لمستوى كفاءة الفرد الذاتية ومدى تأثيرها على مؤشر كتلة الجسم، وكذا إضعاف جودة حياته، ولتحقيق هذا المسعى قامت عدة دراسات تنبؤية

مثل دراسة عدودة (2015). بحثت في العلاقة بين مستوى الكفاءة الذاتية والالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة، حيث خلصت نتائجها إلى أن إدراك المرضى لأهمية اكتساب كفاءة معرفية تمكنهم من السيطرة على المرض وتكيف معه أو التغلب عليه.

كما اعتمدت دراسة منه الله احمد سالم عبد السلام (2018) فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية الكفاءة الذاتية لدى عينة من الأطفال المصابين بالسمنة، بعد القياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية مكونة

من 20 طفلاً، خلصت للنتيجة مفادها أن "تعزيز الثقة بالنفس والمبادرة والمثابرة وتنظيم الذات تختلف درجات المتغيرات المذكورة معاً ما كانت عليه في القياس القبلي إذن البرامج العلاجية فعالة لتنمية الكفاءة الذاتية. وأيضاً أشارت عليوة، وجبالي في دراسة وصفية تنبؤية سنة (2015) سعياً منها معرفة العلاقة الكامنة بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، لأن مرض السكري من الأمراض المصاحبة للسمنة يمثل "نتيجة أو سبب" توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن لا توجد علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية، إما الارتباط بين بعدي ذوي النفوذ والحظ والصدفة .

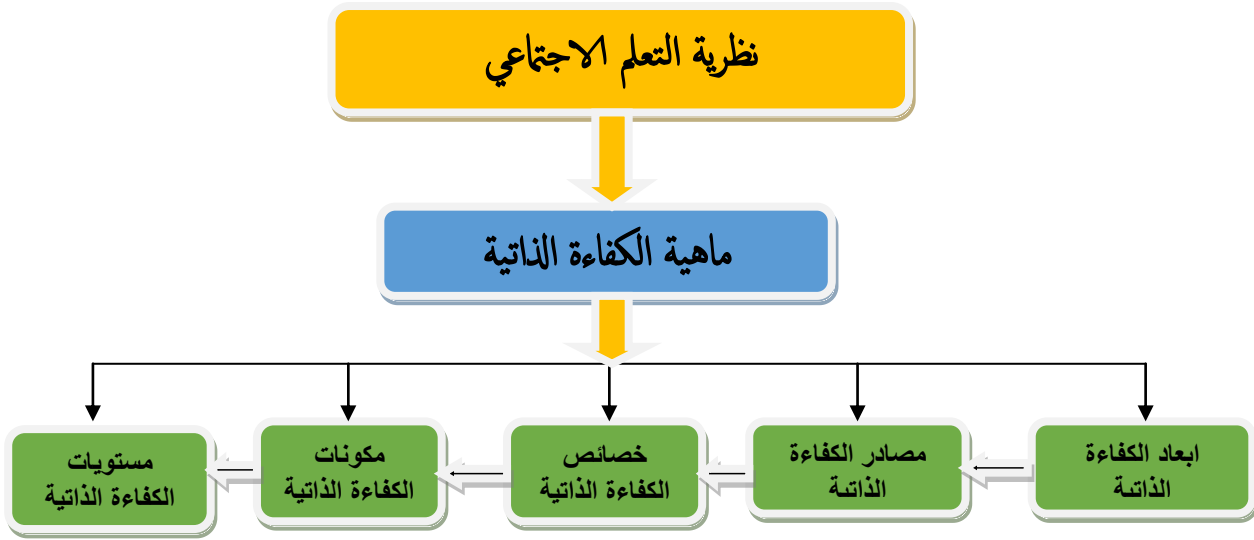
من خلال ما تم تحليله نجد أنّ السمنة ترتبط ارتباط وثيقاً بالمشكلات الصحية والمتمثلة في "أمراض القلب، الضغط الدموي، داء السكري" وكذا الاضطرابات النفسية "الاكتئاب، القلق، فقدان الثقة بالنفس، التوتر، اضطرابات الأكل والشه العصبي" ولهذا يجب أن تكون بصمة الأخصائي النفسي مرافقة للطبيب المختص وأخصائي التغذية للعمل على تطوير الكفاءة الذاتية لكل فرد يعاني من زيادة الوزن والسمنة، لصياغة الاعتراف على أساس قدراتهم ومهاراتهم ومواقفهم لتحقيق النجاح أو مواجهة التحدي، وهذا يتطلب كفاءة ذاتية عالية لأنه يعلم أن لديه المعرفة والمهارات اللازمة لتحقيق هدفه، أي أنه يواجه التحدي ويكافح ويبدل قسارى جهده من أجل تحقيق هدفه.

يرى بعض الباحثين أن العلاج السلوكي من انجح طرق العلاجات النفسية لعلاج السمنة ومن بين الآليات والاستراتيجيات الرئيسية في العلاج السلوكي، منها التعرف على الإشارات التي تدعو الشخص لتناول الطعام وكيفية الابتعاد عنها وتسجيل كميات الطعام المستهلك وأماكن وأوقات تناول الطعام والحالة المزاجية المرافقة وتعلم طرق صحية للأكل "الأكل ببطء، مضغ الطعام جيداً (04/2020،04).

كما يساعد العلاج في تطوير الكفاءة الذاتية من خلال تنظيم المشاعر وتغيير أنماط التفكير وتحقيق الأهداف باستخدام عدة تقنيات فعالة " تسجيل يوميات الأكل، تغيير البيئة، التنظيم العاطفي، التشجيع" ومن يثابر عليها يستطيع بالتأكيد أن يتحكم في وزنه ويعيش حياة صحية أكثر وبشكل دائم. (الشابوري، 2020، ص 8).



الشكل رقم (11): نظرية التعلم الاجتماعي والكفاءة الذاتية



المصدر: من اعداد الباحثة

## خلاصة الفصل:

ما نخلص إليه من عرض Albert Bandura لماهية الكفاءة الذاتية على أنها مفهوم تبنته نظرية التعلم الاجتماعي على يد الباحث والعالم نفساني كندي من أصل كورداني ولد عام 1925. وفي عام 1986، طور نظرية التعلم الاجتماعي من قبل الكثيرين من المراجعين والباحثين في مجال علم النفس الأكاديمي والصحي، لان مفهوم الكفاءة الذاتية هو جانب أساسي في علم النفس، يركز على دور التعلم بالمراقبة، والخبرة الاجتماعية، والتأثير على التطور الشخصي للفرد... إن معتقدات الكفاءة الذاتية، أي الأفكار التي يملكها الشخص عن قدرته وتنظيمه الذاتي لتنفيذ مثل هذا السلوك ستكون حاسمة، مشيراً إلى تنظيم الدوافع والعمل البشري، وهو ما يشير إلى ثلاثة أنواع من التوقعات: توقعات نتيجة الحالة، وتوقعات نتيجة العمل والكفاءة الذاتية المدركة التي تبنى على مبدأ الحتمية التبادلية " السلوك، الفرد، البيئة" تتغير الكفاءة الذاتية وفق الأبعاد الثلاثة التي حددها باندورا " المستوى، العمومية، الثبات" كما أنها تتوقف على عدة مصادر "خبرات النجاح والفشل، رسائل الآخرين، الإقناع، الحالة الفزيولوجية" ولذا تؤثر الكفاءة الذاتية على سلوك الفرد بتفاعل العوامل المعرفية والعقلية والاجتماعية في مظاهر متعددة من سلوكه والتي تتضمن اختيارهم للأنشطة والأهداف وانجازهم للمهام بواسطة الجهد المبذول والإصرار، التعلم والانجاز، اختيار النشاطات" بحسب خصائص الأفراد ذو الكفاءة الذاتية " ثقة الفرد في النجاح في أداء، مجموعة الأحكام والمعتقدات والمعلومات عن مستويات الفرد وإمكاناته ومشاعره، وجود قدر من الاستطاعة سواء كانت فسيولوجية أو نفسية أو عقلية، تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة به.

إن الكفاءة الذاتية ليس إدراك الفرد لما يملك، وإنما هي آلية تترجم الجهد المبذول وتحقيق نتائج مرغوب فيها ليست سمة ثابتة وإنما قابلة للتطوير والتعزيز من خلال برامج علاجية وتثقيفية أي تنمو وتتطور بحسب شخصية الفرد والبيئة المحيطة به وما يحدث من مواقف وإحداث صادمة أي هي إستراتيجية مواجهة المرض عامل تنبؤي لإحداث التغيير في حياة الفرد، وإتباع نظام غذائي صحي، وتطبيق الإرشادات والتعليمات اللازمة كممارسة الرياضة، القيام بالأعمال اليومية المشي التسوق، المحافظة على وتيرة النوم، تجنب الأكلات غير صحية، للمحافظة على الوزن أو تقليل من مخاطر السمنة، وما ينتج عنها من إساءة لجودة الحياة الصحية، والمثابرة على التقنيات العلاجية.



---

الفصل الثالث: جودة الحياة

---



## تمهيد:

زاد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد، وقد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار، فشملت الخبرات الذاتية والعادات، والسمات الإيجابية للشخصية، وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة، وقد أكدت دراسات القرن الماضي أن الجانب الإيجابي في شخصية الإنسان هو أكثر بروزا من الجانب السلبي، وأن هذين الجانبين لا يمثلان بالضرورة اتجاهين متعاكسين، وإنما يتحرك السلوك الإنساني بينهما طبق العوامل كثيرة مرتبطة بهذا السلوك، ومصطلح جودة الحياة من المفاهيم التي لاقت اهتماما كبيرا في العلوم الطبيعية والإنسانية والاجتماعية والاقتصادية، اهتم علم النفس بدراسة جودة الحياة بالدرجة الأولى حيث تم تبني هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية، النظرية منها والتطبيقية.

فقد كان لعلم النفس الإيجابي السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان، ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن جودة الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الواقع المعاش، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منه. كما يعتبر علم النفس الإيجابي مدخل وبوابة لاستعادة التوازن وتصحيح المسار ومنهج وقائي وعلاجي. ويسمى أيضا بعلم اقتدار الإنسان أو السيكولوجية الإيجابية، علم مكامن القوة، علم السعادة، علم القوة الإنسانية، له جذور وروابط مع المدرسة الإنسانية التي تؤمن بقدرة الإنسان ورفي ذاته، مثل ماسلوا الذي تحدث عن دافعية تحقيق الذات لدى الإنسان وكارل روجرز الذي إرتقى بنظرة علم النفس للإنسان وقدراته وماكلياند في تناوله لدافعية الإنجاز، وتقاطعه مع مادي وكوبازا في تناولهما للصلابة النفسية وباندورا صاحب النظرية المعرفية الاجتماعية، إلا أن المؤسس وصاحب المبادرة التأسيسية لهذا العلم هو مارتن سيلحمان رئيس جمعية علماء النفس الأمريكية عام 1998.

## 1. نشأة علم النفس الإيجابي:

نشأ علم النفس الإيجابي كحركة علمية منظمة في علم النفس في العام 1998 حين تولى مارتن سليجمان رئاسة الرابطة الأمريكية لعلم النفس واتخذ من علم النفس الإيجابي موضوعاً لرئاسته للرابطة الأمريكية (أبو زيد، 2015، 11-29)

كان مارتن سليجمان بذلك الأب الروحي لعلم النفس الإيجابي ومؤسسه من خلال كتابة السعادة الحقيقية كفكرة لعلم النفس الإيجابي. أين ركز على كل ما يمكن أن يخلق السعادة البشرية لا من خلال التوقف على ما هو سلبي أو مكسور داخل الفرد فقط، بل بالتأكيد على كل ضرورة دراسة وتحديد كل ما يمكن أن يبسر النمو والازدهار وكل ما هو ذا علاقة بتحسين جودة الحياة النفسية. وبشيء من التتبع للمرجعية الفكرية لحركة علم النفس الإيجابي فقد أشار مؤسسه سليجمان إلى بعض الخبرات العلمية والمهنية التي قادته لاتجاه من دراسة علم النفس المرضي إلى علم النفس الإيجابي وأهمها بعد أشهر فقط من توليه منصب رئيس جمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 1998).

حصل تحوُّل فجائي في حياة عالم النفس الأمريكي مارتن سيلغمان، وذلك بفضل ابنته الصغيرة ذات الخمسة أعوام التي أزعجته بغنائها ورقصها في أثناء انشغاله في انتزاع عشب حديقته اليباس، قبل أن ترمي العشب في الهواء. إثر توبيخه لها سألته لمَ هو دائم الاعتراض، وإذا بغلالة تتمزق في داخله، ويقول: "خلال خمسين عامًا حملت الكآبة في نفسي، وفي السنوات العشر الأخيرة لم أشعر بالشمس التي غمرت منزلي" (Martin.S, 2011, p256)

تعكس هذه الظاهرة، في رأي سيلغمان، فكرة متجذرة عميقاً في الثقافة الغربية، وهي الإيمان بأن السعادة في صورة عامة، وكلُّ عاطفة إنسانية إيجابية، شعور غير أصيل، وأن أساس هذه العقيدة، الفاسدة حتى العظم، يعود إلى مبدأ "الخطيئة الأصلية" Original Sin. صحيح أن علم النفس ساعد ملايين المتألمين من الأمراض النفسية، لكن هذا العناد المطلق في سبيل كشف النواقص وتصحيح الأضرار - بحسب سليجمان - كانت له عواقبه الوخيمة. ويشير إلى أن المجالات المتخصصة تنشر مقالاً واحداً حول السعادة مقابل مائة حول التعاسة! ونفهم الأسباب التي تجعلنا نياس أكثر من تلك التي تُفرحنا يتساءل سليجمان: "أما من مكان أكبر لعلم النفس الإيجابي المرتكز على الراحة الفكرية الدائمة، أي على السعادة؟" (دبلة، 2015، ص 109)

انطلاقاً من التحوُّل الجذري الذي أصابه، عقَدَ سليجمان حلقات دراسية مع بعض رفاقه الاختصاصيين في علم النفس الذين قاسموه نعمته الجديدة، ووضع الفريق الصغير الخطوط العريضة لمشروع يهدف إلى

جمع الأبحاث الضرورية والإعانات المالية في سبيل تثبيت رؤيته حول علم النفس الإيجابي Positive Psychology الذي كان رائده. ومنذ ذلك الحين، اجتاز علم النفس الإيجابي دريًا طويلاً" إذ يمارسه اليوم نحو ألف شخص في الولايات المتحدة وبضع مئات في أوروبا خارج دائرة المحترفين والدراسات المتخصصة والمحاضرات العالمية، وخاصة بعدما نشر سيلغمان كتابه السعادة الحقيقية، في أيلول 2002، شارحاً فيه كيفية استعمال علم النفس الإيجابي الجديد لتحقيق الطاقة الكامنة لدى الفرد من أجل تفتح شخصيته وانسراحها. (Martin, 2002, p2)

ودعم ميهاليشي كزينتميهالي هذا الفرع الجديد بدراساته المتعمقة عن التدفق والإبداع الايجابي والسعادة وغيرها من القضايا الرئيسية، فعلماء النفس ضمن فرع علم النفس الايجابي يقومون بدراسات أبريقية تناولقضايا ذات طابع ايجابي منها محددات الرضا والقناعة، الانفعالات الايجابية معنى الحياة وكل ما يمكن الإنسان من الاندماج الايجابي في الحياة بغض النظر عن الظروف المنغصة، ولقد أقر مؤسس علم النفس الايجابي "مارتين سيلجمان" أن المدرسة الإنسانية أنتجت الكثير من ما يعرف بحركات العلاج المرتكزة على فكرة وبرامج مساعدة الذات Therapeutic Self- help Movements والتي تعد الأساس الذي بني عليه علم النفس الايجابي، فالمدرسة الإنسانية تتضمن تصورات نظريات وممارسات تطبيقية ذات علاقة مباشرة في واقع الأمر بالسعادة الإنسانية أين يصح القول بكونها مقدمات منطقية لظهور علم النفس الايجابي على الرغم من افتقارها للأدلة الأبريقية. (أبو حلاوة، 2014، ص ص 14-18).

## 2. ماهية علم النفس الإيجابي:

لقد أصبح علم النفس المرضي بعد الحرب العالمية الثانية علماً مكرساً للشفاء. حيث ركز على إصلاح الخلل في أداء الفرد باستخدام النموذج المرضي، مما أدى إلى إهمال الإمكانيات والقوى الكامنة لدى الفرد، ومع تطور العلم في القرن العشرين ظهر علم النفس الإيجابي الذي يهدف إلى التركيز على العلاج من خلال بناء أفكار ومشاعر إيجابية، وتنمية الصفات الإيجابية كمصدر للنموالشخصي بدلاً من الانشغال بالمرض(حسن ايمان، 2021، ص3).

ويُعرف علم النفس الإيجابي على أنه "علم حديث يهتم بدراسة وتنمية القوى في الشخصية الإنسانية والبحث في كل ما يجعل حياة الإنسان أفضل من خلال دراسة الدور التكيفي للانفعالات والسمات الإيجابية، وكل ما يوصل الفرد للرفاه النفسي والسعادة، وقد اهتم علم النفس الإيجابي بالبحث في الجوانب الإيجابية لدى الفرد، وفهم مكامن القوة لديه، كبديل عن البحث في الجوانب السلبية والإضرابات النفسية. كما كان سائداً في علم النفس المرضي (احمد روان، 2020، ص1).

كما يؤدي علم النفس الإيجابي وما يحتويه من جوانب ايجابية إلى الحفاظ على الصحة النفسية للفرد، حيث تساعد المشاعر والأفكار الإيجابية على جعل حياة الفرد أكثر قيمة وذات معنى (دبلة، 2015، ص103).

كما عرف سلجمن بأنه "الدراسة العلمية لنقاط القوة التي تمكن الأفراد والمجتمعات من الازدهار، ومجال يقوم على الاعتقاد بأنّ الناس يريدون أن يعيشوا حياة ذات معنى والوفاء لزراعة ما هو أفضل داخل أنفسهم، وتعزيز خبراتهم من الحب والعمل واللعب". (الزويني وآخرون، 2016، ص140).

في العدد الخاص لعلم النفس الأمريكي، يناير 2000، حدد مارتي سيليجمان وزملاؤه (المعروف أيضاً باسم "مايك سي") علم النفس الإيجابي على أنه "الاستكشاف القائم على الأدلة للصحة العقلية الكاملة بما في ذلك الخبرات الذاتية الإيجابية (الماضي والحاضر والمستقبل) والسمات الفردية الإيجابية وتحديد نقاط القوة والسمات الإيجابية التنظيمية واستخدامها في المؤسسات الإيجابية.

كما عرفه كل منشلي غابلوجناتان هايدت (2005) Jonathan Haidt et Shelly Gable علم النفس الإيجابي هو "دراسة الظروف والعمليات التي تساهم في الازدهار أو الأداء الأمثل للأشخاص والمجموعات والمؤسسات" (Jonathan et shelly, 2005, p108)

ويعرفه جبر محمد (2013) "بأنه العلم الذي يدرس جوانب القوة في شخصية الإنسان لتعينه على مواجهة الضغوط وحل المشكلات وتحقيق الوجود الأفضل" (جبر محمد، 2013، ص 42)

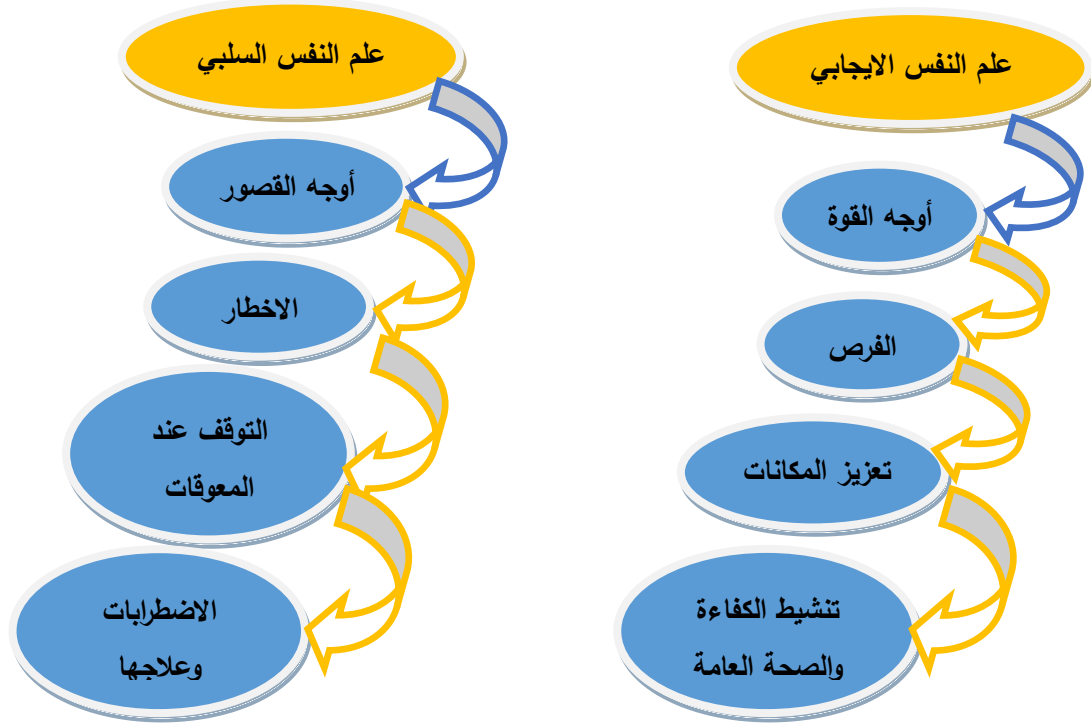
ويعرفه مجدي عبد الله (2013) "بأنه السعي العلمي لأكثر الوسائل الواعدة بحياة مفعمة بالصحة والاكتفاء، نشأ (علم النفس الإيجابي) في مقابل (علم النفس السلبي) ويراد بالإيجابي والسلبي هنا طبيعة أو ماهية المتغيرات النفسية المدروسة" (مجدي عبد الله، 2013، ص 318)

لعل الاهتمام المتزايد بموضوعات علم النفس الإيجابي هونوع من التعديل والتجديد وتقييم ما فات وطرح أفكار جديدة ومبتكرة ونافعة أيضاً، ويعتبر علم النفس الإيجابي هو المدخل الوقائي والعلاجي لاكتشاف مكامن القوة الإنسانية وتنميتها وتعظيمها فيساعد في عملية العلاج.

بناء على ما سبق نستنتج أنّ علم النفس الإيجابي بديل لعلم النفس السلبي بحيث ركز على نقاط القوة والتمثلة في "أوجه القوة، والغرض، وتعزيز الإمكانيات، تنشيط الكفاءة والصحة الكلية للإنسان" بدلا من نقاط الضعف والتمثلة في "أوجه القصور، الاخطار، التوقف عند المعوقات، الاضطرابات وعلاجها" ومنه نجد ان علم النفس الإيجابي يسعى لتجويد الحياة النفسية للإنسان، من خلال الاهتمام بالمستوى الذاتي للفرد. وهذا

من خلال تحسين وزيادة رضا الفرد عن حياته وتعزيز قدراته في مختلف سياقات الحياة على المواجهة والاستمرار ومن ثم تحفظ له صحته النفسية والبدنية (عبيد، 2017، ص 352).

الشكل رقم (12): الفرق بين علم النفس السلبي وعلم النفس الإيجابي



المصدر: إبراهيم يونس، 2017، ص 12

علم النفس الإيجابي يبني جدران الوقاية من المرض، فهو يمثل نموذج الصحة والسواء، فهو علم السمات الإيجابية وعلم الاقتدار الإنساني، لا يهتم بكيفية التخلص من الضغوط ولكن ينمي لديك الصلابة النفسية لتواجه مصدات الحياة الضاغطة لا يهتم بالدونية ومعاناة الخجل وكيفية التخلص منها وإنما يهتم بتطوير كفاءتك الذاتية، وبهذا تحاوّل ان تعالج المشكلة السلبية بنفسك وذلك بقوة الاعتقاد في قدراتك والامكانات الشخصية.

### 3. نظريات علم النفس الإيجابي:

➤ نظرية السعادة الأصيلة: لقد تعددت المناحي النظرية والسيكولوجية المفسرة للشعور بالسعادة، وقد اختلفت هذه المداخل في تفسيرها لمفهوم السعادة، وفيما يلي تناول مختصر لهذه المداخل، حيث ناقشت هذه النظرية لسليجمان السعادة الحقيقية، ووصف أن الناس يمكن أن يشعروا بالسعادة من أنواع مختلفة من التجارب. (دنيا محمود، 2020، ص 1)



➤ **الحياة السارة:** هذا يشير إلى الشعور بمشاعر إيجابية بأكثر الطرق حدسية، وهو الشعور بالأحاسيس اللطيفة مثلًا تناول الآيس كريم لأنه طعمه جيد، أو ركوب السفينة الدوارة لأنها ممتعة، يتطلب الحصول على السعادة في هذا المستوى القليل من الجهد نسبيًا.

➤ **الحياة المشاركة:** تتميز المشاركة بالتدفق، يشير التدفق إلى تجربة فقدان الذات تمامًا في نشاط ينغمس الأفراد تمامًا فيما يفعلونه ويفقدون مسار الوقت إنهم لا يفكرون، ولكن في جوهرها موحدين مع ما يفعلونه، يمكن للأفراد تجربة ذلك في العديد من الأنشطة، مثل العمل أو الرقص أو لعب البيسبول أو حتى حل لغز الكلمات المتقاطعة (دبلة، 2017، ص 100)

من أجل حدوث التدفق، يجب على الشخص أن يستخدم نقاط القوة الخاصة بشخصيته المميزة، وعادة ما يكون هناك نوع من التحدي، ولكن ليس كبيرًا جدًا، عادة ستؤدي الأنشطة ذات الأهداف الواضحة والتعليقات إلى مزيد من التدفق، يتسبب التدفق في الدافع الداخلي والمكافأة الجوهرية، على عكس الحياة السارة، يتطلب هذا الشكل من السعادة المزيد من الجهد، ينشط الشخص في التدفق ويملاً المرء بالطاقة الإيجابية.

➤ **الحياة ذات المغزى:** يجادل سليجمان بأن مستوى رفاهية الفرد يتأثر بالاختيارات والمواقف والسلوكيات، لكن لا توجد طرق مختصرة، فالرفاه يتطلب الجهد والمثابرة، من أجل الشعور بالمعنى يجب أن ينخرط الناس في شيء يخدم هدفًا يتجاوز أنفسهم، مثل الدين أو السياسة أو الأسرة، تعد الحياة ذات المغزى عبارة عن بنية لها علاقة بغية الحياة وأهميتها وتحقيقها والرضا عنها.

### ➤ نظرية الرفاهية

بعد انتقادات لنظرية السعادة أجرى سيليجمان تعديلات عليها، وابتكر نظرية الرفاهية على عكس هدف تحقيق السعادة. تؤكد زيادة الرضا عن الحياة، كما تؤكد على هدف الوصول إلى الرفاهية، بعد كل شيء يحفز الناس على القيام بأشياء كثيرة في الحياة لا تزيد بالضرورة من السعادة في الوقت الحاضر. أيضا يتعلق بالجوانب العاطفية للرفاهية وبالمهارات والقدرات والاداء الامثل (catarina. L,2020 ,p2).

يصف (Seligman) عوامل الرفاهية: "المشاعر الإيجابية، والمشاركة، والعلاقات، والمعنى والهدف، والإنجاز على عكس النظرية السابقة، حيث كانت نقاط قوة الشخصية ذات صلة فقط بالمشاركة، فإن نقاط قوة الشخصية هنا ذات صلة من أجل زيادة الشعور الجيد من كل عامل، تؤدي الرفاهية القصوى إلى حالة من الازدهار، يوصف الازدهار بأنه حالة من الازدهار، والحيوية، والازدهار كأفراد وكمجموعة (إبراهيم يونس، 2017، ص 42)

**4. أهداف علم النفس الإيجابي:**

علم النفس الإيجابي هو أحد العلوم التي لا تهتم فقط بتحديد التلف والعطب الجسدي، وإنما بتوجيه الاهتمام إلى مراكز القوة والفضائل التي تتواجد في النفس البشرية، وخاصةً أن تلك التداعيات السلبية التي يعيشها الإنسان تنعكس سلباً على صحته البدنية، كما يبحث علماء علم النفس الإيجابي محددات السعادة البشرية، والتركيز على العوامل التي تمكن الإنسان من العيش حياة مرضية يحقق فيها طموحاته إلى ما هو أبعد من الصحة النفسية بالمعنى التقليدي. وذلك يكون بتوظيف أفضل الطرق العلمية في دراسة مشكلات البشر، وتخليصهم من صور المعاناة النفسية، لا بالتركيز على هذه الصور المختلفة، بل بالتركيز على ما في الإنسان من مكامن قوة وفضائل إنسانية إيجابية، ويستعرض أهداف علم النفس الإيجابي كالاتي: (أبو حلاوة، 2014، ص 12-17)

- يركز على تحسين الأداء النفسي الوظيفي للإنسان.
- أن يستطيع الفرد أن يوظف قدراته بصورة كبيرة، وصولاً إلى الرضا عن الذات والحياة.
- تحديد وفهم العوامل التي تمكن الأفراد والمجتمعات والمؤسسات من الازدهار.
- تعزيز الصحة النفسية في أبعادها المختلفة المعرفية والوجدانية والسلوكية.
- يعمل علم النفس الإيجابي على تقديم وعود مثمرة في مسارات الحياة ما لم يعاني الفرد من أمراض نفسية خطيرة تحتاج إلى معالجة نفسية جذرية.
- مساعدة الأفراد على صقل قدراتهم وتحقيق الإنجازات على مختلف الأصعدة.
- لبحث في وسائل بناء النفس البشرية بكل فئات المجتمع صغاراً وكباراً وتنميتهم على جميع المستويات الذهنية والسلوكية.
- تعتبر أهداف علم النفس الإيجابي هي المحرك الأساسي لدراسة هذا العلم، وقيام العلماء بتطويره ليصبح بوصلة هامة في معالجة العديد من الحالات التي تشعر بالانعدام والاضمحلال، ومن هنا جاء هذا لمواجهة التداعيات الصحية بالرعاية النفسية ونشر مجموعة من المفاهيم التي كانت غائبة في معالجة الأعراض البدنية، والتي هي في البداية نابعة من مصادر نفسية كالاكتئاب وعدم تقدير الذات.

**5. مستويات علم النفس الإيجابي:**

يعنى علم النفس بدراسة ما هو جيد للإنسان وما يجعل الحياة تستحق العيش، فهو علم يهتم بنواحي حياة الأشخاص الإيجابية كالسعادة والرضا، والازدهار، ويدرس الظروف والعمليات التي تساهم في تحقيق

الأداء المثالي للأشخاص والمجموعات والمؤسسات أيضا وفي سبيل تحقيق ذلك يعمل علم النفس الإيجابي على ثلاثة مستويات أساسية هي: (خولة دبله، 2017، ص100)

➤ **المستوى الشخصي/الذاتي: at the subjective level**

يتضمن دراسة التجارب الأساسية، كالفرح، والرضا، والسعادة، والتفاؤل، والانسجام مع الحياة ويتعلق هذا المستوى بالشعور الجيد. بعيدا عن مفهوم فعل الخير أو كونك شخصا جيدا ويستلزم فهم العواطف الإيجابية أن ندرس شعورا الرضا في الماضي، والسعادة في الحاضر، والأمل في المستقبل.

➤ **المستوى الفردي: At the individual level**

يقوم بتحديد مكونات الحياة الجيدة والصفات الشخصية الضرورية من اجل ان تكون شخصا جيدا، ويمكن تحقيق ذلك عن طريق:

- دراسة نقاط القوة والفضائل البشرية، ورؤية المستقبل والقدرة على الحب والشجاعة والمثابرة والمغفرة والاصالة والحكمة والمهارات الشخصية والموهبة.

➤ **المستوى الجماعة/المجتمع: at the group or societal level** يركز على الفضائل المدنية

والمسؤوليات الاجتماعية، والتربية والغيرية والأخلاق والتسامح والقيادة والعمل الجماعي وأخلاقيات العمل والمؤسسات الإيجابية وغيرها من العوامل التي تساهم في تنمية المواطنة والمجتمعات (لويس ويرث، 2021، ص5).

في هذا الصدد يقر الفيلسوف راسل أن أحد أهم أبواب السعادة أن يخفف الفرد من استغراقه في ذاته والمبالاة بنفسه وأن يلتفت نحوالعالم الخارجي، والنظر من زاوية أخرى والالتفات للآخرين وعدم البقاء ضمن دائرة المركز حول الذات(عباس مهدي، 2003، ص 95)

الجدول (03): يوضح أهم مستويات علم النفس الايجابي

مجال الخبرة الايجابية الذاتية مستوى ذاتي	مجال الشخصية الايجابية على المستوى الفردي	مجال السياق الاجتماعي على المستوى الاجتماعي
أهم مواضيعه	أهم مواضيعه	أهم مواضيعه
السعادة-الهناء-التفاؤل - الرضا- القناعة-تدفق المشاعر- الأمل- العلاقة بين الانفعالات الايجابية والصحية والجسمية. الثقة في الذات	الحب الشجاعة تنظيم الذات، الأداء المتميز مثل: -الإبداع-العفو- المثابرة- الموهبة-التد الصدق-الحكمة-التوافق الزوجي. الذكاء الانفعالي-الأمانة -المرح- الرؤية المستقبلية.	- البيئة النمائية المتبعة للنمو الخبرة الايجابية. - النشاط التطوعي ودوره في تنمية الموارد النفسية للشباب. - الأسرة كمؤسسة اجتماعية ودورها في نمو المواهب. - المسؤولية-المرح-الإيثار- التحمل-الصبر.

المصدر: خولة دبلة، مرجع سابق، ص 110

## 6. مجالات علم النفس الإيجابي:

منذ ظهور السيكولوجية الإيجابية على يد سليجمان وهي تتحدى الطريقة المتبعة في البحث والتطبيق والممارسة في مجال علم النفس، بينما انصب معظم العمل في علم النفس الغربي بعد الحرب العالمية الثانية على التخلص من التوتر والتعافي منه وعلى تقويم الاضطرابات نجد أن القوة الدافعة للسيكولوجية الإيجابية توفر محرك جديد للنظر في الجانب الإيجابي من التجربة البشرية، ولدراسة الشيء الجديد والصحيح لدى الناس وما الذي يجعلهم أقوى وأصحاء، وكيف يمكن مساعد الجميع ليعيشوا حياة تفي بمتطلباتهم وتشبعهم، وفيما يخص تطبيقات علم النفس الإيجابية نجد أن صياغة تطوير لمرجع في مكامن القوة والفضائل الإنسانية يجسد لأول محاولة من جانب المجتمع البحثي في مجال علم النفس الإيجابي ( Martin.S, 1997, p54).

لتحديد وتصنيف السمات الإيجابية للكائنات البشرية، مثل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في علم النفس العام. نستطيع تلخيص أهم المجالات الاهتمام الرئيسة لعلم النفس الايجابي في ثلاث ميادين متداخلة حسب رؤية مارتين سلجمان وهي:

- إجراء دراسات في مجال ما يعرف بـ "الحياة الممتعة أو السارة أو المبهجة أو الحياة الاستمتاع the pleasant life ويركز هذا المجال على دراسة وفحص كيف يخبر الأفراد النعيم، وكيف يستمتعون بالانفعالات الايجابية كجزء من الحياة الصحية وممارسة الهوايات، الاهتمامات، الترفيه.
- إجراء دراسات في مجال ما يعرف بالحياة الخيرية أو الجيدة the good life أو ما يسمى بحياة الالتزام ودائرة الاهتمام هنا، بتحليل التأثيرات الايجابية بالانغماس، التدفق، التي يندمج من خلالها الفرد بصورة مثالية في أنشطة الأساسية المفضلة، وتحدث عندما تتصق أو تتطابق إمكانات الفرد وقدراته مع المهمة أو العمل الذي يقوم به يندمج شهور الفرد بالثقة عند انجاز المهام التي يواجهها أو يكلف بها.
- إجراء دراسات وبحوث في مجال ما يعرف بالحياة ذات المعنى أو الهادفة life meaningful أو حياة الانتماء والانتساب إلى الآخرين وذلك لمحاولة الإجابة عن أسئلة مثل كيف يستمد الأفراد حسا ايجابيا من طيب الحياة وجودتها، من الانتماء من وجود معنى أو قيمة للحياة، ومن وضوح الغرض من الحياة ومن إحساس الفرد بأنه ممن يساهمون في إعطاء أو تطوير شيء ما أكثر دواما من نفسه.
7. اهتمامات علم النفس الإيجابي:

يهتم علم النفس الإيجابي بالإنسان كفرد من حيث توافقه والرضا والتدفق والمرح والمتعة الحسية والسعادة في الحاضر والتفاؤل والأمل والإيمان في المستقبل والسعي إلى تنمية السمات الفردية الإيجابية كالقدرة على الحب والعمل والشجاعة والمهارة في إقامة علاقات بنشخصية، كما يهتم أيضا بدراسة الخبرة الذاتية الإيجابية، وبدراسة المجتمع من خلال تنمية الفضائل المجتمعية، يهتم بالصحة النفسية الإيجابية والمحافظة عليها وتطويرها وذلك من خلال العمل على المفاهيم التالية (نوعية الحياة وأسلوب الحياة وجودة الحياة) والتي تعتبر مواضيع بحث في علم النفس الإيجابي يتوجب على الباحثين والمعالجين دراستها من الجوانب المعرفي السلوكي الإيجابي للفرد، وعليه نتطرق للعلاقة بين علم النفس الإيجابي ومفهوم جودة الحياة وحسب ما جاء في مقال للدكتورة سلاف مشري معنون بجودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي فإن علماء النفس مطالبون وفق أهداف علم النفس الإيجابي بتغيير اتجاهاتهم لدراسة سلوك الإنسان أين يجب عليهم تزويد العلم بمعلومات أكثر عن الجوانب الايجابية والقدرات والفضائل وما يمكن الأفراد الحياة الممتعة القوية والناجحة، وتجدر الإشارة أن أحد أهم المداخل هنا مما يعرف بجودة الحياة العلاجية أو العلاج من خلال جودة الحياة QOLT والذي يعتبر كمدخل يصعب فصله عن بداياته المنبثق منها العلاج المعرفي وهو مدخل علاجي موجه للأفراد عامة للوصول للسعادة العلاج لجودة الحياة يقدم منحى جديد لعلم النفس

الإيجابي ومدخل أو نشر جديد للعلاج المعرفي وهو مدخل يدعم الرضا عن الحياة للحالات المعالجة كفكرة أساسية له. (Michael. B. frish, 2006,p5).

## 8. جودة الحياة:

يمثل مفهوم جودة الحياة بؤرة اهتمام علم النفس الإيجابي والذي لم يدخل المسار الأكاديمي لمجال علم النفس. في سنة (1998) عندما تناول "مارتين سيلجمان" تطور مفهوم جودة الحياة في قضية شغلت البشرية منذ القدم تحت مسميات متعددة، حيث لم يظهر بمحض الصدفة وإنما كان ظهوره عبر الزمن امتداد الجهود السابقة في علوم أخرى غير علم النفس.

فقد أشار لامبيري وآخرون إلى تزايد الاهتمام بمفهوم جودة الحياة في المجالات الاقتصادية والاجتماعية على مستوى البحث النظري الميداني وخاصة علم الاجتماع والاقتصاد الحضري نتيجة تأثير جودة الحياة على التنافسية ومعدلات الرفاهية، وقد ازداد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين، ففي دراسة استكشافية باتباع المنهج التاريخي لكل من (Bishop &Chapin & Miller,1982)

سنة (2002) اعتمدوا فيها على الاطلاع على الأبحاث المنشورة في موضوع جودة الحياة خلال 42 سنة سابقة، توصلوا إلى أن هناك:

(20) بحثا في الفترة الممتدة من (1980-1990).

(152) بحثا في الفترة الممتدة من (1990-1995).

(360) وهي الفترة التي تضاعفت فيها الأعمال (1995-2000) (626) بحثا خلال خمس سنوات بعد ذلك، أي في الفترة من (2000-2005).

ورغم أن هناك تداخل كبير بين عدة مفاهيم الرفاهية كأسلوب الحياة ونمط الحياة وطيب الحياة والسعادة وجودة الحياة، ورغم التخطيط المستمر من الدول لتحقيق هذه الرفاهية تبقى المشكلات التي يعيشها المجتمع الجزائري تشير إلى تدني مستوى الرفاهية التي تجعله سعيدا... خاصة في ظل المهددات الرقمية والسياسية والاقتصادية التي يعيش على وقعها المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة. فهل هذا يعني أن الفرد الجزائري أصبح عاجزا على تحقيق قدر من الإشباع. وبالتالي عدم الرضا عن هذا المستوى من الإشباع وفي جزئية معينة دون أخرى، أو في كل الجزئيات وبالتالي يكون غير راضٍ عن حياته ككل؟ فتوقعات الفرد لا تتسجم دائما مع إمكاناته وواقعه الحقيقي وهذا ما يشكل الإدراك العام لأفراد المجتمع. ترى منظمة الصحة العالمية (OMS, 1994) أن جودة الحياة مفهومها واسعا يتأثر بشكل معقد بكل من الصحة الجسمية للفرد،

حالته النفسية وعلاقته الاجتماعية ومستوى تحكمه في ذاته بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيئته. (أبو حلاوة، 2010، ص 05).

### 9. نشأة مفهوم جودة الحياة:

يعد كتاب الأخلاق لأرسطو (322-384 ق. م) أحد المصادر المبكرة التي تعرضت لتعريف جودة الحياة. حيث قال: "كلا من العامة أو الدهماء وأصحاب الطبقة العليا يدركو الحياة الجيدة بطريقة واحدة". وهي أن يكونوا سعداء ولكن مكونات السعادة عليها خلاف إذ يقول بعض الناس شيئاً في حين يقول آخرون غيره ومن الشائع كذلك "ان الرجل نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات فعندما يقع فريسة المرض، فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة، وعندما يكون فقير يرى السعادة في الغنى". ويرى أرسطو أن الحياة الطيبة "well-being" تعنى حالة شعورية، ونوعاً من النشاط وما ذلك بالتعبير الحديث سوى جودة الحياة (Fayers & Machin, 2007p01).

تعدد تعريفات مفهوم جودة الحياة وتنوع السياقات التي يستخدم فيها هذا المفهوم، يتعين على الباحثين التحديد الدقيق لطبيعته وخصائصه في ضوء هدف البحث الذي يقومون به.

وعادة ما يتم تعريف مفهوم جودة الحياة في ضوء بعدين أساسيين لكل منهما مؤشرات معينة هما (البعد الذاتي، والبعد الموضوعي)، إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة، ويتضمن البعد الموضوعي لجودة الحياة مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل "أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية الاقتصادية، وحجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية" (سلاف مشري، 2015، ص 222).

ومع ذلك، تظهر نتائج البحوث أن التركيز على المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة لا يسهم إلا في جزء صغير من التباين في التقديرات الكلية لجودة الحياة (Taylor.Rogdan, 1990, p17) بيد أن الارتباطات بين المؤشرات الذاتية والمؤشرات الموضوعية لجودة الحياة كماً، وتقاس: بـ (الرفاهية الشخصية العامة overallwell-being، الرضا عن الحياة life satisfaction، والسعادة الشخصية personal happiness).

وقد اهتم الكثير من علماء النفس بدراسة الخبرات الذاتية الإيجابية والسمات الشخصية الإيجابية والعادات الإيجابية، لأنها تؤدي إلى تحسين جودة الحياة وتجعل للحياة قيمة وتحول دون الأعراض المرضية التي تنشأ عندما لا يكون للحياة معنى (مسعود امحمد، 2015، ص 205)

على الرغم من التداخل بين مفهوم جودة الحياة والمفاهيم ذات الصلة، تزخر الأدبيات النفسية بعدد من التعريفات نذكر منها ما يلي:

**تعريف منظمة الصحة العالمية:** تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها "إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه". (WHO,1994)

**وكما ترى المالكي(2011)** فإن هذا الاهتمام بجودة الحياة لن يتوقف بل سيزداد بصورة ملحوظة، فقد انتقل هذا المفهوم من العمومية إلى الدراسة العلمية الدقيقة، وانتقل من كونه مرتبطاً بالرفاهية والتكامل للظروف المعيشية في حياة الإنسان، إلى كونه مفهوماً يعبر عن التكامل الحادث في حياة الإنسان المادي منها والمعنوي والذي يؤدي به إلى السعادة والرضا في الحياة (سلاف مشري، 2015)

تعددت وتباينت تعريف العلماء والباحثين لمفهوم جودة الحياة، وتضمن عدد كبير من الدراسات التي تقيس جودة الحياة مداخل مختلفة، منها المداخل الذاتية والمداخل الموضوعية.

في عام 1975 بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة (QOL) وأصبح جزءاً من المصطلحات الطبية المستخدمة في الرعاية التأهيلية، لأنها قدمت مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى.

كما يرى (Reine) أن جودة الحياة تتمثل في الإحساس الإيجابي بحسن الحال، كما يتم رصده بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وعن حياته بشكل عام وأنها تتأثر بأحداث الحياة والعلاقات ويتغير حدة الوجدان والمشاعر وأن الارتباط بين جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثران باستبصار الفرد (Reine et al , 2003,p297).

يعرفها مصطفى الشرقاوي: " كل ما يفيد الفرد بتنمية طاقاته النفسية والعقلية ذاتياً والتدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب مواجهة المواقف الضاغطة والمبادرة بمساعدة الآخرين والتضحية من أجل رفاهية المجتمع وهذه الحالة تتسم بالشعور و ينتظر إلى جودة الحياة من خلال قدرة على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والاستقرار الأسري والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصادية والقدرة على مقاومة، الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، ويؤكد أي شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة (مصطفى الشرقاوي، 2004، ص 15)

كما يرى كمر دليب "أن جودة الحياة"تعد مؤشراً على الرضا عن الحياة أو السعادة في الحياة" (نوبيات، 2013، ص 98)



يعرفها كل من صلاح الدين العراقي، ومصطفى مظلوم (2005) " جودة الحياة هي وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الايجابي، فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كنتاج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة. (صلاح الدين العراقي ومصطفى مظلوم، 2005، ص 32).

يرى الأشول (2005) «أن جودة الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، وإدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات التي تقدم لهم على إشباع حاجاتهم المختلفة، ولا يمكن أن يدرك الفرد جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم (أصدقاء وزملاء وأشقاء وأقارب) أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئية والنفسية الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد". (محمود علي منسي وعلي مهدي كاظم، 2006، ص 63).

ويعرفها هانشيزوم وكاناكواك (2001) "درجة شعور الفرد بالسعادة النفسية الناتجة عن الرضا بظروف حياته اليومية" (Hanshizume&Kanagwak,2001,p16)

ويرى جسام (2009) "أن جودة الحياة هي درجة رضا أو عدم رضا التي يشعر بها الفرد اتجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بالوجود الإنساني، وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة، كما انها تشمل على العوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته وعوامل خارجية كتلك التي تقيس سلوكيات الاتصال الاجتماعي والنشاطات ومدى انجاز الفرد للمواقف" (جسام 2009، ص 33)

ويرى رالف (1991) جودة الحياة هي شعور الفرد بالسعادة النفسية عبر مراحل حياته المختلفة والمنبثق من جهوده الايجابية في الاستقلالية، والكفاية الذاتية، والنمو الشخصي، والعلاقات الايجابية مع الآخرين، وتقبل الذات) لتحقيق أهدافه (بشرى عناد مبارك، 2012، ص 726).

وعرفت هناء الجوهرى (1994) جودة الحياة بأنها ما هي إلا نتاج لكل من العوامل الاجتماعية كالدخل، الخدمات الصحية، السكن والعوامل الذاتية وهي عوامل نفسية مثل نوعية إدراك الفرد لمدى مناسبة هذه العوامل الاجتماعية له وبالتالي فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها جودة حياة الفرد. (فوقية سيد، محمد حسين، 2006، ص 06).

ويعرفها تايلور وروجان جودة حياة " بأنها رضا الفرد بقدره في الحياة والشعور بالراحة والسعادة" (غداء علي نعيسة، 2012، ص 150).

موسوعة علم النفس تعرف جودة الحياة على أنها "مفهوم ذو أبعاد عدة تم تلخيصها ضمن سبعة محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة وذلك لأغراض تسير البحث والقياس وهي كالتالي:

التوازن الانفعالي ويتمثل في ضبط الانفعالات الايجابية والسلبية كالحزن والكآبة والقلق والحالة الصحية للجسم، والاستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل والدراسة، الاستقرار الأسري، وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي استمرارية، وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة، الاستقرار الاقتصادي وهو ما يربط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة، والتوائم الجيني وهو مرتبط بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام، (encyclopedia psychology, 2020/01/14).

أما غود يرى (good, 1994) "أن جودة الحياة على أنها الدرجة الكلية التي يتمتع بها الفرد بالإمكانات ذات الأهمية المتاحة له في حياته من خلال ثلاثة مجالات حياتية، وهي الأسرة والعمل والصحة".

أما اندالامن وزملاؤه (Andalamn, et al, 1999) يعرفون جودة الحياة على "انها مفهوم يشير الى السعادة والرضا عن الذات والحياة الجيدة" (Andalamn, et al, 1999, p 410)

في عام 1948 حددت منظمة الصحة العالمية تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة، بأنها "حالة الرفاه الجسدي والعقلي والاجتماعي الكامل وليس مجرد غياب المرض أو العجز" (WHO, 1948) ومنه أصبحت جودة الحياة (QOL) ذات أهمية متزايدة في ممارسة الرعاية الصحية والبحوث الرعاية التلطيفية تحت بان جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL) هي تقييم لكيفية تأثر رفاهية الفرد بمرور الوقت بسبب مرض أو عجز أو اضطراب.

لكن في سنة 1997 عرفت منظمة الصحة العالمية جودة الحياة المتعلقة بالصحة" بانها ادراك الفرد لمكانته في الحياة ضمن السياق الثقافي والانظمة القيمية التي يعيشون فيها، وفيما يتعلق باهدافه وتوقعاته ومخاؤفه، وهذا مفهوم تصنيفي واسع متأثر بالصحة الجسدية، والحالة النفسية، ومستوى الاستقلال، والعلاقات الاجتماعية، والمعتقدات الشخصية... (WHO, 1997, p1)

بينما يعرف كتلووتيسير (2011) جودة الحياة بأنها " إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته" (طشوش والقشار، 2017، ص 134).

من خلال هذه المفاهيم والتي حاولت إعطاء تعريف دقيق لجودة الحياة، نجد أن بعضها يركز على إدراك الفرد لجوانب الحياة التي يعيشها، وبعضها الآخر يشير إلى أهمية الجانب الصحي في تحديد جودة الحياة، كما يرى كل من رالف وهانشيزوم وكاناكواك "أن جودة الحياة هي درجة شعور الفرد بالحياة النفسية، وبالاعتماد على هذه التحليلات يمكن أن نعرف جودة الحياة بأنها "قدرة الفرد على التعامل مع المعطيات بيئته بمعنى آخر هي مدى قدرة الفرد على تحقيق الأفضل لنفسه وذلك بادراك مسبق لقدراته الجسمية

والنفسية والعقلية وكذا توقع للمعيقات التي يمكن أن يتلقاها من البيئة التي يعيش فيها سواء من الجانب الصحي أو الفيزيقي أو الجانب الحيوي أو الاجتماعي".

لقد تعددت تعاريف مفهوم جودة الحياة واختلفت في بعض مؤشراتها، إلا أنها تصب في البحث عن رضا الفرد عن حياته. وهذا راجع لتداخل بعض المصطلحات ذات الصلة

### 10. المصطلحات ذات الصلة بمفهوم جودة الحياة:

في الحقيقة هناك عدة مصطلحات تستخدم كمفاهيم متصلة بجودة الحياة، وخاصة أن البعض يرى أنها مجرد تسميات صورية تعبر عن مستوى معين يعيشه الفرد، فمنهم من يستخدم مصطلح نوعية الحياة **Quality of Life** ومنهم من يستخدم مصطلح أسلوب الحياة **Style of life** ومنهم من يستخدم نمط الحياة **Pattern of Life**.

➤ **أسلوب الحياة: Style of Life** " أسلوب الحياة هو نمط السلوكيات والعادات التي يتميز بها الفرد ويمكن تغيير أسلوب الحياة إذ لم يعد يتلاءم مع الحالة الصحية أو النفسية مع احتمال الإصابة ببعض الاضطرابات" (موسوعة شرح المصطلحات النفسية: 2001، 359).

ويعرف أسلوب الحياة أيضا على أنه: "تغيير يدل على وحدة الشخصية النفسية المنظمة انطلاقا من خيار للقيم يساهم في تماسك صورة الذات في العالم الخارجي" (موسوعة علم النفس: مج3، 1997، ص1034). نلاحظ من خلال هذا التعريف أن أسلوب الحياة ملازم لشخصية الفرد وقدرته على اكتساب عادات تساعد في تحسين حالته الصحية والنفسية أو جعلها تسوء، بمعنى أن أسلوب الحياة يعتمد على القرارات الذاتية المبنية على إدراك الفرد وهوبذلك جانب من جوانب جودة الحياة.

### ➤ نمط الحياة: Pattern of Life

هو اصطلاح يستخدم في الجغرافيا البشرية يدل على أعمال الجغرافيين الفرنسيين في مطلع القرن 20 على مجموعة من الأشكال المادية لوجود الجماعات البشرية التي تعيش ضمن اقتصاد مغلق أو شبه مغلق، متميزة بموضوع أساسي للنشاط الحيوي، كأنماط الحياة الرعوية، وأنماط حياة تقوم على الصيد البحري والبري... الخ.

### ➤ نوعية الحياة: Quality of Life

هي تشمل إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي المرتبط بأهدافه وتوقعاته ومعايير ومخاوفه، فهو مفهوم معقد يتعدد الأبعاد يتضمن الصحة العضوية والنفسية والروحية ومستوى

الاستقلالية ومعتقدات الفرد وعلاقاته الاجتماعية وكذا ارتباطه بالعناصر الأساسية في البيئة التي يعيش فيها (WHO, 2004)

➤ السعادة Happiness:

حقيقة هناك من يستخدم هذا المصطلح كمرادف لجودة الحياة خاصة أصحاب الرأي البرغماتي، أين يرون بأن السعادة تشير إلى أن الحياة جيدة وتدرج السعادة تحت مظلة علم النفس الايجابي، ولكن عموما تعرف بأنها "انفعال وشعور إيجابي يوصف بكلمات كالقناعة، الإحساس بالرفاه والرضا" أو هي "حالة التوازن الداخلي وبها عدد من المشاعر الإيجابية كالرضا، الابتهاج والسرور التي ترتبط بجوانب أساسية للحياة مثل الأسرة، العمل، والعلاقات الإيجابية. (رياض نائل، 2016، ص 204).

وتتضمن السعادة كمؤشر لجودة الحياة أو للتنعم الذاتي أو لحسن الحال ما يلي:

✓ الانفعالات الايجابية: positive emotion (الحياة السارة أو الممتعة the pleasant life).

✓ الصفات أو الخصائص الإيجابية positive character (حياة الاندماج The engaged life)

✓ العلاقات الإيجابية positive relationships (الحياة الاجتماعية The social life).

✓ المؤسسات الإيجابية positive institutions (الحياة الهادفة ذات المعنى the meaningful)

(life) (محمد السعيد أبو حلاوة، 2014، ص 35).

✓ جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL)

تطور مفهوم جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL) على أنه مدى جودة أداء الشخص في حياته ورفاهيته المتصورة في المجالات الصحية والجسدية والعقلية والاجتماعية، يشير الأداء الوظيفي إلى قدرة الفرد على تنفيذ بعض الأنشطة المحددة مسبقا بينما تشير الرفاهية إلى المشاعر الذاتية لدى الفرد (wilson, cleary, 1995)

من خلال المفاهيم المتداخلة أو المكملة لبعضها البعض فإن العنصر في كلمة الجودة (Quality) يوضح العلاقة الانفعالية القوية وبيئته، وهذه العلاقة التي توسطها مشاعر الفرد وإحساسه ومدركاته فضلا عن أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كونها محددات لهذا المفهوم، ولهذا فان التوجهات النظرية الحديثة قد أكدت في تفسيرها لمفهوم جودة الحياة على دور المحددات النفسية، كما هو واضح في سياق المقاربات (المنظورات) الآتية:

## 11. النظريات المفسرة لمفهوم جودة الحياة:

➤ **الاتجاه المعرفي:** يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الآتيتين:

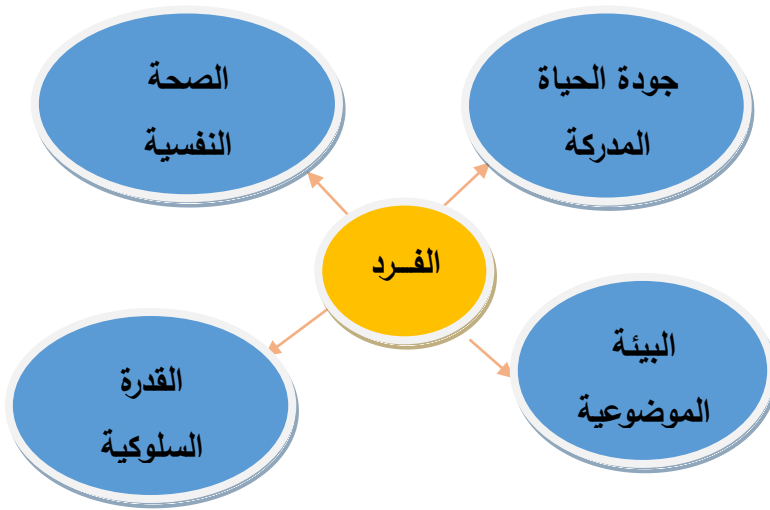
**الأولى:** أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد شعوره بجودة الحياة.

**الثانية:** في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة ووفق ذلك وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة.

### ➤ نظرية لاوتن (Lawton theory)

طرح لأوتن (Lawton , 1996) مفهوم طبيعة البيئة (environmentalpress) ليوضح فكرته عن جودة الحياة والتي تدور حول الآتي: "أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما: الظرف المكاني: إذ أن هناك تأثيرا للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة الحياة، وطبيعة البيئة في ظرف المكاني تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، والآخر تأثير غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها. إن إدراك الفرد لتأثير طبة البيئة على جودة حياته يكون أكثر ايجابية كلما تقدم في العمر، كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر ايجابية على شعوره بجودة الحياة. ويبين المخطط أثر طبة البيئة على إدراك الفرد لجودة حياته، وتأثر قدرته السلوكية والصحية النفسية بهذا الأثر (brown,2009,25)

الشكل رقم (13): جودة الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة



المصدر: Brown,2009,25

**نظرية شالوك (2002) Schalok Theory**

قدم شالوك (2002) تحليلاً مفصلاً لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمانية مجالات، وكل مجال يتكون من ثلاث مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة عور الفرد بجودة الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا العور فالعامل الحاسم في ذلك يمكن طبيعته إدراك الفرد لجودة حياته (عبد الرحمن، 2008، ص 338).

وفق ما ذكر في المخطط أدناه يمكن تصور مؤشرات جودة الحياة في الآتي:

**الناحية الذاتية:** التقييم الوظيفي كقياس المدى "مستوى الوظيفة، وملاحظة الماركة، واستبيانات الظروف، والأحداث البيئية، والتفاعل في الأنشطة اليومية، وتقرير المصير، والتحكم الشخصي، وأوضاع الدور (التعليم، المهنة، المسكن).

**الظروف الخارجية:** والمنبهات الاجتماعية، مستوى المعيشة، ومستوى العمل.

ويوضح الجدول التالي تفصيلات نظرية شالوك لهذه المجالات الثمانية ومؤشرات كل مجال من هذه المجالات.

**الجدول رقم (04): مجالات جودة الحياة ومؤشراتها بحسب نظرية شالوك**

المجالات							
السعادة الوجدانية	العلاقة بين الشخصية	السعادة المادية	النمو الشخصي	السعادة البدنية	تقرير المصير	الاندماج الاجتماعي	الحقوق البشرية
- الرضا مفهوم الذات انخفاض الضغوط	التفاعلات العلاقات الإسناد	الحالة المادية العمل المسكن	التعليم الكفاءة الشخصية الأداء	الصحة الأنشطة اليومية وقت الفراغ	الاستقلالية الأهداف الاختبارات	التكامل الترباط الاجتماعي الأدوار المجتمعية	الحقوق الفردية حقوق الجماعة القانون والعمليات الواجبة

➤ **المنظور الإنساني Humanistic Perspective**

يرى المنظور الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائماً الارتباط الضروري بين عنصرين لاغنى

عنهما:

- وجود كائن حي ملائم  
 - وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن، ذلك لان ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين عنصرين، فهناك البيئة الطبيعية والتي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد وهناك البيئة الاجتماعية وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع، فجودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير وعدم خروجهم عنها كما أن هناك البيئة الثقافية التي تقاس جودتها بقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية ماديا أو معنويا (مريم شيخي، 2014، ص 86).

لقد أكد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على مفهوم الذات **selfconcept**، وقد بين أن حقيقة الحياة الإنسانية تنطوي على إمكانية هائلة لتحقيق أفضل المستويات للتطور والارتقاء في الحياة (Rebecan,2000,p39). ومن أكثر النظريات حداثة ضمن هذا المنظور.

### ➤ نظرية رايف Ryff Theory

تدور نظرية رايف حول مفهوم السعادة النفسية Psychological happiness، إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي تحددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ستة صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الايجابية في تحسين مراحل حياته، وهذه الأبعاد هي:

#### 1- البعد الأول: الاستقلال Autonomy

وصفاته تتمثل بقدرة الشخص على ان يقرر مصيره بنفسه، وان يكون مستقلا بذاته، وان يكون قادرا على مقاومة الضغوط الاجتماعية، ويتصرف بطرائق مناسبة، ومنظم في سلوكه، ويقوم ذاته بما يتناسب وقدراته الشخصية.

#### 2- البعد الثاني: التمكن البيئي Environmental Mastery

ومن صفاته الكفاية الذاتية للفرد وقدرة الفرد على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته، وقدرته على الإفادة من الفرص المتاحة لديه قدرته على اتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية وقدرته على اختبار قيمه الشخصية، وقدرته على التصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه.

### 3- البعد الثالث: Personal growth

ومن صفاته شعور الفرد بالنمو والارتقاء المستمر، وإدراكه لتطور وتوسع ذاته، وانفتاحه للتجارب الجديدة، إحساسه الواقعي بالحياة، شعوره بتحسين ذاته، وتطور سلوكه يوما بعد آخر، سلوكه يتغير بطرائق تزيد من معرفته وفاعليته الذاتية.

### 4- البعد الرابع: العلاقات الايجابية مع الآخرين positive Relation With others:

وتتمثل في رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية، وثقته بالآخرين من حوله، وقناعته برفاهية الآخرين، وقدرته على التعاطف والتودد للآخرين واهتمامه بالتبادل الاجتماعي وإظهاره للسلوك التواصلية مع الآخرين.

### 5- البعد الخامس: تقبل الذات Self –Acceptance

ويتضمن إظهار الفرد توجيهها ايجابيا نحو ذاته، وكذلك قبوله بالسمات أو الخصائص المكونة لذاته (السلبية والايجابية)، العور الايجابي لحياته الماضية، تفكيره الايجابي لذاته المستقبلية، يعر بخصائص ذاته المميزة ويظهر النقد الايجابي لذاته.

### 6- البعد السادس: الهدف من الحياة: Purpose In Life

وتتمثل في ان يمتلك الفرد معنى للمعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة.

✓ أن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها.

✓ أن يسعى الفرد لتحقيق غاياته في الحياة.

✓ أن يكون له القدرة على توجيه أهداف حياته.

✓ أن يكون قادرا على الإدراك الواضح لأهداف حياته.

✓ أن يدرك أن صحته النفسية تكمن في إحساسه بمعنى الحياة (Ryff, 1989, 989).

لقد بين رايف ان جودة الحياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الازمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وان تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي شعوره بجودة الحياة.

### ➤ المنظور التكاملية: Intégrative Perspective

يرى أندرسون (Anderson, 2003) تفسيراً تكاملياً لمفهوم جودة الحياة متخذاً من مفاهيم السعادة، ومعنى الحياة، ونظام المعلومات البيولوجي، والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات فضلاً عن العوامل الموضوعية الأخرى إطاراً نظرياً تكاملياً لتفسير جودة الحياة. لقد أشار أندرسون إلى أن إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصياً ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكاراً كي يصل إلى الرضا عن الحياة life



satisfaction، وان هناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة: (Anderson ,2003 , p74)

- تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه.
- المعنى الوجودي الذي ينتصف العلاقة بين أفكار والأهداف.
- الشخصية والعمق الداخلي.

نظرية اندرسون جامعة شاملة أو متعددة الجوانب تتضمن ثماني نظريات واقعية هي: الرفاه، الرضا بالحياة، السعادة، معنى الحياة، نظام المعلومات البيولوجية (الاتزان)، إدراك قوة الحياة، إشباع الحاجات، العوامل الموضوعية، كل هذه النظريات هي أو جه الحياة، والتي من الممكن أن توضع على حظ أفقي تتحرك من الذاتي إلى الموضوعي. (خولة دبله، 2017، ص 117)

ومن خلال هذه المقاربات يتضح لنا بعض المؤشرات الدالة على جودة الحياة، وقد حدد فلوفيد (fallowfield,1990) مؤشرات جودة الحياة فيما يلي:

## 12. مؤشرات جودة الحياة:

الإحساس بجودة الحياة: حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به، وتقاس عادة بالدرجة التي يحصل عليها المجيب عن فقرات مقياس الإحساس التي يعدها الباحثون.

المؤشرات النفسية: وتتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب أو التوافق مع المرض أو العور بالسعادة والرضا.

المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الاجتماعية والترفيهية.

المؤشرات المهنية: وتتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها لها، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، والتعايش مع الآلام، والنوم، والشهية في تناول الغذاء، والقدرة الجنسية.

يبدو لي من خلال هذه المؤشرات أن جودة الحياة هي معافاة الفرد كاملا بدنيا وعقليا ونفسيا واجتماعيا وفق تمييز ثلاث أبعاد نذكرها كالاتي:

### 13. أبعاد ومقومات جودة الحياة:

من خلال تحليلنا لتعاريف لمفهوم جودة الحياة نجد اختلاف في ابعاده من حيث الرؤى الباحثين والمنظرين تحدد مجدي ثلاثة أبعاد لجودة الحياة وهي كالتالي:

**جودة الحياة الموضوعية:** وتتمثل بما يوفره المجتمع من إمكانيات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

**جودة الحياة الذاتية:** والتي تعني كيفية شعورك لفرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا و القناعة عن الحياة، ومن ثم الشعور بالسعادة.

**جودة الحياة الوجودية:** وتعني الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة، والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية، والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع (عبد المعطي، 2005، ص 25)

أما دبله خولة ترى في طرحها لأبعاد جودة الحياة ان من بين الأمور القلائل المتفق عليها فيما يخص مفهوم جودة الحياة إضافة إلى صعوبة حصره في تعريف موحد، تعدد أبعاد ومجالات هذا المصطلح فقد أشار الراسي إلى أن الباحثين قد أكدوا بأن مصطلح جودة الحياة متعدد الأبعاد رجوعاً إلى اختلاف زاوية الناظرين إليه وكذلك نسبة هذا المصطلح لدى الفرد في حد ذاته وفقاً بمراحل النمو المختلفة والخبرات التي يعايشها الفرد.

**البعد الذاتي:** ويستدل عليه من خلال الشعور بالرضا عن الحياة، وشعور الفرد بالسعادة بمعنى تقييم به إيجابية الحياة.

**البعد الموضوعي:** ويضم كلا من الصحة الجسمية، إيجابية العلاقات الاجتماعية والنشاط المجتمعي، العمل، فلسفة الحياة ووقت الفراغ إضافة إلى المستوى المعيشي والعلاقات الأسرية والتعليم والصحة النفسية.

#### الجدول رقم (05): مستويات جودة الحياة

على المستوى المجتمعي	على المستوى الشخصي	
كيف يشعر الفرد اتجاه مجتمعه وقدراته على المشاركة والتأثير في قرارات مجتمعة	كيف يشعر الفرد اتجاه نفسه وحالته.	شخصي نوعي (الإحساس)
الحالة الاقتصادية والاجتماعية والبيئة والكفاءة الحكومية.	الحالات الوظيفية مثل: التعلم طبيعة العمل	موضوعي

المصدر: دبله خولة، 2017، ص 116

حدد كاظم ومنسي (2006) ستة مكونات لجودة الحياة لدى طلبة الجامعة، بعد مراجعتهم لبعض المقاييس الأجنبية التي بلغ عددها سبعة مقاييس وهذه المكونات هي: (جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، جودة التعليم والدراسة، جودة العواطف "الجانب الوجداني"، جودة الصحة النفسية، جودة الشغل ووقت الفراغ).

بينما ابعاد جودة الحياة هي سبعة يمكن من خلالها قياس جودة الحياة لدى الفرد وهي: (التوازن الانفعالي، الحالة الصحية العامة للجسم، الاستقرار المهني، استمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة، الاستقرار الاسري وتواصل داخل البناء العائلي، الاستقرار الاقتصادي، التواءم الجنسي) في حين يرى شالوك بان جودة الحياة تقوم على ثلاث مؤشرات يمكن قياسها من خلال الابعاد التالية: (السعادة الانفعالية، العلاقات بين الشخصية، السعادة المادية، النمو الشخصي، السعادة البدنية، تقرير المصير، لاندماج والمشاركة الاجتماعية، الحقوق البشرية)

نستطيع أن نقول بأن جودة الحياة تعريف نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من معايير تقييم حياته وتوجب عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة: (غفران غالب احمد الدهني، 2018، ص 279)

- ✓ الصحة العامة التي تعتبر فيها تأثير الصحة إلى جانب المرضى.
  - ✓ قدرة الإنسان على الوظائف اليومية
  - ✓ القدرة على التفكير وأخذ القرارات.
  - ✓ قدرة الإنسان واختياره لنمط الحياة وتأدية الأنشطة إلى القدرة على التنفيذ وأخذ القرارات
  - ✓ التكاليف الاقتصادية والاجتماعية
  - ✓ المعتقدات الدينية والقيم الثقافية والحضارية ومعايير وأساسيات المعيشة والدخل.
  - ✓ الرضا عن أساسيات المعيشة والخيارات البيئية وجودتها.
  - ✓ تحليلات المجال الاجتماعي.
  - ✓ المقارنة بين المناطق الحضارية والريفية.
  - ✓ أنماط الحياة وارد التنوع فيها.
  - ✓ الرفاهية.
- حيث نقول إن البيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد تكون السبب الأكبر وراء انخفاض جودة حياتهم بأبعادها المختلفة.

إذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة هناك نواحي أو عوامل نجدها تتمثل في أربعة نواحي أساسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان، بل وعلى نموه كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض وهي: مقومات من الناحية (الجسمية والنفسية والشعورية والعقلية). (مريم شيخي، 2015، ص 97)

أما الدراسة الحالية تهدف لتقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة، ولتحقيق هذا الهدف فإننا حددنا ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة وفق مقياس جودة الحياة المختصر للمسح الصحي (SF-36) حيث ينقسم لمكونين ملخص المكون البدني النفسي وملخص المكون العقلي تمثلت ابعاده فيما يلي:

عبارة عن مقياس جودة الحياة العام المكون من 36 عنصراً والذي يقيم 8 مجالات: (1) الأداء البدني، (2) تحديد الدور بسبب مشاكل الصحة البدنية (الدور الجسدي)، (3) ألم جسدي، (4) تصورات الصحة العامة، (5) حيوية، (6) الأداء الاجتماعي، (7) قيود الدور بسبب مشاكل الصحة العاطفية (الدور العاطفي)، (8) الصحة النفسية.

#### 14. قياس جودة الحياة:

وفيما يلي عرض لبعض المقاييس التي يمكن ان تستخدم في قياس جودة الحياة.

##### ➤ مقياس جودة الحياة لفريش Frisch (1992)

وهو يقيس الرضا عن الحياة (جودة الحياة)، ويتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطي 17 مجالا للحياة مثل العمل، الصحة، ووقت الفراغ، والعلاقات مع الأصدقاء والأبناء، ومستوى المعيشة، وفلسفة الحياة والعلاقات مع الأقارب والجيران والعمل الوطني... الخ، حيث يطلب من المفحوص تقدير الرضا في مجال معين من الحياة وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد.

##### ➤ مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (1997)

وهو يتكون من 28 مفردة، والاستجابة من خمس نقاط وفقا لمقياس لكيرت likert، وهي تقيس جودة الحياة العامة في المجالات البدنية، والاستقلال، والوظائف النفسية، والعلاقات الاجتماعية والمجال البيئي لجودة الحياة، وهو يعتمد على القبول والرفض، وتتراوح درجات المقياس من 28 الى 140 وتشير الدرجات المرتفعة إلى جودة حياة مرتفعة (Molassiois, et al:2002, p).

##### ➤ مقياس تقييم جودة لهوثرن Hawthorne (1999) يتكون من 15 مفردة تقيس الأبعاد الخمسة لجودة

الحياة المرتبطة بالصحة وهي (الأمراض والحياة "العيش" المستقلة، والعلاقات الاجتماعية، والنواحي

الجسمية، والسعادة النفسية). حيث تمنح الدرجة 0= للجودة الحياة السيئة، والدرجة 1= جودة الحياة العادية (Hawthorne,1999,p52)

#### ➤ مقياس جودة الحياة الأوروبية: EQ-5D

يضم 5 أبعاد تتمحور حول الحركة، العناية بالذات، النشاطات اليومية، الألم، التنفس والقلق، الاكتئاب وهو بسيط وسريع الاستعمال (Haute Autorité de Santé, 2013, p 9)

#### ➤ مقياس النموذج المختصر للمسح الصحي 36 (ShortForm-36 Heath Survey)

يستخدم على نطاق واسع لذوي الأمراض القلبية، ويقيم جودة الحياة المتعلقة بالصحة الجسدية (الوظائف البدنية، القيود المرتبطة بالصحة البدنية، الألم الجسدي، الطاقة، الحيوية، والتصورات الصحية بصفة عامة) والانفعالات (الصحة النفسية، الأداء الاجتماعي، الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية)، ومن المزايا الرئيسية لـ "Sf-36" أنه يعطي نتائج تغطي مختلف الجوانب البدنية والنفسية للمريض ويفرق بينها. إلا أنه قد أنتقد كونه يحتوي على 36 بنداً، الأمر الذي يشكل عبئاً على المريض، ( Geraldine A L (2010,p).

#### 15. محددات جودة الحياة المتعلقة بالصحة

يرتبط إدراك الفرد لجودة الحياة بمجموعة من المتغيرات الشخصية والاجتماعية والثقافية، وقد أجريت العديد من الدراسات على الأسوياء والمرضى والمعاقين من فئات عمرية مختلفة للتوصل إلى محددات جودة الحياة، وفيما يلي عرض لبعض من هاته المحددات: (صليحة عدودة، 2015، ص ص 141-143)

#### 16. الكفاءة الذاتية وجودة حياة المتعلقة بالصحة

من خلال تحليل بعض الدراسات السابقة التي بحثت في العلاقة بين المتغيرين (الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة) لدى عينات متباينة تعاني من الامراض المزمنة قد تكون السمنة نتيجة وقد تكون سبب نذكر منها:

دراسة كوهلر وفيش وجرين: (Kohler,C.Fich;L. Green;P; 2002) التي هدفت إلى الوقوف على العلاقة بين كفاءة الذات المدركة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى 208 من مرضى الانسداد الرئوي المزمن الراشدين، وقد استخدم مصطلح نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في هذه الدراسة وتم تعريفه بقياسه بوصفه مفهوماً يشمل القدرات الوظيفية والاجتماعية والجسمية والإدراكات الجسمية بوجه عام، وقد كشفت نتائج الدراسة عن علاقة وظائف الرئة والأعراض المرضية بالضعف الوظيفي للرئة يمكن تقليلها عن طريق زيادة كفاءة الذات المدركة لفاعلية هذه الوظائف، كما كشفت النتائج عن أن كفاءة الذات المدركة

لفاعلية وظائف الرئة تتوسط العلاقة بين نوعية الحياة ووظائف الرئة، وبالتالي فإن المرضى الذين لديهم قدر ضئيل من كفاءة الذات المدركة قد تكون وظائفهم أكثر ضعفاً من هؤلاء الذين يعانون من القدر نفسه من المرض ولكنهم بدرجة أعلى من كفاءة الذات المدركة، والتي تساعدهم بدورها على تحقيق فعالية أكبر لوظائف الرئة (أميرة محمد الدق، 2011، ص 194)

تتفق نتائج الدراسات السابقة على أن الأفراد ذوي الكفاءة المرتفعة يتميزون بدلالة واضحة عن الأفراد ذوي الكفاءة المنخفضة في مجالات متعددة منها: الصحة النفسية والتوافق، والصحة الجسدية، والصحة الاجتماعية، فهم أكثر احتراماً للذات وأكثر قناعة ورضاً عن الحياة وأكثر اطمئناناً وهدوءاً، وأكثر ثقة بالنفس، وأكثر ثباتاً انفعالياً وأقل اضطراباً وقلقاً، وأقل اكتئاباً وأكثر انجازاً وأحسن صحة، وأكثر ايجابية، هذه المميزات تتحقق عندما يمارس الفرد التحكم والسيطرة الذاتية على حياته وصحته بشكل مباشر وصريح، وتلعب معتقدات الفرد حول كفاءته دوراً أساسياً في الحفاظ والرقى بصحته (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، الفكرية) والتعامل مع أي مرض قد يصيبه، وذلك من خلال تنفيذه لسلوكيات صحية سليمة تمكنه من الاهتمام بذاته وتزيد من شعوره بإحساس التحكم الذاتي والسيطرة على صحته الشاملة وحياته العامة. فقد أو ضحت الدراسات التي تناولت الأمراض المزمنة كالسكري والسرطان وأمراض القلب ومرض الصرع، مدى تأثير الكفاءة الذاتية على الصحة الإنسانية في أسلوب تعامل المريض مع مرضه ومدى التزامه بالقواعد الصحية السليمة.

كما أشار ميشال بيترز وزملاؤه (Michele.P, et al, 2019) ان الامراض المتعددة في الحالات المزمنة طويلة الأمد هي مصدر قلق كبير للخدمات الصحية، وتشكل الإدارة الذاتية بالتنسيق مع الرعاية السريرية جزءاً من الإدارة الفعالة للأمراض المتعددة . وتعتبر ان الكفاءة الذاتية هي آلية يمكن من خلالها تحقيق الإدارة الذاتية، تتأثر جودة الحياة سلباً بالمرضاة المتعددة ولكن يمكن تحسينها من خلال الإدارة الذاتية الفعالة، تبحث هذه الدراسة في العلاقة بين الكفاءة الذاتية ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بأمراض متعددة . تم استجواب المشاركون استبياناً يحتوي على مقاييس جودة الحياة ( EQ-5D-5L)، واستبيان الظروف طويلة الأجل (LTCQ) ومقياس تأثير عبء المرض (DBIS)، والكفاءة الذاتية لإدارة مقياس الأمراض المزمنة، بعد إجراء الإحصاء الوصفي وتحليل التباين وحساب اختبار الانحدار الخطي لفحص العلاقة بين نوعية الحياة (المتغير التابع) والكفاءة الذاتية والمتغيرات الديموغرافية والمتعلقة بالمرض. خلصت نتائج الدراسة المتحصل عليها أن مرضى الرعاية الأولية والأمراض المتعددة يعانون من انخفاض الكفاءة الذاتية وعبء المرض العالي لديهم نوعية حياة أقل. قد يساعد الوعي بمستويات الكفاءة الذاتية بين المرضى

الذين يعانون من اعتلالات متعددة المهنيين الصحيين على تحديد المرضى الذين يحتاجون إلى دعم محسن للإدارة الذاتية.

تم الترحيب بتقديم دعم الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة كعلامة مميزة للرعاية الجيدة. قد تؤدي الكفاءة الذاتية العالية إلى تحسين نوعية الحياة في حالات الأمراض المتعددة .

**(Verónica Melgarejo González-Conde)** ميزت هذه الدراسة ان جودة الحياة المتعلقة

بالصحة هي مقياس نتائج مهم يستخدم في مراقبة السيطرة على الربو. الكفاءة الذاتية هي أحد العوامل المحددة لسلوكيات الإدارة الذاتية، لذلك يمكن أن تساهم في تحسين السيطرة على الربو ونوعية الحياة. الهدف من هذه الدراسة هو تحليل العلاقة بين الكفاءة الذاتية ونوعية حياة لدى الأطفال المصابين بالربو ومقدمي الرعاية لهم. بحيث استخدمت عينة تمثلت (176) مريضًا تتراوح أعمارهم بين (6-14) عامًا مصابين بالربو، تم تحديد مستوى الكفاءة الذاتية من خلال تحديد ثلاث مجموعات المستويات المنخفضة والمتوسطة والعالية، وتحصلت الدراسة على النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة وفقا لمستويات منخفضة بمتوسطة مقابل عالية من الكفاءة الذاتية.
- ان المجالات المحددة ذات الصلة عاطف وأعراض (PAQLQ) مع الكفاءة الذاتية في مهارات حل المشكلات المتعلقة بالربو والفعالية الذاتية للعلاج
- وان العواطف (PACQLQ) مع الكفاءة الذاتية في مهارات حل المشكلات المتعلقة بالربو، يرتبط المستوى العالي من الكفاءة الذاتية بنوعية حياة أفضل للأطفال ومقدمي الرعاية لهم بناءً على هذه النتائج، يمكن دمج مقياس الكفاءة الذاتية في تقييم التدخلات التعليمية في الإدارة الذاتية التي يتمثل هدفها النهائي في تحقيق الجودة المستهدفة لحياة المريض وعائلته.

لتحديد العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) لدى الأشخاص المصابين بمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) والتأثير المعتدل لنوع الكفاءة الذاتية (مهمة التمرين، حاجز التمرين، أعراض مرض الانسداد الرئوي المزمن، بشكل عام ونوع HRQoL عام، خاص بمرض الانسداد الرئوي المزمن، تم البحث في قواعد البيانات بشكل منهجي من البداية حتى يناير 2019. تم تقييم الجودة المنهجية، وأجري التحليل البعدي باتباع إرشادات PRISMA بروتوكول PROSPERO CRD خلصت النتائج ان هناك علاقة إيجابية معتدلة بين الفعالية الذاتية (SE) و (HRQoL) في مرض الانسداد

الرئوي المزمن، مع العلاقة أقوى لممارسة الرياضة وأعراض مرض الانسداد الرئوي المزمن من الكفاءة الذاتية العامة.

من خلال تحليل دراسة (Justin A.Haegele,2018) والتي هدفت لفحص العلاقات بين الفعالية الذاتية لممارسة الرياضة والنشاط البدني ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) لدى البالغين الذين يعانون من إعاقة بصرية، تمت دعوة البالغين الذين يعانون من إعاقات بصرية عبر البريد الإلكتروني من خلال منطمتين معاقين بصرياً في الولايات المتحدة لإكمال أربعة استبيانات: (أ) استبيان النشاط البدني الدولي- نموذج قصير، (ب) مقياس سلوك ممارسة الكفاءة الذاتية، (ج) استبيان الصحة القصير لدراسة النتائج الطبية، و(د) استبيان ديموغرافي. قدم مائة وتسعة وخمسون مشاركاً (متوسط العمر = 44.77) استطلاعات كاملة للتحليلات. تم تحليل البيانات باستخدام ثلاثة مكونات: التحليل الوصفي، تحليل عامل التأكيد واختبار النموذج الهيكلي الافتراضي، كانت الفعالية الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة (ES) و(HRQoL) قابلة للاستمرار في هذه الفئة من السكان. كان للفعالية الذاتية ارتباط مباشر ( $\beta = 0.26$ ) وارتباط غير مباشر ( $\beta = 0.17$ ) مع (HRQoL) الذي تم بوساطة النشاط البدني المتوسط إلى القوي للمشاركين. ارتبط (MVPA) بشكل إيجابي مع الصحة النفسية ( $\beta = 0.17$ ) ولكن ليس بالصحة الجسدية.

تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الكفاءة الذاتية يمكن أن تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر، من خلال (AMVP) على (QVSH) لدى البالغين ذوي الإعاقة البصرية. تدعم هذه الدراسة استخدام التدخلات القائمة على الكفاءة الذاتية لتعزيز النشاط البدني وبالتالي التأثير على (QSHL) لدى البالغين الذين يعانون من إعاقة بصرية، دلالات لإعادة التأهيل يميل البالغون الذين يعانون من إعاقات بصرية إلى الإبلاغ عن نوعية حياة ذات صلة بالصحة أقل من أقرانهم غير المصابين بإعاقة بصرية. في هذه الدراسة، يظهر النشاط البدني واعدًا كوسيلة فعالة لتحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة النفسية للبالغين ذوي الإعاقات البصرية. كما تؤثر الكفاءة الذاتية بشكل مباشر وغير مباشر من خلال النشاط البدني على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة للبالغين ذوي الإعاقات البصرية، وتدعم النتائج استخدام تدخلات النشاط البدني القائمة على الكفاءة الذاتية لتحسين النشاط البدني ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى البالغين الذين يعانون من إعاقات بصرية.

### 17. السمعة وجودة الحياة المتعلقة بالصحة:

يقدم التراث السيكولوجي الصحي دليلاً على أن السمعة تؤثر على جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQL) بشكل عام، تم الإبلاغ عن أن المشاكل الجسدية لدى الأفراد الذين يعانون من السمعة تؤثر على (HRQL) أكثر من المشاكل النفسية، بالرغم من أن الأمراض المصاحبة الكامنة في الأشخاص الذين



يعانون من السمنة المفرطة تمثل عوامل الإرباك الرئيسية التي تؤثر على (HRQL)، فقد أظهرت الأبحاث أن السمنة نفسها يمكن أن تؤثر بشكل كبير على (HRQL) ركزت الدراسات السابقة عادة على الأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة والذين يبحثون عن العلاج، هناك معلومات أقل نسبياً عن تأثير السمنة على (HRQL) في عموم السكان، ويجب أيضاً إيلاء المزيد من الاهتمام للنتائج المتعلقة بالتغيرات في الحالة الوظيفية (قيود النشاط) لدى الأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة. ثبت أن النشاط البدني والتمارين الرياضية المنتظمة، خاصة عند استخدامها مع العلاج الغذائي، تعمل على تحسين مؤشرات HRQL المختلفة، مثل الأداء البدني والاجتماعي، والمزاج واحترام الذات لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة.

ومن خلال دراسة (MM Amoukar et al,2003) فحص العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم (BMI) وجودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQL)، في وجود ضوابط غذائية و/ أو ممارسة الرياضة في عينة وطنية في الولايات المتحدة. تم فحص مؤشر كتلة الجسم وارتباطه بمجالات HRQL (القيود الجسدية والعقلية والنشاطية) باستخدام بيانات نظام مراقبة عوامل المخاطر السلوكية لعام 2000 الخاصة بمراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (BRFSS) ، بعد تعديل العوامل الاجتماعية والديموغرافية المختلفة، والصحة الذاتية المبلغ عنها هي: الحالة والنظام الغذائي/ السلوك الرياضي .

خلصت الدراسة لتسليط الضوء على العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم و HRQL في الولايات المتحدة،

تؤكد الدراسة أيضاً على الارتباط الإيجابي بين التمارين والتعديلات الغذائية مع HRQL

وأيضاً نجد دراسة دافيد وزملاؤه (David A. Katz et Al,2000) تحديد العلاقة بين زيادة الوزن والسمنة ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL) في المرضى الذين يعانون من حالات مزمنة نموذجية لتلك التي تظهر في الممارسة الطبية العامة، بعد حساب آثار الاكتئاب والأمراض الطبية المصاحبة، تم تحليل مقطعي للبيانات من دراسة النتائج الطبية والحصول على تقارير من مكاتب الأطباء الذين يمارسون طب الأسرة والطب الباطني والغدد الصماء وأمراض القلب والطب النفسي في ثلاث مدن أمريكية. تم قياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة من خلال المسح الصحي SF-36 المرضى الذين يعانون من زيادة الوزن (مؤشر كتلة الجسم 25.0-29.9 كجم / م 2)، والمرضى الذين يعانون من السمنة من الدرجة الأولى (مؤشر كتلة الجسم 30.0-34.9 كجم / م 2)، والمرضى الذين يعانون من السمنة من الدرجة الثانية إلى الثالثة (مؤشر كتلة الجسم أكبر من أو يساوي 35 كجم / م 2) كان لديهم انخفاض ملحوظ درجات الوظائف البدنية المعدلة (بنسبة 3.4 و 7.8 و 13.8 نقطة على التوالي) مقارنة مع المرضى ذو الوزن الطبيعي.

المرضى الذين يعانون من السمنة من الصنف الأول والفئة الثانية والثالثة لديهم أيضاً درجات أقل بكثير لتصورات الصحة العامة المعدلة (بمقدار 2.8 و 4.4 درجة على التوالي) ودرجات حيوية معدلة أقل (بمقدار 4.0 و 7.1 نقطة على التوالي)، مقارنة بالمرضى غير المصابين بالوزن الزائد. لم يلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذين يعانون من زيادة الوزن والوزن الزائد والسمنة على بعد الصحة النفسية. كان لدى النساء ذوات مؤشر كتلة الجسم المرتفع درجات أقل بكثير من HRQOL مقارنة بعشرات الرجال البدينين في عدة مجالات. بالإضافة إلى ذلك، كان السود ذو مؤشر كتلة الجسم المرتفع لديهم درجات أقل بكثير من البيض في العديد من مجالات جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL)

خلصت الدراسة الى ان زيادة الوزن والسمنة لهما أكبر ارتباط بمقاييس الوظيفة البدنية. زيادة الوزن والسمنة لهما أكبر ارتباط بمقاييس الوظيفة البدنية. المعايير الوطنية الأخيرة، والتي خفضت عتبة تحديد الوزن الزائد.

ترى الباحثة من خلال مراجعة السابقة التي بحثت في تحديد قوة العلاقة بين متغير السمنة وجودة الحياة المتعلقة بالصحة نجد ان جل الدراسات خلصت إلى أن فئات زيادة الوزن والسمنة بناءً على إرشادات المعاهد الوطنية للصحة الحديثة، أن المرضى الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة لديهم انخفاض ملحوظ في HRQOL عبر تدابير الصحة البدنية، وأن المرضى الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة لديهم انخفاض ملحوظ في HRQOL عبر التصورات الجسدية والصحية ومقاييس الحيوية، مقارنة بالمرضى غير البدناء. من الجدير بالذكر أن الانخفاض في الوظيفة الجسدية المرتبط بمقاربات السمنة من الدرجة الثانية إلى الثالثة التي لوحظت لدى المصابين بالأمراض المزمنة بما فيها السمنة. أفاد الباحثون والمنظرون أن للسمنة تأثيراً بارزاً على مقاييس الوظيفة البدنية عدة دراسات متباينة في النتائج بالإضافة للعوامل الديموغرافية وجودة الحياة. على الرغم من أن هؤلاء الباحثين وجدوا أن الارتباط القوي بين السمنة وضعف الوظيفة البدنية كان مشابهاً. من المرجح أن يكون المرضى الذين يعانون من ارتفاع مؤشر كتلة الجسم محدودين في الأنشطة الأساسية للحياة اليومية، بما في ذلك المشي عدة كتل، والانحناء، والركوع، ومن المرجح أن يبلغوا عن ضيق في التنفس، وبعض الاضطرابات المصاحبة مما قد يعكس سوء التكيف البدني، وبعض من الدراسات اكتشفنا أن النساء البدينات والسمنة يصنفن صحتهم العامة بشكل سلبي أكثر من النساء غير البدينات له أهمية لنظام الرعاية الصحية لأن مقاييس التصورات الصحية العامة هي من بين أفضل تنبؤات الاستفادة من خدمات الصحة الطبية والعقلية، تم تأكيد هذه النتيجة بمقاييس فرعية لتصورات صحية عامة أكثر تفصيلاً والتي أظهرت إدراكاً أسوأ للصحة الحالية وزيادة الضائقة الصحية، مقارنة بالأشخاص الذين لا

يعانون من زيادة الوزن. إضافة إلى ذلك كان الانخفاض في الحيوية بارزاً بشكل خاص عند النساء البدينات. أظهر باحثون آخرون أيضاً درجات SF-36 أقل لتصورات الصحة العامة والحيوية في المرضى الذين يسعون إلى علاج السمنة، وزيادة خطر تصورات الصحة العامة السيئة لدى النساء ذوات الوزن الزائد، أما الرجال الذين يعانون من زيادة الوزن قد تتوسط تأثيرات السمنة على مفاهيم الصحة العامة جزئياً عن طريق الصورة الذاتية السيئة، والتي تتفاقم بسبب المواقف السلبية للأقران وأفراد الأسرة والمهنيين الصحيين وأصحاب العمل المحتملين تجاه السمنة. لوحظ هذا النقص في الارتباط عند استخدام مقاييس فرعية أكثر تفصيلاً للصحة النفسية، وما إذا كان قد تم تعديل الصحة العقلية للاكتئاب السريري. عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة وغير البدينين في الدراسات المجتمعية الأمريكية. كما لم ترتبط زيادة الوزن بتغيرات كبيرة في الصحة النفسية في دراسة مستقبلية كبيرة للممرضات الأمريكيات. في المقابل، حدد باحثون آخرون انتشاراً متزايداً للقلق وأعراض الاكتئاب لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة (هناك العديد من التفسيرات المحتملة لهذه النتائج المختلفة. تم الإبلاغ عن انخفاض درجات الصحة العقلية في المرضى الذين كانوا غير راضين عن وزنهم وكانوا يسعون بنشاط للعلاج من السمنة، والتي يمكن أن تعكس تحيز الاختيار. أيضاً، يمكن أن يكون هناك حد أعلى لمؤشر كتلة الجسم للضعف في الصحة النفسية، مقارنة بإجراءات الصحة البدنية. وأخيراً هناك اختلافات في التركيب العرقي عبر عينات الدراسة. قد يكون الارتباط بين السمنة والصحة النفسية راجع للنوع، في حين أننا لا نستطيع استبعاد احتمال أن يؤدي انخفاض HRQOL إلى زيادة الوزن والسمنة (أي السببية العكسية).

### 18. تحسين جودة الحياة لدى المصابين بالسمنة:

إحدى الطرق الرئيسية لتحسين جودة الحياة لدى البدناء هو استخدام برامج إعادة التأهيل وبرامج السلوك المعرفي تنمية الكفاءة وتطوير الذات أو التحكم الذاتي ممارسة الرياضة مع تعزيز النشاط البدني، وتحسين النظام الغذائي، إذ أن فوائد برامج إعادة التأهيل والالتزام بالحمية الغذائية (سواء كان ذلك في المنزل أو المستشفى) تنعكس على الناحية الفسيولوجية وتحسن الحالة النفسية للمرضى، وكذلك في كفاءة مقارنة التكلفة، فكل برنامج لإعادة التأهيل وممارسة الرياضة والحمية الغذائية يجب أن يتضمن عامل أهمية التغيرات السلوكية في نمط الحياة، وهنا يجب إدماج عدد كبير من المرضى الذين يتسربون أو لا يشاركون ولا يداومون في برامج إعادة التأهيل الرياضية" الفوائد الإيجابية لممارسة الرياضة بالنسبة للوقاية الأولية والثانوية من زيادة الوزن والسمنة المفرطة، فالنشاط البدني يقلل من ضغط الدم، وتتنخفض من الكوليسترول

في الدم (HDL) ويخفض مستويات الدهون الثلاثية بشكل مستقل عن فقدان الوزن، وفقا لذلك، رئيس الخدمات الطبية في المملكة يوصي ما لا يقل عن 30 دقيقة من النشاط البدني المعتدل الشدة لمدة خمسة أيام أو أكثر في الأسبوع. الحمية الغذائية أهمية بناء برامج لمساعدة المرضى على اتباع نظام غذائي، ففي دراسة اكلينيكية فارقية قام بها (by H Rozjabek · 2020) على عينة من مرضى يعانون من زيادة الوزن أو السمنة، تم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين، حيث أن إحدى المجموعتين كانت تحوي على عينة كبيرة من المرضى، الجمع بين الأساليب الذاتية والموضوعية عند تقييم جودة حياة المريض: فحص التقارير الإكلينيكية الموضوعية، جنبا إلى جنب مع التجربة الذاتية للمريض تتيح فهم جودة حياة المريض، وتزيد من فرص تحسين رعاية المرضى هذه المعلومات يمكن أن تكون مفيدة عند تقديم نصائح للمرضى بشأن ممارسة النشاط البدني بعد تدخل جراحي كما أنها تسمح بتحديد أهداف واقعية لإعادة التأهيل قليل منهم، وقد اظهرت النتائج فاعلية البرنامج لدى المجموعة المكثفة بالمقارنة مع مجموعة الحد الأدنى.

كما أكد الدكتور عبد الحميد المؤمن استشاري أول جراحة السمنة والمناظير والغدد، على أن الهدف من علاج أعراض السمنة هو تحسين جودة الحياة لدى المريض من جوانب شتى وذلك ليتمتع بصحةٍ ومظهر أفضل، لان السمنة ينتج عنها المخاطر الصحية والألم الذي يمكن أن يتسبب في تشويه الحالة الصحية الجسدية وفرض قيود على الأنشطة اليومية. يمكن أن يساهم انخفاض الصحة البدنية وكذلك الوصم والتمييز المرتبط بالسمنة في إعاقة الصحة النفسية. وقام الدكتور المؤمن بتوضيح طريقة قياس كتلة الجسم ودرجات السمنة على ضوء مؤشر كتلة الجسم حيث أن هناك ثلاث فئات تصنف لكتلة الجسم، البدناء وهم الذين تتجاوز مؤشر كتلة أجسامهم الـ 30، والمصابون بالسمنة المرضية وهم من يتجاوز المؤشر لديهم الـ 40 وأما من يتجاوز المؤشر لديهم الـ 50 فيعدون من فئة السمنة الخبيثة.

## خلاصة الفصل:

ما نخلص اليه من عرضنا لمفهوم جودة الحياة أنه (QOL) مفهوم واسع متعدد الأبعاد يتضمن عادةً تقييمات ذاتية لكل من الجوانب الإيجابية والسلبية للحياة. مما يجعل قياسه صعباً لأن مصطلح "جودة الحياة" له معنى مختلف لكل شخص تقريباً، ويتأثر ذلك بأفكار الفرد وطموحاته ومستواه الأكاديمي وعوامل أخرى، لذا يمكن للأفراد والجماعات تعريفه بشكل مختلف. تطور مفهوم جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL) ومحدداته منذ الثمانينيات من القرن الماضي ليشمل تلك الجوانب من الجودة الشاملة للحياة التي يمكن أن تظهر بوضوح أنها تؤثر على الصحة سواء الجسدية أو العقلية. وبالتالي ظهر مفهوم علم النفس الإيجابي الذي تضمن هذا المفهوم بكل أنواعه واختلافه من بيئة إلى أخرى ومن ثقافة إلى أخرى، وعليه يختلف ادراك الفرد لحياته واحساسه ودرجة شعوره بالرضا وحسن الحال ... لكن يتضمن بعدين "بعد ذاتي وبعد موضوعي" واختلفت المؤشرات التقييمية بحسب غرض استخدامه بناء عليه تطرقت عدة مقاربات ونماذج توضح مجالات جودة الحياة وأنواعها واستخداماتها.



---

## الفصل الرابع: السمنة

---



## تمهيد:

يشهد العالم اليوم مشكلات صحية عويصة لم تكن تعرف في العقود الماضية، واهم هذه المشكلات هي السمنة وما يصاحبها من الامراض المزمنة، التي أصبحت تمثل أكبر مشكل صحي في العالم عامة والجزائر خاصة، ويتأكد ذلك من خلال تقارير المنظمة العالمية للصحة، حيث تفر بأنه "يموت 2.8 مليون شخص كل عام نتيجة زيادة الوزن والسمنة (WHO,2019)، وتزيد مخاطر الإصابة بأمراض القلب والسكتات الدماغية والداء السكري باطراد بزيادة مؤشر كتلة الجسم (BMI). حيث ان الانتقال من مجتمعات تقليدية الى مجتمعات صناعية صاحبه تغير في النمط المعيشي للمجتمعات العربية من الناحية الغذائية والحركية والاجتماعية والاقتصادية، وهذا ما غير في مجالات الحياة وجودتها، للسمنة عواقب صحية سلبية، سواء على المدى القصير أو الطويل. بالإضافة إلى زيادة خطر الإصابة بالسمنة والأمراض غير المعدية لدى البالغين، كما تساهم الجينات والبيئة في الإصابة بالسمنة، السمنة مشكلة معقدة لها العديد من الأسباب والعوامل المتفاعلة والمتراطة فيما بينها وهذا ما ينتج عنه من مخاطر صحية مؤثرة على حياة الفرد والمجتمع.

## 1. انتشار السمنة:

يُلاحظ ارتفاع معدلات السمنة على مستوى العالم، بغض النظر عن الثروة أو الفقر، في عام 2016 أحصت منظمة الصحة العالمية في العالم 1.9 مليار بالغ يعانون من زيادة الوزن و650 مليون معرّفين بأنهم "بدناء" على الصعيد العالمي، تضاعف عدد حالات السمنة ثلاث مرات تقريباً منذ عام 1975. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (WHO) ، تمثل الصحة "حالة كاملة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية، ولا تتكون فقط من غياب المرض أو العجز" (منظمة الصحة العالمية، 1946، ص 1). وبهذا المعنى، تتطلب الصحة إشباع جميع الاحتياجات الأساسية، كالعاطفية أو الصحية أو التغذوية أو الاجتماعية أو الثقافية للفرد، وذلك طوال حياته (Helene.B,2017,p9). لذلك فإن الصحة هي مفهوم نسبي وذاتي خاص بكل فرد. في مجتمع تكون فيه الصحة أكثر أهمية، كما تتميز الحالة الصحية بتفاعلات معقدة بين العديد من العوامل الفردية والبيئية والاجتماعية والاقتصادية، على سبيل المثال، يمكن أن تكون هذه العوامل هي الدخل والوضع الاجتماعي، وشبكات الدعم الاجتماعي، والبيئات المادية والاجتماعية، التراث البيولوجي والجيني، والثقافة، ونمط الحياة، واسلوب العيش، والرفاه... وهذا ما أحدث تغيرات لدى الانسان من حيث الجوانب النفسية والصحية والجسدية.

نظرت العديد من الدراسات في انتشار السمنة، وظلت الاستنتاجات كما هي. يستمر انتشار السمنة في الازدياد (Ng et al, 2014) ، ومع ذلك، فإنه يختلف بين البلدان المتقدمة والنامية، وبين الرجال والنساء، وبين المجموعات العرقية وكذلك بين الفئات العمرية، فإن السمنة والمضاعفات المرتبطة بها لها تأثير كبير على الأفراد المتضررين وأسرهم وعلى النظم الصحية والاقتصادات الوطنية (منظمة الصحة العالمية، 2011). في العالم، يمثل الوزن الزائد والسمنة عبئاً مادياً ومعنوياً متزايداً (Anis et al, 2010.p) ، تقر منظمة الصحة العالمية (WHO) السمنة بأنها الدهون الزائدة في الجسم مع العواقب الصحية السلبية. إذا تحدثت منظمة الصحة العالمية عن السمنة، فذلك لأنها لم تعد مجرد مشكلة جمالية تؤثر على بضعة آلاف أو مئات الآلاف من الأشخاص في كل بلد، ولكنها مرض حقيقي. يعاني مليار بالغ من زيادة الوزن في العالم و300 مليون شخص يعانون من السمنة. وكما هو الحال في الجزائر أصبح الوزن الزائد والسمنة مشكلة صحية عامة خطيرة. حيث يعاني 50% من الرجال وثلث النساء من زيادة الوزن. بحسب إحصائيات المعهد الوطني للصحة العامة، "يعاني جزائري واحد من كل جزائريين وواحد من كل ثلاثة جزائريين من زيادة الوزن (<https://www.radioalgerie.dz> 2021/05/03). لفهم هذه الظاهرة، يجب على المرء أن ينظر للعوامل والأسباب وما ينتج عنها من مخاطر واضرار صحية. وبناء عليه يدق الخبراء والمختصون والأطباء ناقوس الخطر ويحذرون من الانتشار المتزايد للسمنة في المجتمع الجزائري.

## 2. وبائية السمنة لدى البالغين في الجزائر:

تعرف الجزائر مشكلات صحية عديدة منها السمنة التي أصبحت تهدد الصحة العمومية في الجزائر، وبالرغم من قلة الاحصائيات في هذا المجال الا ان الشواهد اليومية للواقع الجزائري تؤكد على معانات الفرد الجزائري من السمنة، قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية سنة (2003) في اطار اقتراب "Step Wise" الموسومة بالعنوان الاتي " Mesure des facteurs de risque des maladies non trasmimissibles das dex zones pilotes en allgérie, (approche –Wise– de l'oms) " على عينة مكونة من 4000 شخص، من منطقتي سطيف ومستغانم.

أظهرت نتائج الدراسة على ان معدل انتشار عوامل خطر الإصابة بالسمنة الكلية " l'obésité globale عند الذكور هي 43.9% بالنسبة للذين يستهلكون أقل من 5 فواكه وخضرا 41% بالنسبة للمصابين بالضغط الدموي، 28.09% بالنسبة للذين يستهلكون التبغ و 24.3% بالنسبة التحضر، و 8.7%



بالنسبة للمصابين بداء السكري، 4.1 % لكلا من المبحوثين الذكور يعانون من الكولسترول ويستهلكون الكحول".

كما أن الدراسات في هذا المجال أو ضحت بأن سكان الجزائر يعانون من وباء السمنة الى جانب المشكلات الصحية الأخرى خاصة الامراض المزمنة منها داء السكري، الضغط الدموي وامراض القلب التاجية والسرطان... الخ وهي كلها امراض لها علاقة وطيدة بالسمنة اما نتيجة واما سبب، حيث كشفت معظم الدراسات على أن هذه العوامل هي عوامل خطر الإصابة بالسمنة (مساني، 2017، ص 166)

### 3. تعريف السمنة:

أول من استخدم هذا المصطلح الإنجليزي "راندل كوتجريف" randle cotgrave وفي اللغة العربية تعني البدانة وهي مشتقة من كلمة سمين أي ممتلئ الجسم (بدوي، 1993، ص 92). وتعني الحدود المناسبة للوزن الملائم لكل من نسبة تزيد عن 20 % هذا معناه ان الشخص البدين يزيد مؤشر كتلته عن الوزن المثالي، (الشربيني، 1990، ص 160).

#### تعريف منظمة الصحة العالمية M.S.O:

"يتم تعريف السمنة بأنها زيادة في كتلة الدهون مما يؤدي إلى عواقب وخيمة على الصحة". هذا هوالباء الأول في العالم 3 سبتمبر 2019 (O.M.S,2019,p74)

#### تعريف فرقة العمل الدولية للسمنة

تعرف السمنة بأنها "زيادة مفرطة في دهون الجسم بطريقة يمكن أن تؤثر على الحالة الصحية (IOTF, 1998,p1).

تعرف منظمة الصحة العالمية البدانة بأنها الزيادة في الكتلة الدهنية في الجسم لدرجة تعرض فيها صحة الشخص للخطر (دبراسو، 2020، ص 3).

#### تعريف فارس أبو ناصر:

السمنة أو البدانة هي زيادة الوزن التي تساوي أو تتجاوز الـ 20% من الوزن المثالي للشخص حسب طول قامته على ان نركز هذه الزيادة في الانسجة الشحمية (أبوناصر، 2013، ص5).

#### تعريف الدليل التشخيصي:DSM5

وفقاً للدليل تشخيصي إحصائي للاضطرابات العقلية"DSM5"، تعرّف اضطرابات الأكل بأنها مجموعة من المشاكل النفسية التي تتسم بوجود عاداتٍ غير طبيعية في الأكل والأفكار والعواطف المتعلقة به، والتي بدورها تؤثر سلباً على صحة الفرد الجسدية والعقلية في الآن نفسه، كما تتداخل مع أنشطته الطبيعية وجودة

حياته بطرقٍ شتى، وتشمل العديد من الممارسات التي قد تؤدي لخسارة الوزن أكثر من اللازم أو لكسبه فوق المستوى الصحيّ المعقول (أبو حيران وجودة، 2018، ص2)

**تعريف وائل أبو هندي** " البدانة هي مشكلة معقدة العوامل النفسية والجسدية والاجتماعية تبدأ من الطفولة وتستمر طوال حياة الفرد (مقاوسي، 2011، ص 12).

**تعريف أحسن بوبازين يعرف البدانة** " على انها الوزن الجسدي يزيد عن 20 % من الصفات العامة من الطول والوزن للجسم (بوبازين، 2006، ص172).

**تعريف الموسوعة العربية:** "السمنة obesity هي اضطراب في تركيب الجسم، تعرّف بأنها زيادة نسبية أو مطلقة في شحم البدن، ولها عدة سمات مميزة. ولقد ازدادت البدانة شيوعاً حتى إنها تكاد تصبح وباءً يجتاح المجتمعات المختلفة، ولاسيما المتطورة منها، وقد بدأ يزداد انتشارها بين الأطفال بسرعة (الموسوعة العربية، م 11، ص 144)

**الموسوعة العربية الشاملة:** يقصد بها التراكمات الغير طبيعية والمفرطة للدهون والتي ينجم عنها خطر على صحة الفرد، ويمكن للشخص أن يعرف إذا كان لديه سمنة أم لا، بواسطة استعمال مؤشر كتلة الجسم، وهو باللغة الإنجليزية يعني BODY MASS INDEX، ومن خلاله يمكنك قياس وزن جسمك بالكيلوجرامات، إلى مربع الطول بالمتراً. ونجد أن الشخص لديه سمنة عندما يساوي مؤشر كتلة الجسم ثلاثين أو أكثر، أما إذا أعطاك المؤشر أن كتلة الجسم 25، أو أكثر، فذلك يعتبر زيادة في وزنك، وفي الحالتين تكون معرض للإصابة بالكثير من الأمراض المزمنة (سامي، 2019، ص1).

**تعريف الموسوعة الفرنسية:** جاءت بالعديد من التعريفات ولهذا انتقينا التعريف المناسب، الوزن الزائد بسبب الدهون الزائدة. نتحدث عن السمنة إذا كان مؤشر كتلة الجسم لديك يزيد عن 30. يمكن أن ترتبط السمنة باضطرابات الأكل واضطرابات التمثيل الغذائي أو الاضطرابات الهرمونية.

<http://moyenspouragir.e-cancer.fr/glossaire-page.html>

زيادة الوزن عن طريق زيادة الدهون المخزنة في الجسم. يمكن أن يأتي من عوامل وراثية أو نظام غذائي غير متوازن ومهم للغاية أو مشاكل هرمونية. تعزز السمنة أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري ومشاكل المفاصل " الظهر والكاحل، والركبة" وبعض السرطانات.

<https://eurekasante.vidal.fr/lexique-medical/O.html>

**تعريف السمنة:** اضطراب يصيب الأشخاص الذين يزيد مؤشر كتلة الجسم (BMI) عن 40 أو يساوي 35 ويصاحبهم مشكلتان صحيتان أو أكثر تزيد من خطر الوفاة المبكرة  
<https://www.encyclopedie.fr/local/40> .

**تعريف السمنة:** بأنها حالة الأشخاص الذين يزيد مؤشر كتلة الجسم لديهم عن 30. مؤشر كتلة الجسم هو نسبة مربع الوزن إلى مربع الطول.  
<https://www.fondation-louisbonduelle.org/2016/12/01/dictionary-nutrition/>

### تعرف السمنة وفقاً لمنظمة الصحة العالمية

"بأنها تراكم غير طبيعي أو مفرط للدهون في الأنسجة الدهنية، والتي يمكن أن تؤدي إلى مشاكل صحية جسدية ونفسية للفرد ويمكن أن تؤدي إلى الوفاة المبكرة" (منظمة الصحة العالمية، 2000).  
 السمنة مرض مزمن له آثار خطيرة على صحة الإنسان. يتميز بتراكم مفرط للدهون. يرتبط بتطور مرض السكري من النوع 2، والعديد من أمراض القلب والأوعية الدموية، وعدة أنواع من السرطان (منظمة الصحة العالمية، 2015).

يعرّف (Pêgo.F & Deboni, 2011) أسوأ وباء في القرن الحادي والعشرين، بأنه "تراكم مفرط أو غير طبيعي للدهون يمكن أن يكون ضاراً بالصحة" (Alex paré, 2017, p14).

تتميز السمنة وزيادة الوزن بتراكم غير طبيعي أو مفرط للأنسجة الدهنية (التي تحتوي على دهون) والتي يمكن أن تشكل خطراً على الصحة. مؤشر كتلة الجسم (BMI) هو المؤشر الرئيسي للكشف عن السمنة أو زيادة الوزن عند البالغين، بحيث يعتبر الشخص بدينًا عندما يكون مؤشر كتلة الجسم لديه بين (25-30) <https://www.malakoffhumanis.com,2020>

اما (حسن فكري منصور، 2004) يرى ان " السمنة هي زيادة وزن الجسم عن حده الطبيعي نتيجة تراكم الدهون الناتجة عن عدم التوازن بين الطاقة المتناولة من الطعام أو الطاقة المستهلكة في الجسم (جرور محمد، 2021، ص 511).

وايضا تعرفها منظمة الصحة العالمية (WHO.2000) حالات السمنة وفراط الوزن على انها تراكم الدهون بشكل شاذ ومفرط قد يؤدي الى الاصابة بالأمراض المزمنة (نبيل منصوري وآخرون، 2015، ص3). يعرفها اخصائي التغذية ستيفان بيجان (Stéphanie Bégin, 2016) السمنة هي الوزن الزائد الناجم عن وفرة السعرات الحرارية وقلة النشاط البدني، مما يزيد بشكل كبير من خطر المعاناة من أمراض القلب والأوعية الدموية (MCV) وداء السكري من النوع الثاني (DT2)، بشكل أكثر تحديداً، تتطور السمنة عندما

يتم تخزين (TG) الزائد في الأنسجة الدهنية ويتم إطلاقه في الأحماض الدهنية الحرة (FFA)، تعتبر هذه العملية طبيعية، ولكنها يمكن أن تسبب آثارًا غير مرغوب فيها لأن الجسم قادر بشكل أفضل على الدفاع عن نفسه ضد الخسارة المفرطة مقارنة بالزيادة المفرطة في الوزن (Blackett, P.R. and D.K. ( Sanghera, 2013, pp4-5). في الواقع، يمكن اعتبار تخزين الطاقة في الأنسجة الدهنية ميزة في عملية الانتقاء الطبيعي، لكن تراكم الدهون خارج الرحم والسمنة الناتجة يمكن أن يكون لهما عواقب وخيمة. الالتهاب الجهازى هو نتيجة لترسب الدهون الحشوية في الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة، ويؤدي إلى مضاعفات مختلفة مثل (DT2).

يعرفها الدكتور هاينر فديماير (طب لجهاز الهضمي) لان المرء يشير إلى الانحراف عن الوزن الطبيعي الناجم عن زيادة كتلة الجسم أو زيادة محتواها من الدهون. إذا زادت كتلة الجسم عن مستوى محدد، يزداد خطر الإصابة بأمراض معينة. بالإضافة إلى ذلك، يقل متوسط العمر المتوقع وتتنخفض نوعية الحياة مع زيادة وزن الجسم. يصف مؤشر كتلة الجسم (BMI) الوزن المثالي بالنسبة لطول جسم الشخص (هاينر فديماير، 2021، ص1).

كما عرفتها فاطمة مساني (2017) عن (حسن فكري منصور، 2004) السمنة هي مشكلات صحية أصبحت تهدد السكان في العالم والجزائر، وهي عبارة عن تراكم كمية زائدة من الدهون في الجسم، مما يؤدي الى زيادة غير طبيعية في وزن الشخص، بالنسبة لطوله، وعمره إذا زاد وزن أي شخص عن 20% على وزنه الطبيعي نتيجة تراكم الدهون فإننا نطلق عليه كلمة "سمين".

تعرف السمنة بانها الزيادة الغير طبيعية للنسيج الدهني والذي يرتبط باختلال التوازن بين كمية الطاقة المستهلكة وكمية الغذاء المأخوذ (Basdevant et al,2011p)

من خلال تحليلنا للتعريف نستنتج ان "السمنة هي زيادة الدهون المخزنة في الجسم من خلال الاضطرابات الهرمونية أو العوامل النفسية والجسدية، أو هي خلل في النظام الغذائي غير متوازن، أو نتاج عوامل وراثية أو عدم التوازن بين الطاقة المستهلكة والطاقة المصروفة خلال اليوم مقابل جهد المبذول، أو هي نتاج عدة عوامل متفاعلة فيما بينها.

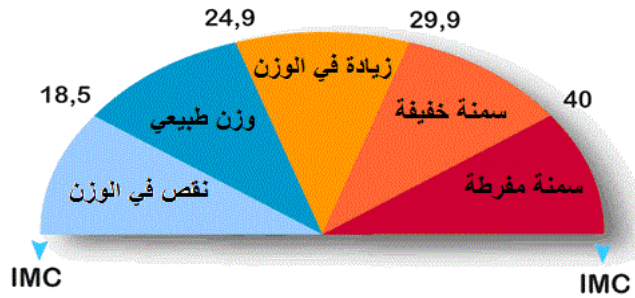
وكذلك نستنتج الفرق بين السمنة وزيادة الوزن: السمنة هي زيادة تخزين الدهون في الانسجة الدهنية، أما زيادة الوزن تعني ثقل الجسم مع عدم وجود مخزون من الدهون، وكذلك السمنة المفرطة أو المرضية تعبر عن يتجاوز مؤشر كتلة الجسم 40، تكون السمنة المرضية. حتى أن بعض المتخصصين يميزون بين مرحلة أعلى، وهي السمنة المفرطة، مع مؤشر كتلة الجسم الذي يزيد عن 50.

#### 4. قياس وتشخيص السمنة:

يتم تشخيص السمنة بوجه عام بقياس مؤشر كتلة الجسم (BMI) Body Mass-index، التي يتم حسابها من خلال قسمة أو زان الأفراد بالكيلوغرام على مربع اطوالهم بالمتري (م ك ج = الوزن (كغ) / الطول (م<sup>2</sup>))

- ✓ فإذا كان مؤشر كتلة الجسم للأفراد بين 25-29.9 فإنهم يعتبرون زائدي الوزن.
- ✓ إذا كان مؤشر كتلة لجسم ما بين 30-34.9 فإنه إشارة إلى الأفراد متوسطو السمنة.
- ✓ إذا كان يتجاوز مؤشر كتلة الجسم 40 فما فوق هذا يشير إلى ان الأفراد مصابون بالسمنة المرضية "الخطيرة" (غسان والزبيدي، 2019، ص 58)

الشكل رقم (14): حساب مؤشر كتلة الجسم



المصدر: برنامج حساب دليل كتلة الجسم-مجلة رجيم (رامي باسره، 2020)

➤ مؤشر كتلة الجسم BMI = الوزن / الطول <sup>2</sup> =  $(1.72/75)^2 = 25.95$  زيادة الوزن كما توجد معادلات أخرى لقياس مؤشر كتلة الجسم (OMS, 2006, p1).

#### مؤشر كتلة الجسم "Body Mass Indice"

- أقل من 18.5 ووزنك أقل من الطبيعي.
  - بين 20-24.99 ووزنك طبيعي.
  - بين 25-29.99 ووزنك زائد عن الطبيعي.
  - بين 30-34.99 تعد شخص بدين.
  - بين 35-39.99 تعد شخص بدين جداً.
  - أكثر من 40 أنت مفرط جداً في البدانة.
- قياس طيات الجلد: هو طريقة للتنبؤ بكثافة الجسم. تتطلب هذه الطريقة استخدام ملقط معايير بشكل خاص (مقياس شحم) لقياس سمك ثنية الجلد دون سحق الأنسجة الدهنية تحت الجلد. فرضية الطريقة

هي أن سمك الدهون تحت الجلد يعكس كتلة الدهون الكلية في الجسم. مواقع القياس هي " طي العضلة ثلاثية الرؤوس، الطية تحت الكتف، الطية ثنائية الرؤوس، الطية فوق الحرقفية، ويتم إجراء القياسات بالاتفاق على الجانب المهيمن. يتم إدخال مجموع طيات الجلد الأربعة في المعادلات التنبؤية، بناءً على العمر والجنس، لتقدير كثافة الجسم. تتميز هذه الطريقة ببساطتها في التنفيذ وتكلفتها المنخفضة للغاية. بصرف النظر عن المشاكل المتعلقة بقياس طيات الجلد، فإن هذه الطريقة تقدم الحد الرئيسي للتقليل من السمنة التناسلية(\*) والبطن(Myriam. H B, 2016, p17).

➤ **قياس تكوين الجسم** يتيح طرق القياس الأخرى المستخدمة دراسة تكوين الجسم والحصول عليه تقييم دقيق لدهون الجسم ولكن هذه الاختبارات غير متوفرة في الممارسة اليومية بسبب تكلفتها وكيفية تنفيذها .

➤ **الممانعة الكهربائية الحيوية:**

إنها طريقة غير مباشرة لقياس تكوين الجسم، يعتمد مبدأها قدرة الأنسجة الرطبة على توصيل الطاقة الكهربائية. المقاومة مرتبطة بحجم موصل (V) لمقاومته (R) وطوله (L) حسب الصيغة التالية:

$$V=R.L^2/Z$$

يتكون جهاز قياس الممانعة الأكثر استخدامًا من صندوق يوفر تيارًا متناوبًا يبلغ 800 A  $\mu$  بتردد 50 هرتز وأربعة أقطاب سطحية (اثتان على مستوى الرسغ الأيمن والآخران على مستوى المعصم الأيمن. الكاحل الأيمن)، إن الممانعة المحددة بهذه الطريقة تجعل من الممكن تقدير حجم الماء في الجسم. يُعادل هذا الحجم الكتلة الخالية من الدهون على افتراض أن الماء يمثل 73.2٪ من الكتلة الخالية من الدهون. وبالتالي يتم تقدير كتلة الدهون عن طريق طرح الكتلة الخالية من الدهون من وزن الشخص (Myriam,2016,p18).

#### 5. أعراض السمنة:

على الرغم من أن اكتساب بضعة أرطال إضافية قد يبدو غير مهم بقدر ما يتعلق الأمر بالصحة العامة للشخص، إلا أن زيادة الوزن يمكن أن تتصاعد بسرعة إلى حالة طبية خطيرة.

➤ **الأعراض المتكررة للكبار:** يمكن لأعراض السمنة أن تؤثر سلبًا على حياة الفرد اليومية. بالنسبة للبالغين، تشمل الأعراض المتكررة ما يلي:

(\*) السمنة التناسلية هي انهيار الأنسجة الدهنية في الوركين والفخذين. يكون المصاب أقل عرضة من مخاطر القلب والأوعية الدموية ومعدل التمثيل الغذائي من أي شكل آخر من أشكال السمنة.

- تراكم الدهون في الجسم خاصة حول الخصر
  - ضيق التنفس 2
  - التعرق (أكثر من المعتاد)
  - الشخير
  - مشاكل في النوم
  - مشاكل الجلد (من الرطوبة المتراكمة في ثنايا الجلد)
  - عدم القدرة على أداء المهام البدنية البسيطة (التي يمكن أن يؤديها المرء بسهولة قبل زيادة الوزن)
  - التعب (من خفيف إلى شديد)
  - ألم (شائع في الظهر والمفاصل)
  - التأثير النفسي (تقدير الذات السلبي، الاكتئاب، الخجل، العزلة الاجتماعية)
- **الأعراض الرئيسية في زيادة الوزن/ السمنة** مع وجود دهون زائدة موزعة في مناطق مختلفة من الجسم (الوجه والرقبة والمعدة والوركين والفخذين والأرداف...) مما يؤدي إلى ضعف الحركة مع آلام المفاصل والتعرق الزائد وصعوبات التنفس وكذلك تدني احترام الذات وفي بعض الحالات الميل للاكتئاب (Jennifer T et Kelly B, 2007, p798).

## 6. أنواع البدانة:

- **الهيبربلاسيا Hyperplasia** المقصود بها عدد الخلايا الدهنية التي تتكون في الجسم خلال الحياة.
  - **الهبتلروتروفي hypertrophy** المقصود بها الزيادة الحادثة في حجم الخلايا الدنية يتقدم العمر.
- متلازمة نقص التهوية البداني: تعرف أيضا بالمتلازمة البيكوبيكية "obesity hypoventilation syndrome" هي حالة تصيب الأشخاص الذين يعانون من فرط الوزن الشديد، بحيث يصبحون غير قادرين على التنفس بعمق كاف أو بسرعة كافية، وهذا بدوره يؤدي الى انخفاض نسبة أوكسجين وارتفاع نسبة ثاني أكسيد الكربون CO2 في الدم.
- **الايبيسات "نقطة البدانة" appetat or setpoint** المقصود بها الوزن العادي الذي يحتفظ به الشخص، والذي يجعله يعرف كم غرام من الدهون يلزم الحصول عليها كنظام ضابط له دون بذله لاي مجهود إضافي. الوزن المرغوب الجسم (DBW) desirable body weight أو الوزن المثالي للجسم

ideal body weight (ibw) والمقصود به وزن الجسم بالنسبة للحسوب الذي يعتبر وزنا صحيا للشخص.

**كثافة الجسم:** المقصود بها الجسم المغمور بمقارنة بدون ماء، ويفيد حساب الجسم في إعطاء معلومات عن دهن الجسم والكتلة الخالية من الدهن fat-free mass

**تركيب دهن الجسم body fat composition** ويتم تقدير دهن الجسم بالوزن تحت الماء.

وجبات اليويو yo-yoing deleting والمقصود به الوجبات التي تسبب دورت متكررة متذبذبة ما بين نقص الوزن وزيادة الوزن.

➤ **البدانة الاندرويد android obesity** والمقصود بها الدهن الزائد في منطقة الصدر والبطن، ويطلق على الجسم " الجسم ذوالشكل التفاحي " apple shaped body « والمقصود بها الدهن الزائد المتجمع في الجزء الأسفل من الجسم في منطقة الحوض والفخذين والارداق، ويطلق عليهم "ذو الشكل الكمثري pear shaped body، الليبوبروتين ليبيز (LPL) Lipo pretein lepase.

انزيم موجود في النسيج الدهني يحدد كمية الجليسيريدات الثلاثية اتي تتحرك في البلازما بواسطة الخلايا الدهنية، ويلاحظ ان زيادة نشاط هذا الانزيم يكون مرتبطا بالبدانة عن طريق تحديدها وليس السبب في حدوثها، ناتج قسمة محيط وسط الجسم على محيط الارداق: يحسب هذا الناتج عن طريق قسمة محيط وسط الجسم على محيط الارداق اقل من 085 كلما كانت الغذائية ذات مخاطر صحية بسيطة، وكلما كان الناتج قسمة محيط وسط الجسم على محيط الارداق أكبر من 0.85 كلما ذلك دليلا على تراكم الدهون الزائدة في منطقة وسط الجسم وحول منطقة البطن متخذة شكل التفاحة، مما يعني وجود حالة بدانة غذائية ذات مخاطر صحية كبيرة.

**مثال:** البدانة الجينويد محيط الوسط = 26 وحدة، محيط الارداق = 37 وحدة

اذن: الحالة =  $26/37 = 0.70$  أي ان المخاطر الصحية للبدانة تكون في هذه الحالة بسيطة.

**مثال:** البدانة الاندرويد:

محيط الوسط = 45 وحدة، محيط الأرداق = 35 وحدة

نجد ان الوزن 1.28 أي ان المخاطر الصحية للبدانة تكون في هذه الحالة مرتفعة

يعتبر ناتج قسمة محيط وسط الجسم على محيط الارداق ذات المخاطر الصحية كبيرة اذا زاد عن

0.80 للمرأة، واذا زاد عن 1 في حالة الرجل.



بدانة الكرش: المقصود ببداية الكرش الحالة التي يزيد فيها حزام الوسط عن 100 سم في الرجال وأكثر من 80 سم في السيدات حيث تتراكم الدهون في منطقة البطن.

### ➤ البدانة الناتجة من نقص نشاط الغدة الدرقية

تحدث البدانة الناتجة عن نقص نشاط الغدة الدرقية في نسبة تقل عن 1% من البدناء حيث ينخفض معدل الميتابولزم القاعدي (basal metabolic rate)، نتيجة نقص افراز هرمون السيكرينين (thyroid secretin) مما ينتج عنه الاحتفاظ بالسرعات الحرارية التي تستهلك عادة في الميتابولزم القاعدي، وعليه تعتبر معايير لتقييم الغذائي للبدانة " نسبة محيط الوسط على محيط الاردا، الطول، الوزن، مؤشر كتلة الجسم، نسبة محيط الوسط، على محيط الاردا.

### 7. تصنيف السمنة:

#### ➤ صنف الدليل الدولي للأمراض رقم 10 السمنة " E66 " (ICD-10)

E66.0 السمنة بسبب استهلاك الطاقة

E66.1 السمنة المرتبطة بالمخدرات، اذا لزم الامر، حدد الدواء باستخدام رمز إضافي لأسباب الخارجية.

E66.2 السمنة المفرطة يرافقه نقص التهوية النسخية متلازمة بيكويك.

E66.8 اشكال أخرى من السمنة " السمنة المؤلمة"

E66.9 السمنة غير محدد السمنة البسيطة، حرارية زائدة عن حاجة الجسم مع عدم حرق تلك السرعات وعدم ممارسة الرياضة، وفيما يلي نتعرف على أهم أسباب السمنة وأضرارها وطرق علاجها وكيفية الوقاية من السمنة. (ICD<sub>10</sub>, 1999, p368)

أما التصنيف العيادي: قسمت الى نوعين بأخذ عامل السن الذي تظهر فيه البدانة بعين الاعتبار، وعلى هذا الأساس قسمت الى:

➤ السمنة المتركة في البطن: **Abdominal obesity**: تشير السمنة البطنية المعروفة أيضاً باسم السمنة المركزية أو السمنة الحشوية إلى كتلة الدهون في منطقة البطن. وقد ثبت أن هذا يختلف في نطاق ضيق من إجمالي الدهون في الجسم ومؤشر كتلة الجسم (BMI). (Emmanuella et Antonis, 2019, p1)

وفي عام 1997، تم الاعتراف بسمنة البطن من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO) في استشارة خبراء لجنة السمنة، كإجراء بديل يستخدم لتحسين مستويات مؤشر كتلة الجسم، خاصة في السكان

المعرضين للسمنة المركزية. حيث ترتبط السمنة في منطقة البطن بزيادة خطر الإصابة بالأمراض والوفيات المرتبطة بمرض معين، مع كون السبب الرئيسي للوفيات والسمنة في منطقة البطن هو الأمراض القلبية الوعائية) وأيضاً ترتبط بمجموعة من الاضطرابات الأيضية، بما في ذلك المظهر الجانبي الضار للدهون، وضعف تحمل الجلوكوز وحساسية الأنسولين، وارتفاع ضغط الدم (BP)، وغيرها من الأمراض المصاحبة (OMS, 2003, p7)

➤ **السمنة المتمركزة في الوركين** هذا النوع من البدانة هو الأكثر حدوثاً لدى النساء في مرحلة النشاط الجنسي وتظهر مع بداية البلوغ، أي أن الهرمونات الانثوية هي المسؤولة عن تركيز الدهون في الجزء السفلي على شكل خط أفقي مروراً بالصرة (نقاوسي، 2011، ص14)

➤ **السمنة المبكرة:** تحدث في سن العاشرون وتسمى هذه البدانة بالنموالبالغ hyperplasique بمعنى زيادة عدد الخلايا الدهنية في جسم الفرد (نابلسي، 2013، ص 257).

➤ **السمنة المتأخرة:** تحدث بعد سن العشرين ويكون فيها عدد الخلايا الدهنية طبيعياً إلا أنها تكون ضخمة بحيث يميل حجمها إلى 100 ميكرون في حين أن الحجم العادي للخلية لا يتعدى (20-30) (DOMART, 1984, P629)

## 8. محددات تنبئ بالسمنة:

السمنة مرض متعدد العوامل، لأن التفاعل بين هذه العوامل المختلفة (البيئية والسلوكية والاجتماعية والاقتصادية) مع العوامل المؤهبة للوراثة هو المسؤول عن السمنة لدى الأفراد الذين لديهم قابلية متفاوتة لزيادة الوزن/السمنة (Myriam H. B, 2016, p28). إن دور العوامل البيئية في تطور السمنة، والتي بمفردها يمكن أن تفسر الزيادة السريعة في انتشارها في العقود الأخيرة، يتم تفسير السمنة عن طريق الاحتكاك النسبي، وهذا يعني تناول الطعام أكبر من نفقات الطاقة (Frank, 2003).

في هذا السياق، يبدو أن تعميم السلوك المستقر له أهمية مثل تحديد الزيادة في حدوث السمنة باعتبارها تعديل أوضاع الأغذية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن تعديل سعة التخزين في فائض الطاقة هذا وفقاً للعوامل الوراثية أو المكتسبة. الوراثة تحدد الحساسية للسمنة. قد يكون بعض الأفراد أكثر عرضة بسبب نميته الوراثية والرضاعة الطبيعية، تشير العناصر الأخيرة إلى أن هذا الاستعداد يمكن أن يأتي أيضاً من بصمة تركتها ظروف داخل الرحم أو بعد الولادة على تنظيم توازن الطاقة أو قدرات التخزين (Senat, 2021).

<https://www.senat.fr/rap/-008/r05-00813.html>

➤ المحددات البيولوجية للسمنة:

الأدلة الجينية والتخلقية، وحياة الجنين وتأثيرات ما بعد الولادة، واستخدام النماذج الحيوانية في البحث، وقضايا الغدد الصماء، والجوانب الجزيئية، والقضايا المتعلقة بالعدوى الفيروسية والسمنة. أكدت دراسة بوشارد وترومبلاي (Bouchard et Tremblay, 1997) القابلية الوراثية التي أجريت في التوائم أحادية الزوجي تظهر تشابه كبير من زيادة الوزن في أزواج التوائم، ومع ذلك، فإن طابع الأسرة للسمنة هي انعكاس للعوامل البيئية ولكن أيضا بشكل عالمي (بما في ذلك العوامل داخل الرحم، الرضاعة الطبيعية...)، والتي تتضمن عوامل بيئة / بيئية عائلية خاصة لكل فرد. كما أجريت أبحاث مكثفة لجينات السمنة في السنوات الأخيرة. تم عرض أكثر من 400 جينات أو علامات أو مناطق كروموسومات تتعلق بالسمنة (Snyder et al,2004)

➤ المحددات السلوكية للسمنة:

آثار الطعام وسلوك الابتلاع، والتدخين، والرضاعة الطبيعية، ومدة النوم، ونشاط وقت العمل/أوقات الفراغ، والسلوك المستقر.

تناول الطعام هو أحد المحددات الأساسية للسمنة. مهما كانت الحساسية الوراثية، لا يمكن أن يحدث زيادة الوزن إلا إذا كان موجودا الطعام، فإن تناول الطعام المفرط فيما يتعلق بالنفقات. ومع ذلك، بالإضافة إلى تلبية احتياجات الطاقة للفرد، ينطوي الغذاء على الجوانب الاجتماعية والثقافية والعاطفية للحياة اليومية. الغذاء عنصرا مهما في الرفاه وسيلة للمتعة تواجه العدوان النفسي. علاوة على ذلك، نظرا لأن سمية التبغ أو الكحول ليست قابلة للنقاش، فإن فكرة الطعام الخير أو السيئ لا يجعل توافق في الآراء حتى في المصطلحات الغذائية البحتة. في الواقع، تعتمد الصفات الغذائية للغذاء كثيرا على الكميات المستهلكة، وسيلة وكيفية الاستهلاك وغيرها من الأطعمة التي تستهلكها. إنه الطعام بأكمله يجعل الجودة من حيث محتويات الطاقة الخاصة به والتوزيع بين المكافين (Bordes,2008,p1).

كما يعرب غسان فيصل محسن " السلوك الخاطئ " تناول الطعام من حيث الافراط في تناول الوجبات الغنية بالدهون والمشبعة بالسكريات والبروتينات يؤدي الى تراكم الدهن داخل انسجة الجسم المختلفة فيؤدي الى التسبب فيما يسمى بمرض السمنة (غسان محسن، عز الدين الزبيدي، 2019، ص 65)

➤ المحددات البيئية والاجتماعية والثقافية للسمنة:

يعتمد النظام الغذائي الحالي على نهج صناعي للزراعة وإنتاج الغذاء، لذا فإن معظم الأطعمة متوفرة على مدار السنة ومعالجة بشكل كبير. في حين تم تحسين توافر الغذاء، فإن هذا لم يحسن الجودة الغذائية للطعام. في الواقع، شجعت جوانب معينة من تصنيع إنتاج الغذاء على استهلاك نظام غذائي غني بالبروتين

والدهون (خاصة الدهون المشبعة) ومنخفض في الكربوهيدرات المعقدة، يرتبط الانخفاض في إنفاق الطاقة المسجل مع التحديث والتغيرات المجتمعية الأخرى بنمط حياة أكثر استقرارًا حيث يحرر النقل الميكانيكي والمعدات الآلية والأجهزة الموفرة للعمالة في المنزل أو في مكان العمل الأشخاص من المهام البدنية الصعبة. انخفض النشاط البدني المرتبط بالعمل على مدى العقود الماضية في البلدان الصناعية، في حين أن طول وقت الفراغ، الذي تهيمن عليه مشاهدة التلفزيون والهوايات الأخرى المستقرة، قد ازداد (Carla.t, 2011, p37). وبناء على ما خلصت إليه دراسة (Agutter, P., Tuszynski, J., 2011) ان دور الزراعة والصناعات الغذائية، والبيئة الحضرية، والجوانب الاجتماعية والاقتصادية، والعوامل الثقافية، والملوثات البيئية، والتكاليف الاقتصادية. يمكننا أن نذكر الانخفاض في السعر النسبي للأطعمة عالية السعرات الحرارية (الوجبات السريعة والوجبات الجاهزة)، وتأثير الإعلان على استهلاك هذه المنتجات، ونمط الحياة المستقرة الخاملة. زيادة وما يقابلها انخفاض في النشاط البدني، سواء في العمل أو في أوقات الفراغ، وما إلى ذلك. لكن التأثير الكلي لهذه العوامل البيئية كان بلا شك متواضعًا لولا التأثير المضاعف للتفاعلات الاجتماعية. مثل الوباء، تنتشر السمنة عن طريق العدوى داخل نسق اجتماعي بحسب تصورات وادراكات الافراد كمعيار الصحة والجمال (Bordes,2008,p1).

## 9. أسباب السمنة:

أعلنت منظمة الصحة العالمية أن السمنة مرض خطير يصيب جميع الأعمار وجميع الفئات السكانية في جميع البلدان. إنه وباء عالمي يعكس مشاكل اجتماعية واقتصادية وثقافية (WHO, 1997)، وهكذا لمدة عشرين عامًا أو نحو ذلك، اهتم العديد من الباحثين بدراسة السمنة، خارج المجتمع الطبي مثل (الاقتصاديين، وعلماء النفس، وعلماء الاجتماع، واخصائي التغذية...)، الذين يسعون إلى تحديد / فهم أسباب السمنة. حيث اجمع العلماء ان الأسباب تتمثل في الأشكال الجينية البحتة، المرتبطة بطفرات نادرة للغاية (على سبيل المثال، طفرة في جين اللبتين أو مستقبله)، أو الأشكال السلوكية البحتة، اعتمادًا على العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية، ودعمت دراسة كارل تاراماسكو (Carla.taramasco,2011) على ان الأسباب المؤدية للسمنة هي تفاعل بين الاختلافات الفردية (العمر والجنس ومستوى التعليم...) التي تؤثر على العوامل الفردية (الوراثة، والفسولوجية، والنفسية) والتغيرات البيئية (نمط الحياة، تسريع إيقاعات الحياة، إلخ) التي تؤثر على العوامل البيئية (العلاقات بين الأفراد، البيئة الاجتماعية والبيئة الثقافية) مثال على الشبكة المعقدة من العوامل السببية، والتي قد تلعب دورًا في تطور السمنة على المستوى الفردي، كان يُعتقد

أن السمنة مرتبطة ببساطة باختلال التوازن بين تناول الطاقة والنفقات. ومع ذلك، فقد أشارت الأبحاث الحديثة إلى أن العوامل الجينية والفسولوجية والسلوكية تلعب أيضًا دورًا مهمًا في مسببات السمنة.

➤ **الجين والوراثة:** هناك العديد من الهرمونات والمكونات الجينية والعوامل المفترزة قيد التحقيق حاليًا والتي تم تورطها في مسببات السمنة. بعض هذه العوامل لها تأثير على التحكم طويل الأمد في مدخول الطاقة (الليبتين، الليبتيد العصبي Y، كورتيزول، غريلين) بينما يبدو أن البعض الآخر له تأثير قصير المدى على مدخول الطاقة (مثل الجريلين والأنسولين والكوليسيستوكينين، انتروكين...)، في عام (1994) لقد تم اكتشاف أكثر الجينات شهرة وهو المسمى "The Ob Gene" المسببة للسمنة وهذا الجين هو يعمل على إنتاج هرمون يسمى ليبتين. وهذا الأخير يتم إنتاجه في الخلايا الدهنية بالجسم عندما تبدأ تلك الخلايا في الامتلاء بالدهن بعد تناول وجبة دسمة، وبعدها ينتقل الليبتين في الدم حتى يصل المخ ليحفز مركز الشهية (مركز الشبع) على إيقاف الشعور بالجوع، الليبتين مركز ايضى يجعل المخ يصدر امرا للخلايا بان تحرق قدرا اكبر من الطاقة. وحتى يستمع المخ الى الرسالة الليبتين تحتاج الخلايا المخية الى وجود مادة كيميائية على سطحها تسمى مستقبل الليبتين. اذن هو مركب ايضى يجعل المخ يصدر امرا للخلايا بأن تحرق قدرا أكبر من الطاقة.

إذا كانت مستويات الليبتين منخفضة فإن غيابها يرسل رسالة تدعو إلى تناول شيئا من الطعام، وتمنع حرق كثير من الطاقة الى ان تتناول الطعام.

فان وجود خلل في مستقبل الليبتين وفي غير ذلك من الكيماويات التي تيسهم في ارسال رسالة الليبتين الى خلايا مركز الشبع قد يلعب دورا مهما في ظهور البدانة. وتجدر الإشارة الى ان الجينات المؤدية للسمنة مرتبطة بعمل الميتاكوندريا (Mitochondria) وهذه بدورها تحدد نسبة التفاعلات الايضية لدى الانسان وتورث عادة عن طريق الام (محمد بن عثمان، 2009، ص ص 81-82)

#### ➤ استهلاك الطاقة:

يتم استهلاك الطاقة في النظام الغذائي من خلال تناول البروتين والكربوهيدرات والدهون. في حالة وجود سرعات حرارية زائدة، يقوم الجسم بعد ذلك بتحويل وتخزين هذه المغذيات للطاقة مثل الدهون الثلاثية في الأنسجة الدهنية. بمرور الوقت، إذا تم استهلاك السرعات الحرارية الزائدة دون زيادة مصاحبة في إنفاق الطاقة، فسيتم تخزين الدهون الزائدة في الجسم مما قد يؤدي إلى السمنة. تنتج السمنة عندما يتجاوز استهلاك الطاقة بشكل متزامن نفقات الطاقة. يعتمد كل من هذين المكونين على كل من جينوم الفرد وعلى بيئته / بيئتها أثناء التطور وحياة البالغين.

فقد أشارت الأبحاث الحديثة إلى أن ليس كل المغذيات الكبيرة تساهم في السمنة بطريقة متساوية. على سبيل المثال، فإن تناولوجبة غنية بالدهون ينتج عنه توازن طاقة إيجابي سيحفر تخزين الدهون بدون تطابق لاحق في أكسدة الدهون علاوة على ذلك، يرتبط ترسب الدهون الثلاثية الغذائية الزائدة في الأنسجة الدهنية بتكلفة استقلابية منخفضة جدًا (0-2%)، في حين أن التأثير الحراري للكربوهيدرات والبروتين هو 6-8% و 25-30% على التوالي. وهكذا، من بين المغذيات الكبيرة الثلاثة، يتطلب البروتين أكبر تكلفة استقلابية ليتم تحويله إلى دهون وتخزينه (Colin wilbon et al,2005,p2)

قام لابيان وزملاؤه (Lapayen et al,2003) بفحص آثار تناول المغذيات الكبيرة عند تناول نفس الطاقة على فقدان الوزن. على سبيل المثال، درس آثار نظام غذائي منخفض السعرات الحرارية عالي البروتين مقابل نظام غذائي منخفض السعرات الحرارية عالي الكربوهيدرات من حيث فقدان الوزن لاحقًا. استنتج المؤلفون أن استبدال بعض الكربوهيدرات الغذائية بالبروتين في الأنظمة الغذائية المقيدة الطاقة يحسن فقدان الوزن والدهون عن طريق تعزيز أكسدة الدهون في حالة الصيام وفقدان البروتين، تم العثور على نتائج مماثلة عندما تناول المشاركون الذين يعانون من السمنة المفرطة إما نظامًا غذائيًا عالي البروتين أو يحتوي على نسبة عالية من الكربوهيدرات مع استمرار تناول الدهون في كلا المجموعتين (أي 30% من إجمالي الطاقة). وجد الباحثين أن استبدال بعض الكربوهيدرات الغذائية بالبروتين في نظام غذائي منخفض للدهون يحسن فقدان الوزن ويزيد من نسبة الأشخاص الذين يحققون خسارة وزن ذات صلة سريريًا. أبلغت دراسات أخرى عن نتائج مماثلة فيما يتعلق بفاعلية وسلامة اتباع نظام غذائي غني بالبروتين.

### ➤ انفاق الطاقة:

يتكون إنفاق الطاقة من معدل الأيض الأساسي والتأثير الحراري للغذاء والنشاط البدني. يمكن أيضًا تقسيم النشاط البدني إلى فئتين فرعيتين متميزتين، بالإضافة إلى الأسباب المذكورة أعلاه للسمنة، هناك العديد من الهرمونات والمكونات الجينية والعوامل المفردة قيد التحقيق حاليًا والتي تم تورطها في مسببات السمنة. بعض هذه العوامل لها تأثير على التحكم طويل الأمد في مدخول الطاقة (على سبيل المثال، اللبتين، الببتيد العصبي Y) بينما يبدو أن البعض الآخر له تأثير قصير المدى على مدخول الطاقة (مثل الجريلين والأنسولين والكوليسيستوكينين).

### الغدد والاضطرابات الهرمونية:

يمكن ان يكون الخلل الغدي والاضطرابات الهرمونية عند الشخص البدين من أحد مسببات الإصابة بالسمنة ولكن يبقى الاحتمال ضعيف جدا حيث ان الخلل الغدي والهرموني لا يزيد دورهما في احداث السمنة

على 5% من مجموع الأشخاص المصابين بالسمنة (مساني، 2017، ص162)، فإننا نجد ان المصابين بأمراض الغدد يعانون من مشكلة السمنة، في حالة وجود زيادة في الوزن، نادراً ما يصادف قصور الغدة الدرقية، ومع ذلك يمكن أن يحدث انخفاض في هرمون الغدة الدرقية (TSH) في مريض يعاني من السمنة المفرطة، مما يشير إلى فرط نشاط الغدة الدرقية. الانخفاض في التمثيل الغذائي في قصور الغدة الدرقية متواضع للغاية مقارنة بالزيادة في فرط نشاط الغدة الدرقية، تهتم العديد من المنشورات حالياً بتقديم وصف أفضل للتغيرات الأيضية، وإنفاق الطاقة أثناء التغيرات في هرمونات الغدة الدرقية، بالإضافة إلى تطوير نظائر هرمون الغدة الدرقية لتعزيز فقدان الوزن أو خفض الكوليسترول دون الآثار الجانبية لهذه الهرمونات (Luc.P et Vittorio.G ,2007,p1).

### ➤ السلوكية:

ركزت الأبحاث على الأسباب السلوكية المؤدية للسمنة، أي السلوكيات المحددة التي قد تساهم في زيادة الوزن من خلال الإفراط في تناول الطعام أو تقليل النشاط البدني والآليات التي يمكن أن تؤثر البيئة من خلالها على الصحة. تشير مراجعة الأدبيات إلى سلوكيات الأكل المحددة المرتبطة بالسمنة. تتضمن هذه السلوكيات المعززة للسمنة الاستهلاك المتكرر للوجبات السريعة، وتناول الطعام في المناسبات بعيداً عن المنزل، والحصص الكبيرة، والاستهلاك العالي للمشروبات التي تحتوي على نسبة عالية من السكر، والإغفال عن وجبة الإفطار. فقد أثرت التحولات البيئية والمجتمعية بما في ذلك الممارسات الغذائية المتغيرة، وتحديث أنماط الحياة، والتحضّر، وعولمة الإمدادات الغذائية، على الانتشار المتزايد للسمنة في البلدان المتقدمة والنامية (Sandra.g et debra.f,2012, )

بالإضافة إلى هذه العوامل السلوكية، فقد ثبت أن المتغيرات متعددة الهياكل مثل البيئة المادية والحالة الاجتماعية والاقتصادية لها تأثير كبير على:

- ✓ تناول الطعام وإنفاق الطاقة. تتكون التأثيرات البيئية من قرب المحلات الكبيرة،
- ✓ تركيز مؤسسات الوجبات السريعة والمطاعم في أي منطقة معينة،
- ✓ توفر مناطق ترفيهية للنشاط البدني، والحالة الاجتماعية والاقتصادية، وكل منها قد يؤثر بشكل إيجابي أو سلبي على السلوكيات الغذائية وأنماط النشاط البدني.
- ✓ توفر محلات السوبر مارك الكبيرة مجموعة متنوعة من الأطعمة الصحية بأسعار معقولة، مما قد يؤثر على سلوكيات شراء الطعام.

✓ عادات التغذية ونمط الحياة يستخدم خبراء التغذية دائماً المثل التالي لشرح تأثير النظام الغذائي على صحتنا "ما تأكله اليوم، هم من يقررون حياتك غدا". تعد العادات الغذائية عاملاً محدداً رئيسياً لصحتنا، وليس السمنة فقط.

✓ ثبت علمياً من خلال المراجعة المنهجية ميلاس (Melese. L, 2020) علم الأوبئة، العوامل المهيئة، المؤشرات الحيوية، آلية الوقاية من السمنة :

✓ كان استهلاك الأطعمة الغنية بالطاقة، مثل الحلويات والسكريات والمشروبات الغازية والدهون والكحول، مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالسمنة والأمراض المزمنة. ذكر علماء مختلفون أن ثقافة التغذية، وتناول أطعمة المعجنات، واستهلاك الأطعمة فائقة المعالجة (الكربوهيدرات المكررة)، والإفراط في استهلاك الكحول، والنظام الغذائي الرتيب أو سوء جودة النظام الغذائي تزيد من حدوث السمنة.

✓ إن تناول الفطور والفاكهة يقلل من حدوث السمنة، بمعنى آخر، فإن وجبة المساء الخفيفة تسبب السمنة. علاوة على ذلك، فإن بيئة تخزين المواد الغذائية وبيئة الطعام المدرسي للأطفال في سن المدرسة معرضون للسمنة.

حددت العديد من الدراسات الأدبية على نطاق واسع أن التمرينات البدنية غير المنتظمة أو عدم النشاط البدني، مشاهدة التلفاز أو وقت طويل أمام الشاشة، قصر مدة النوم أو العمل بنظام المناوبة، والإجهاد، والبيئة المسببة للسمنة (التحضر والتصنيع)، والتدخين، والاستخدام المتكرر لسيارة أجرة للنقل كانت عوامل محددة لزيادة الوزن / السمنة.

✓ إن مشاهدة الشاشات الإلكترونية لأكثر من ساعتين يزيد من تطور السمنة لأنه خلال الملاحظة البسيطة، لا يستخدم المخ الجلوكوز ونتيجة لذلك، يزداد استقلاب الكربوهيدرات إلى الجليكوجين والدهون باستمرار.

✓ العلاقة بين الإجهاد وتطور السمنة لها وجهات نظر علمية مختلفة. يستنتج معظم العلماء أن التباين الهرموني قد يكون سبباً. أثناء الإجهاد، ترتفع مستويات الكورتيزول وهو سبب لزيادة إنتاج دهون البطن عن طريق زيادة الشهية (المدخول اليومي).

### ➤ متلازمة الأيض:

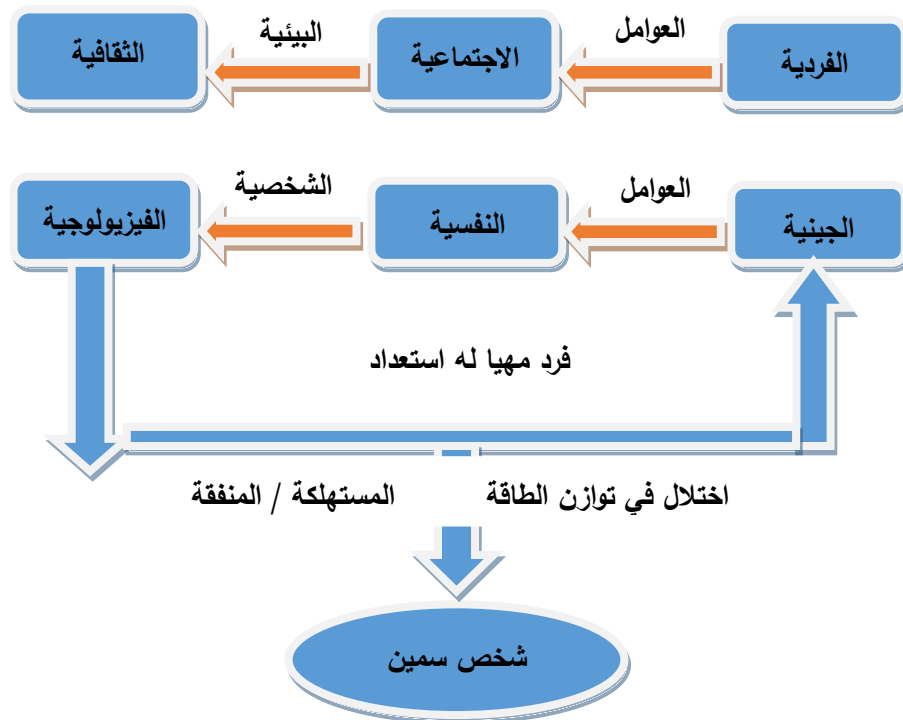
تتميز متلازمة التمثيل الغذائي بمجموعة من عوامل الخطر الأيضية التي تشمل ما يلي: السمنة المركزية (الأنسجة الدهنية المفرطة في البطن وحولها). خلل شحميات الدم الناتج عن تصلب الشرايين (اضطرابات الدهون في الدم، وخاصة ارتفاع نسبة الدهون الثلاثية وانخفاض كوليسترول (HDL)، ارتفاع



ضغط الدم (85/130 ملم زئبقي أو أعلى)، مقاومة الأنسولين أو عدم تحمل الجلوكوز (لا يستطيع الجسم استخدام الأنسولين أو السكر في الدم بشكل صحيح)، حالة التجلط (على سبيل المثال، مثيرات منشط الفيبرينوجين أو البلازمينوجين المرتفع -1 في الدم) ؛ والحالة المسببة للالتهابات (على سبيل المثال، البروتين المتفاعل C عالي الحساسية في الدم). مزيج من مقاومة الأنسولين، والسمنة البطنية، و dsy lipidemia، وارتفاع ضغط الدم كلها عوامل خطر مؤكدة لأمراض القلب والأوعية الدموية، وداء السكري من النوع 2 والسكتة الدماغية. مقاومة الأنسولين، والدهون الحشوية، والهرمونات هي عوامل مرضية أولية في متلازمة التمثيل الغذائي. تشير نتائج البحث إلى وجود علاقة كمية بين إفراز الكورتيزول ومتلازمة التمثيل الغذائي (Colin. W, 2005, p 3).

تشير الأبحاث إلى أن مسببات السمنة متعددة العوامل وهي واضحة في المستويات غير الطبيعية للعديد من الجزيئات البيولوجية، تلعب العوامل الوراثية والفسولوجية والسلوكية دوراً مهماً في مسببات السمنة. في حين أنه لم يُعزى سبب واحد إلى السمنة، فمن المحتمل أن كل من النظريات واردة لاحقاً تساهم جميعها في تفسير مرض السمنة. بالإضافة إلى التشوهات الفسيولوجية، هناك عواقب طبية مرتبطة بالسمنة.

الشكل رقم (15): العوامل المؤثرة للشخص المصاب بالسمنة



المصدر: من اعداد الباحثة

## 10. عوامل السمنة:

على الرغم من الاعتراف السريري لبعض الوقت كشرط مهم يزيد من خطر اعتلال الصحة لدى الأفراد المصابين بالسمنة، إلا أنه لم يتم التعرف على عواقب السمنة إلا مؤخرًا كمشكلة على مستوى العالم عامة والجزائر خاصة. تعتبر السمنة من العوامل الرئيسية التي تساهم في الإصابة بالأمراض المزمنة والعجز، والوفيات، والتكاليف الصحية المرتبطة بها هائلة، وقد وصلت السمنة بالفعل إلى معدلات وبائية في العديد من البلدان، كما أن معدل الإصابة مستمر في الزيادة بين الأطفال والبالغين. ومما يثير القلق أن الوباء لا يقتصر على البلدان المتقدمة، حيث يتأثر العديد من البلدان النامية وتلك التي تمر بمرحلة انتقالية. على الرغم من الاعتراف بأنها مشكلة صحية سكانية رئيسية، إلا أن فهمنا لعواقب الوباء ضعيف، كان هناك القليل نسبيًا من الأبحاث القائمة على السكان والتي ركزت على الوقاية من زيادة الوزن غير الصحية، ونتيجة لذلك المعرفة المتعلقة بالكيفية والمكان الأفضل للتدخل محدود. يتوجب علينا فهم والتمعن في العواقب الصحية والاجتماعية والاقتصادية.

## ➤ العوامل الوراثية:

تلعب العوامل الجينية دورا في البدانة من المحتمل ان المصابين بالسمنة لهما اباؤا بدناء أيضا والوالدان البدناء لهم أبناء بدناء أيضا، اثبتت دراسة ان (70%) من البدناء لديهم أحد الوالدين على الأقل في نفس الحالة. تؤدي التشوهات الجينية إلى انخفاض في الإنفاق أثناء الراحة وأثناء الجهد البدني، وانخفاض في استهلاك الطاقة بعد الوجبات وتوزيع معين للأنسجة الدهنية أو الكتلة الدهنية، ومع ذلك، لا تعتبر كافية لتفسير ظهور السمنة، لا يمكن ان ننسب السمنة وحدها للعوامل الوراثية الجينية بناء على هذه العلاقة وحدها فالآباء يميلون الى شراء وطبخ اطعمة عالية الدهون أو يشجعون أولادهم على الافراط في الاكل (مراد علي عيسى، تيسير الياس شوشان، 2019، ص 289).

## ➤ العوامل غذائية:

زيادة تناول السعرات الحرارية وخاصة من الأطعمة الدهنية والسكرية، مقارنة باحتياجات الجسم، يؤدي إلى السمنة. بالإضافة إلى ذلك، فإن اضطرابات الأكل (تناول الوجبات الخفيفة، والأكل القهري لأطعمة معينة، والشراهة المرضي) تساهم أيضاً في زيادة الوزن.

✓ انتشار الأغذية والمشروبات التي تزود الجسم بالطاقة الحرارية العالية والخالية من العناصر المغذية وتحرم الجسم من تناول الأغذية المفيدة لما تسببه من شبع لدى الفرد بلا فائدة.

✓ زيادة تناول الوجبات السريعة والمختلفة ذات السعرات الحرارية العالية بدون تنظيم وبصفة دائمة له دور في الإصابة بالسمنة.

✓ الإفراط الزائد في تناول الأغذية يؤدي إلى زيادة الخلايا الدهنية حيث يمكن أن يتحدد النسيج الدهني بطريقتين (زيادة عدد الخلايا الدهنية، وزيادة حجم الخلايا الدهنية) (مقاوسي كريمة، 2010، ص 19).

#### ➤ العوامل السلوكية والاجتماعية:

على الرغم من أن العوامل الجينية والبيولوجية تؤثر على مقدار ما نأكله، إلا أن القصة ليست كذلك فهناك أوقات كثيرة نأكل فيها حتى ولولم نكن جوعى، فقد تأكل وانت عصبى وربما نأكل دون وعي وانت تشاهد التلفاز كل هذه أمثلة على العوامل النفسية التي قد تؤدي إلى الأكل والإفراط فيه (مراد وتيسير، 2019، ص 291).

#### ➤ العامل النفسي:

يلعب العامل النفسي دورا كبيرا في التحكم في شهية الإنسان ووظائفه اليومية وتؤثر العوامل النفسية بشكل مباشر على نوعية الأكل وكيفيته، فهناك كثير من الناس يأكلون بشراهة عند احساسهم بالحزن أو الضجر أو الغضب. كما وجد أن بعض الأشخاص البدينين يعانون من النهم العصابي، فهم يأكلون بشراهة وكميات كبيرة جدا من الأطعمة الدسمة في وقت قصير، ثم يحاولون التخلص من الطعام عن طريق أحداث القيئ أو القيام بالتمارين العنيفة للتخلص من الطاقة الزائدة.

ويوجد في الدماغ مراكز مسؤولة عن الشهية والجوع والشبع وتنظيم الوزن، حيث تعطي هذه المراكز الشعور بهذه الأحاسيس، وتجعل هذه المراكز الشخص يأكل الكمية الكافية لإمداد الجسم بطاقة تكفي لاحتياجه، في حين أن مراكز التغذية تجعل الشخص يقدم على الطعام، فإن مراكز الشبع تعمل على كبح أو إيقاف مراكز التغذية مما يجعل الشخص لا يتوقف عن الطعام. وهناك عدة أسباب تساعد في إرباك عمل مراكز التغذية، ومنها الضغوط النفسية (محمد بن عثمان الركبان، 2009، ص 75)

كما أن السمنة تكون أحد أعراض الاضطرابات النفسية "القلق، الاكتئاب، حداد مؤلم، كآبة، هموم ومشاكل، الإفراط في التفكير... الخ)، ومن أشهر الاضطرابات النفسية المؤدية للسمنة (مرجع سبق ذكره، 2009، ص 76).

#### 1. حالة اضطراب الأكل المفرط

2. حالات فرط الأكل التصاعدي تبدأ من عمر الطفولة وتستمر حتى يصل الوزن 140 كيلوغرام

قبل سن 30 ويكون مؤشر كتلة الجسم 25 كغ / سنة.

3. متلازمة الاكل ليلا.

4. الاكل الانفعالي.

5. الإدمان على الاكل.

#### ➤ العمر:

تعتبر بدانة الطفل حافزا مهما للسمنة في عمر متقدم، والأخص عندما يكون أحد الأبوين سميئا وتبين الدراسات أن هناك (3) مؤشرات من شأنها أن تنبئ إلى زيادة الوزن/السمنة بالعوامل الهرمونية (حبوب منع الحمل، الحمل، سن الياس).

من خلال مراجعة الادبيات وتحليل نتائجها يعاني العديد من كبار السن في البلدان المتقدمة من زيادة الوزن أو السمنة. انتشار آخذ في الازدياد مع وصول المزيد من الناس إلى الشيخوخة يعانون من زيادة الوزن بالفعل. ترتبط السمنة في الشيخوخة بزيادة معدلات الإصابة بالأمراض وانخفاض جودة الحياة. تكون الزيادة النسبية في معدل الوفيات أقل لدى كبار السن من الشباب، ويزداد وزن الجسم المرتبط بالبقاء الأقصى مع تقدم العمر. على الرغم من أن فقدان الوزن المتعمد لكبار السن الذين يعانون من زيادة الوزن قد يكون آمناً ومفيداً، يجب توخي الحذر عند التوصية بفقدان الوزن لكبار السن الذين يعانون من زيادة الوزن على أساس وزن الجسم وحده. السبب هو تناقص معدل الاستقلاب الأساسي مع تقدم العمر، حيث يلاحظ ميل الأشخاص في الاربعينيات والخمسينيات في أعمارهم الى البدانة مع انهم يتأو لون نفس الوجبات والأغذية ونفس الأطعمة التي كانوا يتناولونها، ويقومون بنفس النشاط في العشرينات من أعمارهم ان حاجة الشخص من السعرات الحرارية للحفاظ على الوزن مع تقدم العمر والاستمرار في تناول نفس كمية من الطعام يرافقه زيادة في الوزن عند تقدم في العمر (أبو حامد سمير، 2009، ص51)

**قلة النشاط الحركي والخمول:** يمثل الاستهلاك القليل للطاقة عاملا خطرا يساهم في حدوث مرض السمنة، فانخفاض استهلاك الطاقة بسبب نقص النشاط البدني يؤدي إلى زيادة الوزن إذا لم يقابله انخفاض في الحصص الغذائية الغنية بالمكونات العالية الطاقة، بالإضافة إلى توفر كل الوسائل الحديثة التي تساعد على الخمول وقلة الحرك (دبراسو فطيمة، 2020، ص 789)

#### ➤ العوامل البيئية:

يمكن تصنيف العديد من العوامل البيئية التي تؤثر على الوزن النسبي، التي تعمل على توازن وزن الجسم تشمل العوامل الفيزيائية والكيميائية والبيولوجية والإسكان الحضري والظروف الاجتماعية والنقل والتلوث المرتبط بقرب مراكز النشاطات البيئية الزراعية أو الصناعية المؤثرة. إن فهم تأثير كل من فرص

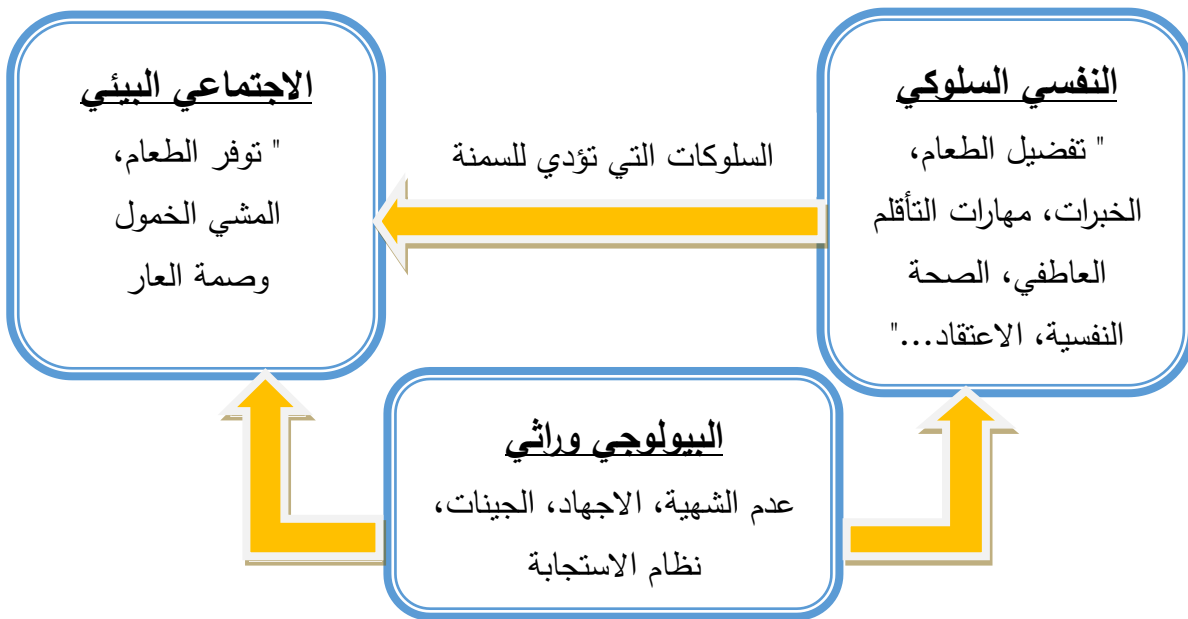
النشاط البدني والوصول إلى الأطعمة الصحية أمر بالغ الأهمية للحصول على صورة شاملة لهذا الارتباط. لكل من العوامل المذكورة أعلاه، ركزت الأبحاث حتى الآن على مراحل الحياة الثلاث: الطفولة، والمراهقة، والبلوغ على مستويات مختلفة من النمو النفسي والاجتماعي والبدني (Stylianios.N,2019,p5). وقد تبين أن الأطفال الصغار، مقارنة بالمراهقين أو البالغين، هم أكثر تأثرًا ببيئتهم المباشرة. الشباب ذوو الوصول المحدود إلى المرافق الترفيهية لديهم فرصة أكبر بنسبة (68%) للإصابة بالسمنة. كما ان هناك أدلة على أن البيئة لها تأثير واضح على كبار السن. كما العديد من الدراسات والأبحاث اكدت ان وسائل الترفيه مثل "الشاشات، تلفزيون، هاتف ذكي، شبكات اجتماعية، ألعاب فيديو" تلعب هذه العوامل دورها في السمنة أولاً لأنها تساهم في الحياة المستقرة بالإضافة إلى كونها مسؤولة عن العوامل الأخرى المسببة للسمنة مثل القضم واستهلاك الوجبات السريعة المرتبطة بهذا النوع من نمط الحياة، خاصة بين الشباب. يختلف الوقت الذي تقضيه في مشاهدة التلفزيون باختلاف الإحصائيات المتخصصة وعلى المجموعات العمرية وتتراوح من 20% إلى 70% من عمر العمل للموضوع. هذا السلوك أكثر شيوعاً في الحياة المبكرة وبين كبار السن ( Booth. M et al, 2005.p1) اكد سيليانو ان العوامل المولدة للسمنة مثل "الاطعام السريع أو الوجبات السريعة (Fast Food/Speedy Eating) والمشروبات الغازية ومشروبات الطاقة، نتاج الحياة المعاصرة التي غيرت نمط الحياة والعادات الغذائية لان هناك علاقة وثيقة بين هذه الثقافة وزيادة السمنة. يبدو أن تناول وجبة سريعة يؤدي إلى زيادة في الوزن، كما لوأنه بطول وقت الانتهاء من الوجبة، لم تصل عملية الشبع إلى نقطة تحديد كمية الطاقة المستهلكة، بالإضافة الى التعرض للمواد الكيميائية والبيئة الزراعية، حيث اقترحت نظرية مسببات السمنة البيئية وجهاً سببياً آخر للسمنة، وهو أن التعرض المطول للمواد الكيميائية المحيطة قد يغير عملية التمثيل الغذائي في الجسم، وبالتالي يؤثر على توازن الطاقة. على سبيل المثال، أحد مسببات السمنة الراسخة هو اضافة مواد كيميائية للأطعمة يؤثر قبل وأثناء الحمل يزيد من خطر السمنة عند الأطفال في سن المدرسة ومع ذلك، وأيضاً أن تدخين السجائر المعتاد يقلل من تناول الطاقة ويعمل على منع تراكم الدهون في الجسم، واختلال الغدد الصماء الزيادة الهائلة في الاستخدام في البيئات الزراعية المختلفة المواد الكيميائية، وبالنسبة لبعضها، الإنتاج الضخم والتخلص منها في البيئة (Stylianios,2019,p).

ما نستخلصه أن السمنة هي نتيجة لاختلال توازن الطاقة، فإن السلوكيات التي تخلق هذا الخلل تتأثر بتفاعل معقد من العوامل البيولوجية الوراثية، والنفسية السلوكية، والاجتماعية البيئية. يعاني الناس من زيادة الوزن ويصابون بالسمنة من تناول الكثير من السعرات الحرارية بانتظام أو العيش بأسلوب حياة خامل والحصول على طاقة أكثر مما ينفقونه. لكن العديد من العوامل التي تشكل هذه السلوكيات ترجع إلى

التأثيرات الخارجة عن سيطرة الفرد وهي خصائص بيئته. ولتحليلنا وتفسيرنا لأسباب وعوامل ومحددات السمنة وجدنا تداخل كبير بين المتغيرات التي تنتبأ للإصابة بالسمنة.

وعليه نجد ان السلوكيات الفرد المختلفة تتحكم فيها التأثيرات البيولوجية والاجتماعية والنفسية التي يمكن أن يؤديها الفرد إلى استجابة أكثر فعالية للسمنة، يتعامل علماء النفس مع السمنة من خلال النظر في الأشخاص ضمن النسق الذي يعيشون فيه، وتأثيراتهم وشبكاتهم الاجتماعية، والمعايير الثقافية والمجتمعية، فضلاً عن البيئة المادية والعوامل الفسيولوجية. يشار إلى هذا باسم "النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي"، يمكن ان يفسر حقيقة " أن الأفراد والبيئات لهم دور مهم يلعبونه للإصابة بداء السمنة والتأثير على بعضهم البعض. من خلال تركيز الانتباه على محددات السلوك، وليس مجرد السلوك نفسه، فإن المناهج البيولوجية النفسية الاجتماعية للبدانة تدمج التأثيرات المعقدة العديدة على السمنة في إطار عمل واحد. وعليه نوضح ذلك من خلال النموذج البيونفسي اجتماعي.

#### الشكل رقم (16): النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للسمنة



المصدر: من اعداد الباحثة

ومن هذا المنطلق التحليلي للمحددات والعوامل المسببة للسمنة انبثقت عدة نظريات تفسر التنبؤ بالسمنة وكيفية حدوثها.

#### 11. النظريات المفسرة للسمنة:

بعد تحديد معرفة السمنة نركز الان اهتمامنا على النظريات التي تحاول تفسير كيفية حدوث السمنة. وعليه تم تقديم عرض وتحليل موجز للنظريات السلوكية والتطورية، والنظرية الفسيولوجية "معدل التمثيل

الغذائي (الايض)، ونظرية الخلية الدهنية " ونظرية الكبح ونظرية تنظيم المزاج والفرضية الداخلية -الخارجية غير ان هناك العديد من النظريات المفسرة للإصابة بالسمنة كما نجد تداخل بين الأسباب والنواتج في بعض النظريات، وهذا ما نتطرق اليه بإيجاز.

#### ➤ النظرية السلوكية:

تميل للتركيز على الجين البيئي للسمنة، إضافة الى ما كشف عنه بعض الباحثين أيضا من دور المعتقدات وتأثير على السلوك. بالنسبة للعديد من الأفراد، تعتبر ممارسة الإفراط في تناول الطعام أمراً بالغ الأهمية في تطوير حالة السمنة والحفاظ عليها. تنظر نظرية السلوك إلى الإفراط في تناول الطعام الذي يؤدي إلى السمنة على أنها عادة متراكمة، مشروطة بشدة بالعديد من الإشارات الداخلية والخارجية. تمت مراجعة عدد من الدراسات التي تقيم العلاقة بين الإثارة العاطفية واستهلاك الطعام. بدا أن الأشخاص البدينين الذين فقدوا الوزن بنجاح وحافظوا عليه قادرين على تقليل عدد المحفزات غير الملائمة التي استجابوا لها سابقاً مع تناول الطعام. تتم مناقشة تقنيات تعديل السلوك المحددة المستخدمة لتغيير أنماط الأكل (G.R. Leon, 1980, p2)

#### ➤ النظرية الفسيولوجية:

على الرغم من ان البحوث في "العوامل الجينية والتمثيل الغذائي والايض التي تنتبأ بالسمنة ما زالت جديدة نسبياً، إلا أن الأدلة الحديثة تشير إلى أن الجينات تؤثر على السمنة بطرائق عديدة أي تؤثر مقدار ما يفضلوا الناس أن يأكلوا" قد يكون لدى البدناء تفضيلات جينية للأطعمة كثيرة الطاقة التي تحتوي على الدهون مثل الشوكولاتة والحلويات" (drewnoski,1996,p12) ان لكل شخص وزن يحافظ عليه عندما يأكل القليل من السعرات الحرارية فان الايض يببط ليجعل الوزن عند نفس المستوى.

وفقاً لنظرية وضع النقاط **Set-point theory** ان وضع النقاط يتحدد بعدد الخلايا الدهنية لدى الفرد، نظراً لان وضع النقاط يتباين في ضوء الوراثة، فان بعضهم يصبح ثقيلاً في حين يكون بعضهم الآخر خفيفاً (Leibel et al,1983,p2).

كما ان بعض الدراسات ترجحان الهيبيوتلاموس يؤثر على تخزين الدهون ومستويات الجلوكوز أو الانسولين في اليوم، وهذا بدوره يؤثر على الشعور بالجوع والشبع (مراد علي عيسى، تيسير الياس شواش، 2019، ص 287)

## ➤ نظرية الكبح:

وفقا لهذه النظرية فان الناس مدفوعون عموما للأكل كدالة للإشارات الفيزيولوجية الداخلية التي تشير الى الجوع، عندما يحاول الناس خسارة الوزن اما لانهم بدناء أو لأنهم يسيرو على نظام غذائي فانهم يتجاهلون هذه المؤشرات الداخلية ويستخدمون بدلا من ذلك القواعد المعرفية للحد من استهلاك السعرات الحرارية (Herman,1984,p)، ينمي أصحاب الاكل المكبوح وضعية عقلية " أما الكل أو لا" وهذا يعني أن خرق القواعد بأكل كميات صغيرة من "الطعام المحظور" يمكن ان يؤدي الى الافراط في الاكل على سبيل المثال " ان الشخص الذي يسير على النظام الغذائي ولكنه يأكل طعاما غنيا بالدهون قد يعتقد قائلاً " احرقه كله الان، واكل كل ما اريد" عندما يشعر ذووالاكل المكبوح بالحزن أو الضغوط فانهم يتخلون عن القواعد المعرفية ويأكلون بإفراط (Heatherton et al 1998,p98).

انتقدت هذه النظرية على انها ليست مؤشرا جيدا دائما على السلوك الجيد تحديدا فان ذووالاكل المكبوح لكنهم الان لا يحاولون بنشاط خسارة الوزن الطبيعي ينبغي ان يببالغون في الاكل تحت ظروف مختلفة (عندما يكونون حزينين)، ومن جهة أخرى فان من يحاولون بنشاط السير على نظام غذائي ربما ينمون أيضا قواعد لضبط الاكل، لكن لا ينبغي ان يخطرأوا في نفس نوع الاكل " الكل أو لا شيء" الذي يظهره أصحاب الاكل الذين لا يسيرون على نظام غذائي (مراد، تيسير، 2019، ص ص292-293).

## ➤ نظرية تنظيم المزاج:

تشير الدراسات عديدة ان الناس قد يأكلون للتأثير على مشاعرهم (هو عامل يسميه علماء النفس تنظيم المزاج) على سبيل المثال يأكل الناس عندما يمرون بخبرة المزاج السالب (الملل، الحزن، الاكتئاب، القلق، التوتر...) يظهرون مستويات مرتفعة من الاكل الانفعالي وهذا يؤدي الزيادة الوزن فالأفراد الذين يعانون من الضغوطات نفسية يأكلون الوجبات الغنية بالدهون أو عالية السكريات، ليست لديهم وجبة رئيسية كما انهم يبتعدون عن الخضروات والفواكه (O'connor et al, 2008).

قام الباحثون لدراسة تأثير الضغوطات النفسية " الحياة اليومية" على جسم الانسان والاكل ولاختبار هذا السؤال تم جمع البيانات عن تناولالسعرات الحرارية ومقدار الدهون المشبعة مثل ( البييتزا، الوجبات السريعة، والكعك، والوجبات الجاهزة)، حيث كشفت نتائج أن المزاج السيئ يدفع الناس لمزيد من اكل الطعام المريح عندما يحاولون كبح هذه لأمزجة، وهذا يشير إلى أن غير القادرين على تنظيم امزجتهم بطريقة تكيفية يظهرون علامات على الاكل بطريقة لمجابهة الانفعالات السيئة " مدينة بسكرة يميلون للأكلات المشبعة بالدهون مثل "الشخشوخة" لتعديل المزاج.(evers et al,2010).



تتباين نتائج التجارب وتتفق في بعض النقاط من حيث وجهات نظر كل دراسة بان الضغوط تؤدي الى الافراط في الاكل في حين ان الناس يأكلون كثيرا وهم تحت تأثير الضغوط، الا ان اخرين يأكلون قليل ومنهم من يمتنعون عن الاكل، كما وجدت دراسة (Stochower et al,1981) أقيمت على طالبات الجامعة ان البدينات يأكلن أكثر من غرهن سبع مرات اثناء فترة الامتحان، في حين لا توجد فروق في اكل البدناء وغير البدناء اثناء الفترات قليلة الضغوط (مراد، تيسير، 2019، ص 294).

### ➤ النظرية الفرضية الداخلية-الخارجية:

جاءت نظرية سكاكتر (Schacter,1968) بالفرضية الداخلية /الخارجية التي تفسر ان الناس يفشلون في الاستماع الى المنبهات الداخلية للأكل (الغضب)، بدلا من الانتباه الى المنبهات الخارجية مثل مذاق الطعام ورائحته، نحن نأكل كثيرا عندما يكون لدينا أنواع الطعام، دعما لما جاءت به هذه النظرية ان البدناء يأكلون كثيرا عندما يكون المذاق جميلا، مثلا الافراد ذوو الوزن الطبيعي يأكلون نفس السعرات الحرارية للحفاظ على وزنهم كما يفعلون في الحياة اليومية الطبيعية، ويعتمدون على المنبهات الداخلية للجوع لتوجيه اكلهم اما البدناء يستهلكون سعرات حرارية اقل في النظام الغذائي مما يفعلون بشكل طبيعي لان المنبهات الخارجية للأكل ضعيفة. تشير هذه النتائج الى ان البدناء يظهرون ارتباطا وثيقا بالظروف الخارجية للأكل، بينما أصحاب الوزن الطبيعي فان الارتباط يكون بين الحالات الفسيولوجية الجوع ومقدار ما يأكلون (المرجع سابق الذكر، 2019، ص292).

انتقدت هذه النظرية منطرف النظيرين الجدد (Rodin,1981 ; Ellisten et al,2017) حيث ان البحوث الحديثة قدمت دعما قليلا لنظرية الداخلية/ الخارجية. (1) حتى ذوي الوزن الطبيعي ليسوا جيدين في تفسيرات الإشارات الداخلية للجوع من سكر الدم المنخفض والام المعدة. (2) ان الناس ذوي مستويات الوزن المختلفة يمكن ان يأكلوا استجابة للمنبهات الخارجية مثل وجود الطعام.

### ➤ نظرية السمات:

كثيراً ما يفكر الناس في السمنة بنفس الطريقة التي يفكرون بها في السمات الجسدية أو النفسية الأخرى: باعتبارها سمة أو صفة أساسية يمتلكها الأفراد بدرجات متفاوتة، وقد حدد دوك وآخرون من نظريات العوام المعارضة (نظرية العقلية الثابتة ونظرية عقلية النمو) التي تميز كيف يفكر الناس حول مجموعة متنوعة من الصفات، والتي تتميز بدرجة رؤية الناس إليها كسمة مرنة أو قابلة للتطويع. على سبيل المثال، يرى أصحاب العقلية الثابتة أن الفكر هوشيء متصل ومستقر، في حين أن أو لئك الذين يؤمنون "بنظرية الإضافة" (تعرف أيضا باسم "عقلية النمو") يعتقدون أن قدراتهم الفكرية يمكن أن تنمو من خلال بذل الجهد

والعمل الشاق. يرتبط التمسك بوحدة من هذه النظريات بقدر كبير من السلوك والإدراك. على سبيل المثال، المنظرون الذين يؤمنون بنظرية النمو أكثر التزاماً بأهدافهم التعليمية وأكثر إصراراً في مواجهة الشدائد من الأشخاص الذين يعتقدون أن قدراتهم الفكرية ثابتة (Dueck, 2000, p17).

#### ➤ النظرية السببية:

هناك فئة أخرى من نظريات العوام (عامة الناس) تنتظر في الأصول السببية للسمنة، والتي قد تكون أو لا تكون لها آثار على المعتقدات حول مرونة السمنة. تشير الأبحاث إلى أن الناس غالباً ما يعتمدون على الهياكل السردية التي تشمل الاستعارات الموسعة والقياس أو التشبيه للتفكير في قضايا معقدة مثل السمنة. وحددت دراسة حديثة سبع روايات شائعة للسمنة التي تلتقط المعتقدات السببية المختلفة حول الحالة. والأهم من ذلك، ترتبط هذه الروايات أيضاً بطرق مختلفة للتفكير في كيفية معالجة مشكلة السمنة، سواء على المستوى الفردي أو المجتمعي. إن البعد الحاسم الذي يميز هذه النظريات السببية هو نسبة اسناد أو انساب المسؤولية الشخصية أو اللوم على الأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة ( Paul et stephen, 2017, ) (p5)

#### ➤ نظرية الأمراض:

في السنوات الأخيرة، سعى الأطباء ومسؤولو الصحة العامة إلى الحد من وصمة السمنة وزيادة الدعم للبحوث المتعلقة بالسمنة والتدخلات السياسية من خلال تصنيف السمنة رسمياً على أنها "مرض". وعند تسليط الضوء على دور العوامل البيئية على السمنة (على سبيل المثال: البيئة الغذائية السامة وتلاعب الشركات)، فإن وصف السمنة بأنها مرض قد حد من المسؤولية الشخصية المرتبطة بهذه الحالة. ومع ذلك، فبدلاً من مناقشة العوامل الخارجية-البيئات الاجتماعية والمادية التي يعيش فيها الناس- فإن التفكير بالسمنة كـ "مرض" يجعل الحالة أقل جدارة باللوم عن طريق مناقشة العوامل الفسيولوجية الكامنة بوصفها الأسباب الرئيسية لزيادة الوزن. (paul,2017,20)

ويرى ويليام بينيت (willam benute,1991) أن هناك ثلاث نظريات عرضها في مقاله " the

Harvard mental Heath lettre

#### ➤ نظرية الدببة الثلاثة:

تنص هذه النظرية على أن هناك العديد من التأثيرات المعرفية والعاطفية التي تجعلنا نأكل إما الكثير أو القليل جداً أو الكمية المناسبة فقط من الطعام. وفقاً لهذه النظرية، يأكل معظمنا كثيراً لأننا نحب أن نأكل ولا ندرك أننا نفرط في الأكل. يأكل البعض للتعويض عن الشعور بالوحدة والقلق والصراعات العاطفية

والحرمان الماضي أو الحاضر. السمنة هي مجرد نتيجة عرضية. تكمن مشكلة هذه النظرية في أنها تفشل في تفسير كيفية قياس الأشخاص ذوي الوزن الطبيعي "لكمية الصحيحة التي يجب تناولها"، نظرًا لأن أخطاء السرعات الحرارية الصغيرة في تناول الطعام يمكن أن تسبب مكاسب أو خسائر كبيرة في الوزن على مر السنين. الأشخاص الذين يستخدمون هذه النظرية يعالجون السمنة عن طريق تقليل تناول الطعام إلى المستويات "الطبيعية" من خلال اتباع نظام غذائي، والعلاج النفسي، والتعليم والعمل الاجتماعي (Garth, 1992, p1)

### ➤ نظرية بيكا:

تتص هذه النظرية على أن الناس يصابون بالسمنة لأنهم يتأوون مزيجًا غير مناسب من العناصر الغذائية. على سبيل المثال، قد يأكل الشخص الكثير في محاولة لتراكم مغذيات دقيقة نادرة، على سبيل المثال فيتامين أو حمض أميني أساسي مثل التريبتوفان، وهو مقدمة في تركيب الناقل العصبي السيروتونين، في هذا المثال، إذا تم إصلاح نقص السير وتونين، فلن يكون هناك نهم من الكربوهيدرات وبالتالي لن يكون هناك سمنة، نوع مثير للاهتمام من فرضية البيكا يتعلق باستخدام المحليات الاصطناعية، والتي غالبًا ما تستخدم لإرضاء "الأسنان الحلوة" بدون سرعات حرارية. ومع ذلك، تشير بعض الأبحاث إلى أن هذه الحلوة تحفز بالفعل الشهية وتناول الطعام (Garth,1992,p1)

### ➤ نظرية التماثل الساكن "دائرة السخط":

تظهر اختلالات التوازن التي تسبب زيادة الوزن والسمنة في أكثر من مليار شخص. في نظرية جديدة، يُعزى عدم توازن السمنة المتوازنة إلى "دائرة السخط" المفترضة، وهي عبارة عن نظام من حلقات التغذية الراجعة تربط بين زيادة الوزن وعدم الرضا عن الجسم والتأثير السلبي والإفراط في الاستهلاك. تتوافق نظرية دائرة السخط مع قاعدة أدلة واسعة النطاق. تتمثل الاستراتيجية الرباعية لوقف انتشار وباء السمنة في:

1. وضع حد لإلقاء اللوم على الضحية ووصمة العار والتمييز.

2. التقليل من قيمة المثالية الرقيقة.

3. تقليل استهلاك الأطعمة والمشروبات كثيفة الطاقة وقليلة المغذيات.

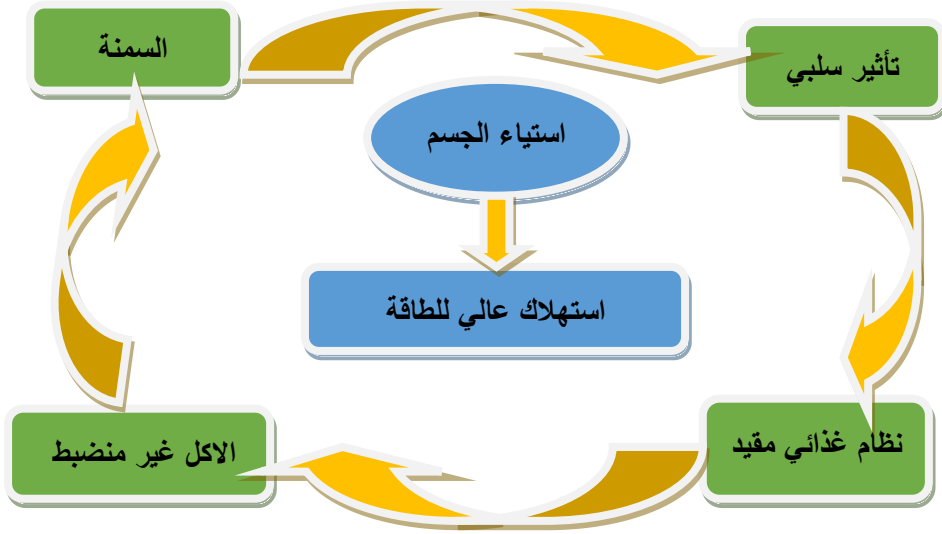
4. تحسين الوصول إلى النظم الغذائية النباتية.

إذا تم تنفيذ التدخلات المصممة لاستعادة التوازن بشكل كامل، فمن الممكن أن توفى وباء السمنة

(David.F.Marks,2015).

الشكل رقم (17): حلقات التغذية الراجعة تربط بين زيادة الوزن وعدم الرضا عن الجسم والتأثير

السلبى والإفراط في الاستهلاك.



المصدر: من اعداد الطالبة

نستنتج من تحليلنا لما جاء به المنظرون على ان السمنة هي نتاج للتفاعل العديد من العوامل الداخلية والخارجية.

## 12. عواقب وأثر السمنة على الصحة العامة:

تؤكد المنظمة العالمية للصحة على ان السمنة مشكلة لها عواقب خطيرة على الصحة، وتعتبر عامل من عوامل خطر الإصابة بالأمراض المزمنة كداء لسكري، الضغط الدموي والقلب وغيرها من الامراض المزمنة الأخرى، حيث" تعتبر زيادة مؤشر كتلة الجسم عاملا رئيسيا من عوامل الخطر فيما يتعلق بالأمراض غير السارية مثل: (أمراض القلب والأوعية الدموية، داء السكري، الاضطرابات العضلية الهيكلية، بعض أنواع السرطان (مساني فاطمة، 2017، ص 162)

### ➤ السمنة والسرطان:

اظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين السمنة والسرطان، وذلك بسبب زيادة الدهون في الجسم، فالدراسة المسحية التي قامت بها جمعية السرطان الامريكية على مجمع السكان البالغين خلصت الى ان زيادة الوزن يمكن اعتبارها عاملا متسببا في (20%) من الوفيات بسبب السرطان لدى النساء و(14%) لدى الرجال، وقد ظهر ثمة ارتباط بين العديد من الأورام السرطانية بما في أورام المعدة وعنق الرحم وبين البدانة. فالدهون ترفع كمية الاستروجين في الدم مما يزيد من اخطار الإصابة بسرطان الجهاز التناسلي وخلصت

نفس الدراسة الى ان السمنة تتصل بشكل مباشر بسرطان البنكرياس الكبد والمعدة (مقاوسي كريمة، 2011، ص 33).

ان المراجعة الشاملة للنظام الغذائي والسرطان من قبل المعهد الأمريكي لأبحاث السرطان والصندوق العالمي لأبحاث السرطان (WCRF)، تتضمن تغطية شاملة لهذا الموضوع. ترتبط الإصابة ببعض أنواع السرطان بحجم الجسم أو بمؤشر كتلة الجسم. وفقاً لمراجعة WCRF، فإن الأدلة المتعلقة بمؤشر كتلة الجسم والسرطان هي الأقوى بالنسبة لسرطان بطانة الرحم، يرتبط مؤشر كتلة الجسم الذي يزيد عن 30 كجم / م<sup>2</sup> بخطر الإصابة بسرطان بطانة الرحم بمعدل مرة ونصف إلى ثلاث مرات أعلى من مؤشر كتلة الجسم الذي يتراوح بين 20 و 25 كجم / م<sup>2</sup>. صنفت مراجعة WCRF العلاقة بين ارتفاع مؤشر كتلة الجسم وسرطان الثدي والكلى على أنها "محتملة"، مع وجود خطر أعلى بحوالي 1.8 مرة لمن يتجاوز مؤشر كتلة الجسم 27 كجم / م<sup>2</sup> مقارنة مع أولئك الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم أقل من 17 كجم / م<sup>2</sup>. هناك دليل على وجود علاقة محتملة بين ارتفاع مؤشر كتلة الجسم وسرطان القولون، أقل ثباتاً لدى النساء منه لدى الرجال. من المحتمل أيضاً أن يرتبط سرطان المرارة بارتفاع مؤشر كتلة الجسم، خاصة بين النساء. إن أهمية حصوات المرارة الناتجة عن السمنة، والتي تعد بحد ذاتها عامل خطر للإصابة بسرطان المرارة، في ارتباطها بالسمنة وسرطان المرارة غير مؤكدة. بناءً على عدد قليل من دراسات الحالات والشواهد، تم العثور على القليل من الأدلة أو لم يتم العثور على أي دليل على وجود علاقة بين السمنة وسرطان الغدة الدرقية. تقدم دراسة المتابعة المرتقبة لجمعية السرطان الأمريكية تقديرات للعلاقة بين السمنة ووفيات السرطان بين 750.000 رجل وامرأة تتراوح أعمارهم بين 30 عاماً وما فوق، والذين تمت متابعتهم من 1960 إلى 1972 (22). وكان معدل الوفيات لدى الرجال الذين يعانون من السمنة أعلى بنسبة 1.33 والنساء البدينات بنسبة 1.55 بسبب السرطان مقارنة بأقرانهم ذوي الوزن الطبيعي. في هذه الدراسة، تم تعريف الوزن الزائد بمؤشر الوزن النسبي، محسوباً على أنه وزن جسم الفرد مقسوماً على متوسط الوزن لجميع المستجيبين في تلك الفئة العمرية والجنس وضرباً في 100. تم تعريف السمنة على أنها مؤشر وزن نسبي يبلغ 140 أو أكثر، تم تحديد الوزن الطبيعي بمؤشر 90-109 أو في حدود 10% من متوسط المجموعة. بين الرجال، كان الخطر النسبي للسمنة أعلى بالنسبة للوفيات بسبب سرطان القولون والبروستاتا. بين النساء، كان الخطر النسبي أعلى بالنسبة للسرطان في بطانة الرحم (كان الخطر أعلى بنحو خمس مرات في النساء البدينات مقارنة بالنساء ذوات الوزن الطبيعي)، والمرارة (خطر أعلى 3.5 مرة)، وعنق الرحم (خطر أعلى مرتين)، والمبيض (خطر أعلى 1.6 مرة)، وسرطان الثدي (خطر أعلى 1.5 مرة) (22). بناءً على متابعة لمدة خمس سنوات

لـ 42000 امرأة من مدينة أيوا تتراوح أعمارهن بين 55 و69 عامًا، كان معدل وفيات السرطان مضاعفًا بين أولئك الذين لديهم نسبة الخصر إلى الورك في الخمس الخامس مقارنة مع أولئك في الخمس الأدنى، شكلت الأورام 50% من الوفيات في تلك الدراسة. في متابعة استمرت 33 عامًا لـ 3000 رجل تتراوح أعمارهم بين 39-59 في كاليفورنيا، كان معدل وفيات السرطان أعلى في أولئك الذين لديهم مؤشر سمنة مرتفع من الخصر والورك، شكلت الوفيات بسبب السرطان 31% من جميع الوفيات في هذه المجموعة.

هناك آلية محتملة للعلاقة بين ارتفاع وزن الجسم والسرطان، تتعلق بالتشوهات الأيضية (متلازمة التمثيل الغذائي) التي تنتج عن ارتفاع مستويات مؤشر كتلة الجسم. تعزز هذه البيئة الفسيولوجية نمو الخلايا بشكل عام وخاصة الخلايا السرطانية، بسبب قدرتها التفاضلية على استخدام الجلوكوز، وأيضًا بسبب تنظيمها المتزايد لمستقبلات عامل النمو الشبيه بالأنسولين. قد تؤدي زيادة مستويات هرمون الاستروجين الداخلي المتوفر حيويًا لدى النساء البدينات في البطن إلى زيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي، علاوة على ذلك، قد تلعب العوامل الأساسية المتعلقة بنمط الحياة المرتبطة بالسمنة دورًا مباشرًا أيضًا. سيعزز النشاط البدني وصول السموم من خلال الجهاز الهضمي، والذي له تأثير وقائي نسبيًا. يكون وقت التعرض للسموم في الجهاز الهضمي أقصر لدى الأفراد النشطين بدنيًا. قد تؤدي الممارسات الغذائية بين الأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة إلى خطر الإصابة بالسرطان. قدرت لجنة WCRF أن 30% إلى 40% من جميع أنواع السرطان تُعزى إلى نظام غذائي غير مناسب، وقلة النشاط البدني، وارتفاع وزن الجسم (أبو حامد، 2010، ص69).

### ➤ المضاعفات العظمية المفصلية:

تداعيات السمنة على الجهاز العظمي المفصلي متكررة ومرتبطة بالضغط الميكانيكية التي تمارس على غضاريف المفاصل الحاملة الرئيسية، وهي (الركبتين، والوركين، والعمود الفقري القطني) والنتيجة هي نمط حياة حامل يسهم في زيادة السمنة والعجز بسبب الإعاقة المهنية في كثير من الأحيان. غالبًا ما يصاب مفصل الركبة وهشاشة العظام والام الظهر...) السمنة هي السبب الرئيسي لالتهاب مفاصل الركبة عند النساء والثانية عند الرجال الأكثر تعرضًا للصددمات. داء مفصل الركبة موجود في 50% من النساء المصابات بالسمنة المفرطة. خاصة وأن السمنة تزيد من سوء العيوب الخلقية في الورك. كما أنه عامل يعزز تتخر عظم رأس الفخذ عند الرجال. لا تزال السمنة مرتبطة بانتشار مرتفع لأمراض القرص القطني التتكسية، والتهاب أوتار الكاحل والتهاب اللقافة الأخمصي (Myriam.H,2016,p33)

## ➤ داء السكري:

من خلال دراسات علم الأوبئة وتأثير مرض السكري والسمنة (Riobó Serván, 2013)، وتحديد مكونات متلازمة التمثيل الغذائي، والسمنة، وخاصة السمنة الجذعية، ارتباطاً وثيقاً بانتشار مرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية. إن مستويات اللبتين في البلازما وعامل نخر الورم ألفا ومستويات الأحماض الدهنية غير الأسترية كلها مرتفعة في السمنة وتلعب دوراً في التسبب في مقاومة الأنسولين. تتحسن السيطرة على نسبة السكر في الدم ومقاومة الأنسولين مع تقليل السمنة، ولكن علاج السمنة أمر صعب King Sun (Leong et John P. Wilding, 1999, p1) يتميز داء السكري من النوع الثاني بفرط سكر الدم ومقاومة الأنسولين والضعف النسبي في إفراز الأنسولين ومضاعفاته المحتملة على المدى الطويل. أسباب المرض غير مفهومة جيداً، لكن العوامل الوراثية والبيئية، مثل السمنة والشيخوخة، تلعب دوراً رئيسياً. "السكري" هو مصطلح جديد يشير إلى مرض السكري الذي يحدث في سياق السمنة. حيث يصاحب السمنة زيادات في الخلايا الضامة والخلايا المناعية الأخرى في الأنسجة الدهنية، ويرجع ذلك جزئياً إلى إعادة تشكيل الأنسجة استجابة لموت الخلايا المبرمج في الخلايا الشحمية. تفرز هذه الخلايا المناعية السيتوكينات المنشطة للالتهابات، والتي تساهم في مقاومة الأنسولين التي توجد غالباً في مرضى السمنة.

## ➤ أمراض القلب والأوعية الدموية:

تُصنف السمنة على أنها عامل خطر للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (CVD) بسبب تأثيرها على بنية القلب. في الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة وزيادة الوزن، تتغير بنية القلب ووظيفته نتيجة لزيادة البلازما الكلية وحجم الدم. تحدث هذه التغييرات بسبب زيادة حجم الدم، مما يؤدي إلى زيادة ملء LV، وزيادة حجم السكتة الدماغية (SV)، تؤدي هذه التغييرات الهيكلية إلى زيادة الضغط المنخفض على جدار عضلة القلب، مما يؤدي بعد ذلك إلى نمو عضلة القلب في LV تؤثر السمنة وزيادة الوزن على أمراض القلب والأوعية الدموية من عدة زوايا مختلفة، بما في ذلك عدم انتظام ضربات القلب، وأمراض الأوعية الدموية الطرفية (PVD) والسكتة الدماغية، والموت المفاجئ، وأمراض القلب التاجية (CHD) وتصلب الشرايين، وفي الغالب ارتفاع ضغط الدم وفشل القلب الاحتقاني (CHF).

يتطور تصلب الشرايين من خلال تطور من تكوين اللويحات إلى تمزق اللويحات، وتشكيل جلطة، وتليف تم ربط السمنة وتوزيع دهون الجسم في منطقة البطن بتعزيز تراكم الترسبات وتصلب الشرايين. هناك العديد من عوامل الخطر الأخرى لأمراض الشرايين التاجية المرتبطة بالسمنة، غالباً ما يرتبط ارتفاع ضغط الدم وقصور القلب الاحتقاني لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة ارتباطاً مباشراً بتضخم LV

هناك العديد من الآليات التي قد تسبب السمنة فيها ارتفاع ضغط الدم. تعتبر مقاومة الأنسولين، وزيادة احتباس الصوديوم، وزيادة تنشيط الجهاز العصبي الودي، من بين الآليات الممكنة الأكثر بحثاً. تشمل الآليات الأخرى التغيرات في بنية ووظيفة الأوعية الدموية (المرتبطة بمقاومة الأنسولين)، والتغيرات في نقل الأيونات، ومستويات اللبتين في الدم، وأفعال الوطاء. ترتبط السمنة طويلة الأمد بتوسع الجهد المنخفض وضعف الوظيفة الانقباضي، وغالباً ما يكون فشل القلب الاحتقاني هو السبب النهائي للوفاة.

تشير معظم الأبحاث إلى أن فقدان الوزن لدى الأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة يحسن عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية مثل تركيز الجلوكوز والأنسولين في الدم، ودهون الدم، وضغط الدم. أظهر فقدان الوزن أيضاً أنه يحسن تشوهات القلب والأوعية الدموية مثل عسر شحميات الدم، وتضخم LV والتشوهات الهيكلية في كل من البالغين والمراهقين. على وجه التحديد، ثبت أن تدريب التحمل هو الأسلوب الأكثر فائدة للتمرين لتقليل عوامل الخطر القلبية الوعائية لأنه يعزز زيادة كثافة الشعيرات الدموية وقدرة العضلات على الأكسدة (Colin. W ,2005p2).

#### ➤ السمنة والاضطرابات النفسية:

العديد من الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن/ السمنة تزداد لديهم ظهور الاعراض النفسية " كتندي الثقة بالنفس، القلق، الاكتئاب، والضغط النفسي" تزداد حدة هذه الاعراض عند البدين المصابين بالأمراض المزمنة كداء السكري، والضغط الدموي أو عند البدينين الذين بدأت عندهم هذه المشكلة منذ الطفولة.

#### السمنة والاكتئاب:

أظهرت نتائج الدراسة (Jafar. A , et al,2013,p1) أن السمنة لا تؤدي إلى زيادة في معدل الاكتئاب، على الرغم من بعض دراسات الأخرى تشير إلى وجود علاقة ما بين السمنة والاكتئاب، لذا يبدو أن العلاقة بين هذه الاضطرابات ليست بسيطة وهي تحت تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية والنفسية والاجتماعية العوامل الثقافية. يشير انتشار الاكتئاب (10%) وزيادة الوزن (65%) إلى أن هناك احتمالية بحدوثهما معاً، وترتبط السمنة لدى النساء بالاكتئاب الشديد، وتزداد هذه العلاقة بين أولئك الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم الشديد، بينما توجد بين الرجال علاقة عكسية بين الاكتئاب والسمنة، ولا توجد علاقة مع SES. يمكن التعبير عن القابلية الوراثية لكل من الاكتئاب والسمنة من خلال التأثيرات البيئية. تعزز تجارب الطفولة الضارة تطور كل من الاكتئاب والسمنة، ويفترض حدوثهما معاً. من خلال نتائج التحليل التجميعي الذي أجراه لوبينو وآخرون، تبين أن السمنة تزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب على مدى الحياة بنسبة 55%.



والاكتئاب يزيد من خطر الإصابة بالسمنة بنسبة 58%. هناك آليات معينة، بيوكيميائية ونفسية، مشتركة بين هذين المرضين (Loïck Locatelli). كثيرًا ما تتعايش السمنة والاكتئاب. ثبت أن الاكتئاب أكثر تواترًا لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة أكثر من الأشخاص ذوي الوزن الطبيعي. يمكن أن يكون الأصل مختلفًا: يمكن أن يكون الاكتئاب سببًا للسمنة أو نتيجة. في الواقع، يمكن أن يؤثر فقدان الحيوية من أعراض الاكتئاب على طريقة تناول الطعام من خلال تفضيل الوجبات السريعة (مصطلح يستخدم لتعيين طعام غني بالسعرات الحرارية والدهون والسكريات ذات القيمة الغذائية المنخفضة) إلى الغذاء الصحي والإرهاق عن طريق تقليل النشاط البدني، من ناحية أخرى، تولد السمنة في كثير من الأحيان صورة سيئة عن الذات ووصمة عار اجتماعية يمكن أن تؤدي إلى الاكتئاب. في التحليل التلوي الذي أجراه لوبينو وزملاؤه، تبين أن السمنة تزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب مدى الحياة بنسبة 55% والاكتئاب يزيد من خطر الإصابة بالسمنة بنسبة 58%. 8. توجد آليات كيميائية حيوية ونفسية مشتركة بين هذين الاثنين. الأمراض. لاحظ أن الاكتئاب والسمنة يعززان تطور ارتفاع ضغط الدم الشرياني وحوادث الأزمات القلبية الوعائية، وبالتالي يزيد معدل الوفيات.

**السمنة والقلق والضغط النفسي:** من الواضح علميا ان الإجهاد المزمن يؤدي إلى حدوث خلل في الجهاز العصبي السمبثاوي ومحور الغدة النخامية والغدة الكظرية الذي يعزز السمنة والعكس صحيح. بالإضافة إلى ذلك، فإن الإجهاد يعزز اضطرابات الأكل وانخفاض النشاط البدني. إذن الإجهاد هو جزء من استجابة "الهروب والقتال" من أجسامنا، والتي ساعدتنا على النجاة من المواقف لصادمة والاحداث الضاغطة. لكننا نشعر الآن بالتوتر طوال اليوم لدرجة أن هذه الاستجابة يتم تشيبتها باستمرار. عندما يحدث هذا، يزداد مستوى الكورتيزول، وهو أحد الهرمونات الرئيسية المشاركة في الاستجابة البيولوجية للتوتر. أحد آثار ارتفاع مستويات الكورتيزول هو زيادة الشهية. لذلك إذا كنت تشعر بالتوتر باستمرار، فمن المرجح أن تأكل المزيد من الطعام. وليس فقط أي نوع من الطعام. أظهرت الأبحاث أننا ننجذب أكثر إلى الأطعمة عالية الطاقة عندما نشعر بالتوتر. ربما لأنها يمكن أن تساعدنا في تخفيف التوتر. هذا هو السبب في أننا نتحدث عن "طعام الراحة"، لذا فإن التوتر لا يزيد من رغبتنا في تناول الطعام فحسب، بل يغير أيضًا أنواع الأطعمة التي نتوق إليها. وهذا ما يفسر لماذا يميل الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة إلى الحصول على مستويات أعلى من مستويات الكورتيزول الطبيعية. يزيد الإجهاد أيضًا من خطر النوم بشكل أقل، وشرب المزيد من الكحول والتدخين وتقليل الحركة، وكل ذلك يزيد من خطر الإصابة بالسمنة ( Jorge C. Correia et al,2021,p1\_

تؤكد دراسة أظهرت العديد من الدراسات الوبائية وجود صلة بين الإجهاد وزيادة الوزن. في عدد كبير من الحالات، قد يتوافق هذا مع الضغط الرمزي للضغوط الاجتماعية أو نوع الإجهاد العقلي من أصل مهني أم لا. توجد الآن علاقة كلاسيكية بين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسمنة، والتي قد تكون مرتبطة جزئياً بالضغوط الاجتماعية. يتم تمثيل الآليات التي يتم استدعاؤها من خلال التغييرات في السلوك وتناول الطعام في حالة حدوث موقف مرهق، خاصة وأن الموضوعات مقيدة. ترتبط العديد من البيانات الأخرى بتورط المحور الوطائي -النخامي -القشري والجهاز السمبثاوي تحت تأثير الإجهاد. على الرغم من التركيزات الطبيعية للكورتيزول في البلازما، فقد تم تأكيد إنتاج الكورتيزول المفرط مع زيادة التفاعل في السمنة. يساعد إنتاج الكورتيزول في الموقع عبر 11 بيتا هيدروكسي ستيرويد ديهيدروجينيز على زيادة انتشار وتمايز الخلايا الشحمية الحشوية. قد يكون هذا هو السبب في زيادة مخاطر الأيض والأوعية الدموية تحت الضغط. توجد اضطرابات هرمونية أخرى تشمل اللبتين والريزستين والميلانوكورتين. يمكن أن يؤدي التحفيز الودي الدائم إلى إزالة حساسية بيتا الأدرينالية. تم ذكر أحماض أو ميغا 3 الدهنية كوسيلة لتقليل التوتر وآثاره الأيضية.

#### ➤ عواقب السمنة والحياة الجنسية:

#### ✓ عواقب السمنة على حياة الرجل الجنسية:

في السنوات الأخيرة، ركزت الأبحاث في مجال الطب الجنسي بشكل أساسي على وظيفة الانتصاب. ومع ذلك، فمن المعروف أن الانتصاب الجامد لا يكفي للأداء الجنسي المرضي، يمكن تقسيم الاختلالات الجنسية إلى ضعف الانتصاب، واضطرابات الرغبة الجنسية (الرغبة الجنسية)، والقذف أو اضطرابات النشوة الجنسية. الرغبة الجنسية هي ظاهرة عصبية نفسية معقدة تتأثر بالهرمونات ومستوى الطاقة والصحة والأعراف الاجتماعية والرافاهية العاطفية. تلعب صورة الجسد وتذكر التجارب الجنسية الإيجابية أيضاً دوراً مهماً في الرغبة الجنسية والاستجابة لدى الرجال والنساء.

لقد ثبت أن هناك علاقة بين السمنة عند الذكور وقصور الغدد التناسلية (نقص هرمون التستوستيرون) وضعف الانتصاب، بشكل عام، تبين الآن أن الرجال الذين يعانون من السمنة المفرطة يعانون من ضعف الوظيفة الجنسية، تزداد هذه الأعراض مع ارتفاع ضغط الدم ومشاكل النوم. يتم العثور أحياناً على هرمون الاستروجين، الهرمونات الجنسية الأنثوية، بكميات كبيرة في هؤلاء المرضى، وهذا الخلل الهرموني يرتبط عموماً بضعف الانتصاب، بسبب دهون العانة التي تمتص قاعدة القضيب، من الشائع أن نرى حجم القضيب يتناقص، مما يسبب أحياناً صعوبة أثناء الإبلاج، هذه الصعوبات قد تجعل الرجال

Catherine. Tet البدينين يفقدون الثقة في أدائهم الجنسي، مما يؤدي أيضًا إلى تآكل الرغبة الجنسية (Arnaud, 2021, pp1-2).

تجمع الآليات الفيزيولوجية المرضية للاختلالات الجنسية المرتبطة بالسمنة العديد من العوامل مثل الاضطرابات الوضعية بسبب استرخاء الأنسجة الكهفية وتغيرات الغدد الصماء والتغيرات في الإشارة العصبية، تقلل السمنة من قدرة استرخاء العضلات الملساء في الجسم الكهفي وتزيد من الحساسية للعوامل المرتبطة بالإجهاد، مما يؤدي إلى انخفاض البارامترات لصالح تورم الجسم الكهفي. يرتبط مرض السكري بانخفاض في إنتاج البطانة من (NO.5)، من المعروف أن السمنة تؤثر على مستويات الهرمون، وتحديداً عن طريق زيادة دوران الإستراديول (E2) وتقليل هرمون التستوستيرون الكلي بسبب الأروماتاز المعبر عنه في الخلايا الدهنية، والذي يحول التستوستيرون إلى إستروجين، تم العثور على مستويات عالية من (E2) في معظم مرضى السمنة. يمنع استراديول الإطلاق المركزي للهرمون الملوتن (LH) وله أيضاً تأثير سلبي على وظيفة خلايا Leydig، التي تصنع التستوستيرون في الخصية (Laria Lucca et al, 2012, p1)

لطالما اعتبرت الستيرويدات الجنسية عنصراً هاماً في الرغبة الجنسية الطبيعية. على الرغم من عدم وجود علاقة خطية بين مستوى هرمون التستوستيرون في الدم والرغبة في ذلك، فقد أظهرت العديد من الدراسات، في مجموعات عرقية مختلفة، وجود ارتباط بين انخفاض هرمون التستوستيرون وانخفاض الرغبة الجنسية. مجموع هرمون التستوستيرون والتستوستيرون الحر.

كما اكدت دراسة أميركية (مازن النجار، 2010) بمجلة الغدد الصماء والأبيض الإكلينيكية (JCEM) المتخصصة، الصادرة عن جمعية طب الغدد الصماء. إلى أن التغيرات الهرمونية، وتدهور نوعية الحياة الجنسية لدى الرجال البدين، لهما ارتباط مباشر بدرجة البدانة، وأشار الدكتور إلى أنه هو وزملاؤه قد وجدوا لدى الجماعة التي شملتها الدراسة، ارتباطاً مباشراً بين انخفاض مستويات هرمون الذكورة (تستوستيرون)، وتراجع مستويات نوعية الحياة الجنسية، وبين زيادة مؤشر كتلة الجسم. وأضاف الباحث أيضاً مؤكداً أن أشخاصاً مشاركين في الدراسة فقدوا أو زاناً من خلال عملية جراحية لتحويل مسار الغذاء هضمياً، قد شهدوا انخفاضاً في مستويات هرمون إستراديول (أقوى هرمونات الأنوثة ويتكون طبيعياً)، وارتفاعاً في مستويات هرمون تستوستيرون، وزيادة في معدلات (تقييم) نوعية الحياة الجنسية".

#### ✓ عواقب السمنة والبرود الجنسي لدى نساء:

تعاني النساء البدينات أيضاً من الآثار السلبية لحالتهم على حياتهم الجنسية، تقلل السمنة من الرغبة الجنسية لديهم بعدة درجات، وبالتالي الرغبة الجنسية لشركائهم، لأن الدهون المتراكمة في أماكن معينة

(الفخذين والأرداف وأسفل البطن) تجعل الإيلاج صعبًا. يؤدي هذا أحيانًا إلى انخفاض المتعة التي تشعر بها أثناء الممارسة الجنسية، وصعوبة في الوصول إلى النشوة الجنسية، ومن ثم تجنب النشاط الجنسي. ويلاحظ أيضًا أن اضطرابات الأكل والاكتئاب والاضطرابات الجنسية غالبًا ما تكون مرتبطة. أظهرت دراسة حديثة 9 أن أكثر من 66% من النساء المصابات باضطراب في الأكل يشكون من فقدان الرغبة الجنسية، ولكن ليس ذلك فقط. وتبين أن 60% منهن يعانين من القلق بشأن الحياة الجنسية مقارنة بـ 15% من النساء اللاتي لا يعانين من مشاكل غذائية. هم أيضًا أكثر نزعًا مع شريكهم، ويتغيرون كثيرًا، وعمومًا يمارسون الحب بشكل أقل. كما يبدو أنهم يضعون المزيد من الخطط لتجنب ممارسة الجنس ( Catherine. T et Arnaud, 2021, p2).

### ➤ السمنة وجودة الحياة:

من خلال ما سبق ذكره ومناقشته من حيث الاعراض والاثار المترتبة عن الإصابة بالسمنة تشير الدلائل إلى أن السمنة ترتبط بالأمراض النفسية والعضوية التي تؤثر على جميع جوانب جودة حياة الفرد (HRQoL). وهذه الأخيرة هي مفهوم ذاتي واسع يشمل كلاً من الصحة البدنية والنفسية، تشير الدراسات التي أجريت على العينات الإكلينيكية عادةً إلى ضعف ابعاد جودة الحياة لدى المصابين بالسمنة ( Fontane,2001&Haomiaojia et Erica. I ,2005& Apple. R , et al,2001&Heather R ) (et al,2020.... ومع ذلك، ترتبط السمنة بزيادة المخاطر الصحية والآلام التي يمكن أن تضعف الحالة الصحية الجسدية وتفرض قيودًا على الأنشطة اليومية. يمكن أن يساهم انخفاض الصحة البدنية وكذلك الوصم والتمييز المرتبط بالسمنة في إعاقة الصحة النفسية. توضح دراسة ابال وزملاؤه ( Apple .R et al,2018) وجود علاقة غير خطية ذات صلة سريرية متغيرة بين مؤشر كتلة الجسم و HRQoL بعد تعديل العوامل الديموغرافية والأمراض المصاحبة. العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم و HRQoL دقيقة وتتأثر بالجنس والعمر. تتحدى هذه النتائج فكرة السمنة كمحرك رئيسي لخفض HRQoL، لا سيما بين النساء وفيما يتعلق HRQoL. اذن من خلال نتائج الدراسات المسحية التي اقيمت للتحقق من تأثير السمنة على جودة الحياة المتعلقة بالصحة اجمعت جل الدراسات على ان هناك علاقة طردية بين مؤشر كتلة الجسم وجودة الحياة اي كلما زاد مؤشر كتلة الجسم انخفضت جودة الحياة الصحية لدى الفرد في جميع جوانبها وخاصة السمنة درجة الثانية والثالثة. وكذا تتداخل عوامل عديدة كما سبق واعررب عنها.

## 13. علاج السمنة:

نظرًا لتأثيرها الكبير على الصحة، كانت السمنة لسنوات عديدة موضوعًا للعديد من الإجراءات العامة، بما في ذلك خطة السمنة 2010-2013، التي نفذتها مختلف الوزارات والتأمين الصحي والهيئة العليا للصحة (HAS)، وكذلك جمعيات المرضى والمجالس المهنية الوطنية (CNP). هذه الإجراءات غير معروفة ومراقبتها وتقييمها بشكل كافٍ اليوم. ومع ذلك، فإن تأثير كل منها، وتماسكها وتأزرها، يعتمد على فعالية المشاركة الجماعية التي تهدف إلى الحد من تواتر السمنة وعواقبها. أحد التحديات الرئيسية لهذه السياسة هو أيضًا تحقيق الحد من التفاوتات الاجتماعية في هذا المجال.

كما ذكرنا سابقًا، فإن الخطوة الأولى في إعداد إحصائي التغذية أو الطبيب المتابع للحالة هي التعرف على حدوث زيادة الوزن أو السمنة، يحتاج الأطباء إلى تضمين في ممارستهم تتبع مؤشر كتلة الجسم للمريض بنفس الصرامة المطبقة عليه اتباع معايير النمو الأخرى. الخطوة الثانية هي تتفاعل مع زيادة مؤشر كتلة الجسم باتباع نهج مؤيد يحفز التغيير الأسري الإيجابي دون تقليل احترام الشخص البدين. على سبيل المثال، ارتفاع مؤشر كتلة الجسم عن الطبيعي أكثر من 30. يجب أن تكون أهداف العلاج واقعية ومتكيفة مع كل مريض (على سبيل المثال، الخبرات والموارد والمخاطر العمل على تحديد الأهداف قبل تطبيق الخطة العلاجية) (Alfred Wirth, 2014, p706)

- إنقاص الوزن على المدى الطويل.
- مؤشر كتلة الجسم يتراوح من 25 إلى 35 كجم من الوزن الطبيعي.
- تحسين عوامل الخطر المرتبطة بالسمنة
- الحد من الأمراض المرتبطة بالسمنة.
- تقليل مخاطر الموت المبكر.
- منع العجز عن العمل والتقاعد المبكر
- الحد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية
- تحسين نوعية الحياة وهذا هو الهدف الرئيسي بالنسبة للدراسة الحالية بحيث يبنى على التنقيف الصحي والتوعية افراد المجتمع بالوباء القاتل غير المعدي وان تعمل الجهات المختصة بتغيير الفكرة القائمة على ان السمنة معيار الجمال للمرأة والقوة للرجل ووانها تعني الصحة والسلامة من الأمراض بل العكس هي اللبنة الأولى للأمراض المزمنة.

## ➤ العلاج الغذائي:

يجب أن يتلقى الأفراد الذين يعانون من السمنة توصيات غذائية شخصية تتكيف مع أهدافهم العلاجية وملف المخاطر، لا يمكن أن يكون هذا ناجحًا إلا على المدى الطويل إذا وافق المريض على تغيير نمط الحياة والتوصيات التي يمكن تطبيقها في الحياة اليومية.

- تقليل استهلاك الدهون.
- تقليل استهلاك الكربوهيدرات.
- تقليل من استهلاك الدهون والكربوهيدرات.

## ➤ ممارسة الرياضة:

من أهم أسباب زيادة انتشار السمنة في المجتمع ان زيادة كمية الطعام المتناول الغني بالدهون وانخفاض النشاط البدني، ولذا تعد ممارسة الرياضة والنشاط البدني من أهم الطرق الناجحة لإنقاص الوزن، فان ممارسة النشاط البدني بانتظام قد يؤدي إلى انخفاض كبير في دهون الدم، الدهون المخزنة في الكتلة العضلية وفي مقاو مة الأنسولين لدى البدناء، يتضح لنا أهمية ممارسة النشاط البدني في مكافحة السمنة وذلك من خلال قدرته على رفع معدل الطاقة المصروفة (عبد الرحمن عبيد مصيقر، 2010، ص153)

## ➤ تدخلات تعديل السلوك:

العلاج السلوكي للسمنة غير جراحي ومنخفض التكلفة نسبيًا. يجب أن تشمل التدخلات السلوكية لتعزيز تغييرات نمط الحياة الاتصال وجهاً لوجه وتقديم ما لا يقل عن 14 جلسة خلال الأشهر الستة الأولى لتحقيق أفضل النتائج. البرامج، أو في إعداد المكتب. تتطلب التدخلات السلوكية وقتًا والتزامًا من جانب المريض ومقدم الخدمة. يمكن إحالة المرضى إلى برامج المجموعة السلوكية التجارية أو الطبية القائمة على المركز لفقدان الوزن والحفاظ عليه. في حالة تقديم إحالة خارجية، من المهم أن يستمر أطباء الرعاية الأولية في تقديم الدعم المستمر (c.p.Kelley et al,2016). يمكن بسهولة دمج العديد من المبادئ السلوكية البسيطة من أجل جعل الشخص السمين يتمكن من التعرف الى عادات الطعام التي تحفز السمنة، وهذا كما سبق وقلنا ان ينتج من حدث متكرر مثل مشاهدة التلفاز والاكل معا وهذه الرابطة تقوى بينهما مع تكرار الحدث أو السلوك، لذلك فان تعديل السلوك لعلاج السمنة عادة ما يشمل استراتيجيات متعددة لتعديل الطعام والعادات نذكرها في النقاط التالية:

- السيطرة على المنبهات بتجنب الإشارات التي تشجع على الطعام.
- السيطرة الشخصية بالمحافظة على تسجيل الطعام المتناول والنشاط البدني.

- مهارات حل المشكلة بتطوير طرق لتحليل المشكلة وتحديد الحلول المحتملة.
- الدعم الاجتماعي بتعاون الأسرة والأصدقاء لتغيير السلوك.
- بناء على المعرفة بالتفكير بطرق إيجابية.
- الحماية من الرجوع للسمنة "الانتكاسة"، وذلك بطرق تشجيع ثبات الحمية من نوبات زيادة الطعام واسترجاع الوزن. (العجلوني، بدون سنة، ص100)

### ➤ العلاج الدوائي:

ينصح الطبيب بأدوية فقدان الوزن في حالة عدم جدوى طرق فقدان الوزن الأخرى، والهدف من استخدامها بجانب النظام الغذائي، وممارسة التمارين الرياضية والتغيرات السلوكية، وليس بدلا منها إذا لم تقم بتلك التعديلات الأخرى في حياتك، فمن المحتمل الا يؤدي الدواء الى فعاليتها، كما يضع الطبيب في اعتباره تاريخك الصحي، بالإضافة للآثار الجانبية المحتملة .

اثبتت دراسة أريك رافيسن وزملاؤه (Eric Ravussin,2009) يتضمن التحكم الهرموني العصبي لوزن الجسم تفاعلاً معقدًا بين إشارات السمنة طويلة المدى (مثل اللبتين) وإشارات الشبع قصيرة المدى (مثل الأميلين)، أدى العلاج المركب من الأميلين/ اللبتين إلى فقدان وزن محدد وتأزري خاص بالدهون. لتقييم تأثير خفض الوزن من ناهض الأميلين/ اللبتين المركب (مع براميلينيتيد / ميتريبتين) في السمنة البشرية، أجريت دراسة عشوائية مدتها 24 أسبوعا لتسخير الإمكانيات العلاجية للهرمونات العصبية الفردية، من المهم فهم كيفية تفاعلها مع بعضها البعض، سواء أثناء المرحلة الديناميكية لفقدان الوزن أو في حالة انخفاض الوزن. على سبيل المثال، تتخفض مستويات اللبتين المنتشرة بسرعة استجابة لفقدان الوزن الناجم عن النظام الغذائي، مما يؤدي إلى مجموعة من الاستجابات الأيضية، اللاإرادية، والهرمونية التي تهدف إلى الدفاع عن وزن الجسم الأولي (Lisa. L Loomides et al, 2005, p1409)

### التدخلات الجراحية:

بينما معظم المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة يشاركون من خلال التدخلات السلوكية، فان هناك تزايدا في البحوث التي تشير الى ان الكثير من التدخلات السلوكية تفشل في انتاج مستمر لفقدان الوزن، ولهذا بدا بعض الأطباء في التوجه نحو الجراحة، فالجراحة الان خيار متاح لحالة السمنة المفرطة عندما تفشل كل المحاولات الأخرى في فقدان الوزن بشكل متكرر (غسان محسن عز الدين الزبيدي،2021، ص187)

## ➤ الجراحة وتكميم المعدة:

تعتمد بعض الجهات المختصة على جراحة المعدة بعدة طرق وتقنيات الحديثة، للسيطرة على البدانة من الأمور الخلاقية خاصة إذا تمت دون احترام استطبائها وتصاحبها آثار قد يكون بعضها خطيرا وعدم ضمان نجاحها. ما هي الحالات التي تلجأ للجراحة (أبو حامد سمير، 2009، ص178)

- مؤشر كتلة الجسم أكثر من 40 أو وجود مشكلة صحية خطيرة لها علاقة بالبدانة.
- عدم وجود خلل اضطراب سلوكي طعامي (الارغام الطعامي، النهم) وعدم وجود اضطراب نفسية اجتماعية أو أمراض نفسية.
- الأشخاص من سن 18 إلى 60 سنة.
- عدم وجود خلل هرموني كسبب للسمنة.

وفي الوقت الراهن يمكن تقسيم الإجراءات الجراحية الي تجرى حاليا لمعالجة السمنة بالعملية الجراحية حسب الية تحفيض الوزن الى الإجراءات التي تصغر المعدة (Restrictive) والتي تقلق الامتصاص (Malabsorptive) الإجراءات التصغير تشمل ربط المعدة بالمنظار L AGB، تصغير حجم المعدة الطولي، تحويل البنكرياسي...

عند التدخل الجراحي المثالي لعلاج السمنة يجب ان يكون فعالا وامن، لتحقيق فقدان الوزن والشفاء، مع التقليل من المضاعفات والآثار السلبية الناتجة عن الجراحة (مقيصر عبد الرحمن، 2009، ص 121)

انزلاق الحلقة، تفرح المعدة، انتنات الحلقة أو العلبة، عدم تحمل مادة السيليكون "ربط المعدة" خلل عمل الحلقة كحدوث تسرب السوائل الموجودة داخلها.

كما تتطلب حمية ما بعد العملية الجراحية والتي نذكر أهمها استهلاك المواد الغذائية المسموح بها واللينة لمدة 3-4 أسابيع.

تجنب السكريات المركزة، الحد من الدهون والأطعمة المقلية، شرب السوائل بكثير لمنع الجفاف، ممارسة نشاط بدني المشي المتكرر، الاستحمام بعد يومين ... (مقيصر، 123ص).

يترتب عن ربط المعدة آثار منها تلف الطحال ونزيف، ثقب بالمعدة، حدوث التهاب وريدي خدري، وصمة رثوية، حدوث انتانات مكان ندبة، نقص الحديد فقر الدم، نقص الكلس والفيتامين ب 12، تناذر الإغراق وذلك عند تناول السكريات يؤدي الى الغثيان والتعرق والوهن ...انسداد الأمعاء.



## خلاصة الفصل:

السمنة ليست مجرد مصدر قلق بشأن المظهر الجمالي، بل تعدت على أنها مرض مزمن انتشر في العقدين الأخيرين، حيث أصبحت وباء عالمي يهدد الصحة العامة والصحة النفسية، كما تعد في الوقت الراهن مشكلة طبية تزيد من عوامل خطر الإصابة بأمراض مزمنة، مثل مرض القلب وداء السكري، وارتفاع ضغط الدم وأنواع معينة من السرطان. هناك العديد من الأسباب التي تجعل البعض يواجهون صعوبة في إنقاص الوزن، وهذا نتاج تفاعل العديد من العوامل النفسية والاجتماعية، والبيولوجية الوراثية جينية، والسلوكية المعرفية، وعليه يجب اللجوء إلى العلاج الأمثل والوقاية من زيادة الوزن والاصابة بالسمنة الصحية. ومنه تمثل السمنة تحديا كبيرا لعلماء النفس الصحي والمنظرين للبحث في محددات وأسباب المرض واثاره على أداء الفرد والمجتمع، وبالتالي يجب اللجوء إلى العلاجات والتدخلات السلوكية والدوائية والجراحية المعتمدة في الوسط الطبي. بغية المحافظة على الوزن المثالي المعبر عنه بمنسوب مؤشر كتلة الجسم Body Mass Index .



الفصل الخامس: اجراءات الدراسة الميدانية



**تمهيد:**

إن البحث العلمي يتطلب القيام بأي دراسة تطبيقية يتطلب إثرائها بالجانب النظري وجانب الميداني فإذا كان الجانب النظري يعتبر هو الأساس القاعدي لهذه الدراسة، فإن الجانب الميداني هو المكمل له والذي يعتبر بدوره من أهم خطوات البحث العلمي، وإذا كان الجانب النظري هو بمثابة المنبع الأساسي لمعرفة الحقائق الخاصة بمتغيرات الدراسة فإن الجانب التطبيقي هو الذي يثبتها أو ينفي صحتها، وهذا من خلال تحويل النتائج المتحصل عليها ميدانيا من كيفية إحصاءات كمية وأرقام حسابية، وقبل بدأ في التحليل الإحصائي للدراسة لابد من معرفة مدى استجابة عينة الدراسة للموضوع من خلال الخطوات الآتية:

**1. منهج الدراسة:**

اعتمدت على المنهج الوصفي لمعرفة قوة علاقة التأثير والتفاعل بين المتغيرات مما يسمح تحليل وتفسير العلاقة بين المتغير التابع والمتغير المستقل والمتغيرات الوسيطة لدى أفراد عينة الدراسة، ولذلك بإدخال البيانات المتحصل عليها من استجابات أفراد العينتين سواء أفراد العينة الاستطلاعية أو أفراد عينة الدراسة الأساسية ومعالجتها بواسطة برنامج الحزم الإحصائية (Spss، 25.0)، واستخدام الأساليب الإحصائية اللازمة كما تطلبت فرضيات الدراسة.

**2. الدراسة الاستطلاعية:**

تمت إجراء الدراسة الاستطلاعية بالمستشفى بشير بن ناصر- بسكرة قسم علم الأوبئة والأمراض المعدية، إذ تم الاطلاع على الحالات الموجودة في المصلحة حيث تعرفنا على المرضى وشرحنا لهم الغاية من هذا البحث ومن ثم التعاون معنا من طرف القائمين على تسيير وحدة "الأوبئة والأمراض المعدية" وتوجيهنا ومساعدتنا في اختيار المشاركين وتوعيتهم لتسهيل العمل معهم.

**3. أهمية الدراسة الاستطلاعية**

تكمن أهمية الدراسة الاستطلاعية في مساعدة الباحث في استطلاع الظروف التي يجري فيها البحث والتعرف على العقبات التي تقف أمامه. حيث تعتبر الدراسة الاستطلاعية أمر جد مهم في بناء البحث، إذ أن إهمالها يفقد البحث أحد العناصر الأساسية فيه إذ تعتبر دراسة أولية له كما تعتبر هذه الدراسة جوهراً أساسياً في بناء البحث نظراً لأهميتها.

- معرفة طرق إجرائها وكذا جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الظاهرة التي يرغب في دراستها
- وتعتبر أيضاً مفتاحاً أساسياً للدراسة الأساسية من خلال التأكد من الخصائص السيكومترية (البيانات العامة) للأداة المعتمدة بالإضافة إلى التحقق من مدى ملائمة المقاييس بالنسبة لعينة الدراسة المستهدفة.

**4. الهدف من الدراسة الاستطلاعية**

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى:

- التعرف على خصائص أفراد العينة المراد دراستها.
- التأكد من أداة الدراسة ومعرفة مدى صلاحيتها وصدقها وثباتها من أجل استعمالها واستخدامها في الدراسة الأساسية.
- التعرف على أهم الصعوبات التي تعرقل سير الدراسة الأساسية.

**5. حدود الدراسة الاستطلاعية:**

**1.5. الحدود المكانية:** مستشفى بشير بن ناصر بسكرة " وحدة علم الأوبئة والأمراض المعدية"

**2.5. الحدود الزمانية:** من مارس 2018 إلى افريل 2019

**3.5. الحدود البشرية:** وفي دراستنا تم اتخاذ عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من 77 فرد لمعرفة مدى استجابة عينة الدراسة للموضوع الدراسة الاستطلاعي، وعليه تم تحديد الموضوع وضبط المتغيرات وصياغة الفرضيات، بناء على ما لاحظناه في أرض الواقع، ثم قمنا بجمع المعلومات الطبية والنفسية وتطبيق المقاييس اللازمة والتأكد من صدقها وثباتها لنثبت أو ننفي ما توقعناه من خلال اجراء هذا البحث.

**1.3.5. عينة البحث:**

تم اختيار العينة من خلال تردد المرضى على العيادات والمستشفى وقاعات الرياضة من مجتمع الاصيلي الذي يتمثل في البدناء والبالغ عددهم 77 وقد تم اختيارهم بطريقة عرضية قصدية بمساعدة كل من العاملين بمصلحة علم الأوبئة والأمراض المعدية.

**6. تحليل البيانات العامة لعينة الدراسة الاستطلاعية**

سنحاول التعرف على توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب متغيرات البيانات العامة كما هو مبين

في الجدول:

الجدول رقم (06): يبين توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب البيانات العامة

النسبة %	التكرار	بيانات العينة الاستطلاعية	
55,8%	43	ذكر	الجنس
44,2%	34	أنثى	
10,4%	8	من 20 إلى 30 سنة	السن
36,4%	28	من 31 إلى 40 سنة	
27,3%	21	من 41 إلى 50 سنة	
26%	20	من 51 إلى 60 سنة	
19,5%	15	ابتدائي	المستوى التعليمي
22,1%	17	متوسط	
29,9%	23	ثانوي	
28,6%	22	جامعي	
2,6%	2	منخفض	المستوى الاقتصادي
63,6%	49	متوسط	
33,8%	26	مرتفع	
15,6%	12	أعزب	الحالة الاجتماعية
79,2%	61	متزوج	
5,2%	4	مطلق	
15,6%	12	أرمل	
44,2%	34	بطال	العمل
18,2%	14	عامل	
37,7%	29	متقاعد	
62,3%	48	من سنة إلى 5 سنوات	مدة المرض
16,9%	13	من 5 سنوات إلى 10 سنوات	
20,8%	16	أكثر من 10 سنوات	
71,4%	55	ضغط السكري	الأمراض
3,9%	3	ضغط الدم + داء السكري	
24,7%	19	ضغط الدم + داء السكري + م الكلى	
<b>%100</b>	<b>77</b>	<b>المجموع</b>	

من خلال الجدول أعلاه نجد أنه هناك استجابة للموضوع الدراسة حيث يتوزع أفراد العينة الاستطلاعية كما يلي:

أ. **بالنسبة المتغير الجنس:** نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول أعلاه أن أغلبية عينة الدراسة من فئة الذكور بعدد 43 ونسبة 55.8% في حين عدد الإناث 34 ونسبة 44.2% ما يفسر أنه هناك استجابة للموضوع للجنسين.

ب. **بالنسبة المتغير السن:** على ضوء النتائج الواردة في الجدول أعلاه يتبين أن الفئة العمرية لأفراد عينة الدراسة، حيث أن نصف أفراد عينة الدراسة تتراوح أعمارهم ما بين (من 31 إلى 40 سنة) بعدد (28) ونسبة (36.4%)، تليها الفئة العمرية من (41 إلى 50 سنة) ومن (51 إلى 60 سنة) بنسب متقاربة على التوالي (27.3%)، (26%) وأخيرا الفئة من (20 إلى 30 سنة) بعدد 8 ونسبة 10.4% من المجموع الإجمالي للنسب.

ج. **بالنسبة المتغير المستوى التعليمي:** تشير معطيات الجدول أعلاه أن أغلبية عينة الدراسة بمستوى ثانوي ومستوى جامعي نسبة متقاربة على التوالي (29.9%)؛ (28.6%) ما يثبت وعي العينة الاستطلاعية بموضوع الدراسة في حين المستوى متوسط بعدد 17 ونسبة (22.1%)، أما المستوى الابتدائي بعدد 15 ونسبة (19.5%) من المجموع الإجمالي للنسب.

د. **بالنسبة لمتغير المستوى الاقتصادي:** نلاحظ أن 49 فرد أي (63.6%) من المستجوبين بمستوى اقتصادي متوسط، في حين نجد أن 26 فرد بمستوى اقتصادي مرتفع أي ما نسبته (33.8%)، أما (2.6%) من عينة الدراسة الإجمالية بمستوى اقتصادي منخفض.

هـ. **بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات العينة البالغ عددها 77 فردا، نلاحظ أنها توزعت حسب الحالة الاجتماعية حيث وضحت البيانات والمعلومات الإحصائية وجود 61 من فئة المتزوجين حيث قدرت نسبتها بـ(79.2%) أما الفئة الثانية فئة العزاب والأرامل بنسبة متساوية (15.6%)، وأخيرا فئة مطلقين بعدد 4 ونسبة (5.2%).**

و. **بالنسبة لمتغير العمل:** نلاحظ أن 34 فرد أي (44.2%) من المستجوبين بطالين، في حين نجد أن 29 فرد متقاعدين أي ما نسبته (37.7%)، أما (18.2%) من عينة الدراسة الإجمالية يعملون.

ز. **بالنسبة لمتغير مدة المرض:** تتوزع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير مدة المرض من سنة إلى 5 سنوات بعدد 48 ونسبة (62.3%) تليها الفئتين من 5 سنوات إلى 10 سنوات والفئة أكثر من 10 سنوات على التوالي (16.9%)؛ (20.8%).

ح. بالنسبة لمتغير الأمراض: يتبين لنا أن أغلبية عينة الدراسة الاستطلاعية مرض بالسكري بعدد 55 نسبة (71.4%) تليها المرضى بضغط الدم والسكري والكلية بنسبة (24.7)؛ وأخيراً المرضى بضغط الدم وضغط السكري بعدد 3 ونسبة (3.9%) من المجموع الإجمالي للعينة.

## 7. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

تتعدد التقنيات والأدوات لجمع المادة العلمية والبيانات والمعلومات حول مشكلة الدراسة، ولذا يجب على الباحث ان يقرر مسبقا الطريقة المناسبة والتي تفي بالغرض أي الإجابة عن تساؤلات التي من خلالها يثبت ان ينفي توقعاته وتنبؤاته العلمية المبنية على ما يتطلبه البحث العلمي.

### 1.7 مقياس الكفاءة الذاتية العامة لرالف شفارتزر (Ralf Schwarzer):

**وصف المقياس:** قام سامر جميل رضوان بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس الكفاءة الذاتية وتقنيه على البيئة العربية الذي اعده وكيفه على البيئة الألمانية شفارتزر منذ عام 1981 في جامعة برلين الحرة في ألمانيا كأداة تشخيصية لقياس الكفاءة الذاتية بحيث طوره مع مجموعة كبيرة من المواقف، على عكس باندورا الذي قصر هذا البناء على مواقف خاصة فقط، وقد اشتملت هذه الأداة على توقعات الكفاءة الذاتية العامة (Schwarzer & Jerusalem, 1981) وينصح معدا المقياس باستخدام عل دراسة متغيرات تتعلق بتوقعات الكفاءة الذاتية العامة في مجالات البحث المختلفة، لأنها تتسم بصفات العمومية والتفسير والتنبؤ بأنماط السلوك والخبرة الممكنة مثل سلوك التعلم والإنجاز المدرسي وسلوك العمل والإنجاز المهني والسلوك الصحي، واللياقة البدنية والصحة النفسية، وعليه تم تطوير مقياس الكفاءة الذاتية من 20 بند الى 10 بنود في العديد من البيئات الأجنبية والعربية والمحلية.

بناء عليه اعتمد الباحث سامر جميل رضوان بأخذ موافقة مطوري المقياس على إعداد نسخة باللغة العربية منها واختبارها على عينة سورية، بعد ذلك قام الباحث بترجمة البنود العشرة التي يتضمنها المقياس عن اللغة الألمانية إلى اللغة العربية، وترجمت الصيغة الإنجليزية من المقياس نفسه من قبل متخصصين في اللغة الإنجليزية بهدف إجراء مقارنة بين ترجمتين من لغتين مختلفتين، وايضا حمدي دقة الترجمة واستيفائها للمعنى، حيثتم بنتيجة ذلك إجراء بعض التعديلات الطفيفة في بعض العبارات أو الكلمات بعد ذلك عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين، وغير المتخصصين الذين أبدوا رأيهم من حيث الصياغة وفهم المعنى، وإمكانية التطبيق، فأجمعت الآراء على صلاحية المقياس، وأنه يتميز بثبات وصدق مرتفعا (عدودة، 2015، ص 189) يتألف المقياس في صيغته الأصلية من عشرة بنود، يطلب فيها من المفحوص اختيار

إمكانية الإجابة وفق مقترح من درج يبدأ من " لا -نادرا - غالبا - دائما " ويتراوح المجموع العام للدرجات بين 10 و 40 أي أن التصحيح يكون على النحو التالي:

الجدول رقم (07): توزيع درجات مقياس الكفاءة الذاتية العامة

بدائل القياس	لا	نادراً	غالبا	دائما
الدرجة/الترميز	01	02	03	04

### 2.7. مقياس جودة الحياة المرتبط بالصحة Sf-36.v 2Short Form-36 Health Survey

وصف المقياس: النموذج المختصر "36" للمسح الصحي مقياس عالمي مصادق عليه من طرف منظمة الصحة العالمية أستخدم على نطاق واسع في عدة دول وبلغات مختلفة مثل: "الإنجليزية، الألمانية، الفرنسية، الإسبانية، الفنلندية، الدنماركية، البرتغالية، البولندية والروسية" وتسمح هذه الأداة بالمقارنات الدولية، أستعمل مقياس جودة الحياة للتنبؤ بالعديد من الحالات المرضية وخاصة ذوي الامراض المزمنة " امراض القلب، السرطان، ضغط الدم الشرياني، السمنة، التصلب اللويحي المتعدد، هشاشة العظام وآلام المفاصل وعدة عمليات جراحية مثل استئصال المثانة، الرحم استئصال الثدي، البروستات...، وأيضا في حالات الاستشفاء الغير متوقع لذوي الأمراض المزمنة لمختلف الفئات العمرية... الخ"، وهو مناسب لمختل فالجداول الإكلينيكية للمرض وأنه يعطي، ويستخدم في مختلف المناهج، ومن المزايا الرئيسية لمقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة (SF-36) نتائج تغطي مختلف الجوانب البدنية والنفسية للمريض ويفرق بينها (عدودة صليحة، 2015، ص176)

يتم ملء المقياس من طرف المريض نفسه، يحتوي على 36 بند، يكشف عن ثمانية مجالات رئيسية أثناء الأربعة الأسابيع الأخيرة وهي:

### 1.2.7. تقسيم محاور وبنود مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة

الجدول رقم (08): توزيع محاور وبنود مقياس جودة الحياة

المحاور	البنود
الوظائف البدنية	3-4-5-6-7-8-9-10-11-12.
الصحة البدنية	13-14-15-16.
الألم الجسدي	21-22.
الأداء الاجتماعي	20-32.



24-25-26-28-30.	الصحة النفسية
17-18-19.	الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية
23-27-29-31.	الطاقة
1-2-33-34-35-36.	الصحة المدركة

### 2.2.7. بدائل محاور مقياس جودة الحياة

يتألف المقياس من (08) محاور مقسمة على بنود وفق درجات كما يلي:

الجدول رقم (09): توزيع درجات محور الوظائف البدنية

بدائل المحور	نعم محدد جدا	نعم محدد قليلا	لا غير محدد تماما
الدرجة/الترميز	01	02	03

الجدول رقم (10): توزيع درجات محور الصحة البدنية

بدائل المحور	نعم	لا
الدرجة/الترميز	01	02

الجدول رقم (11): توزيع درجات محور الألم الجسدي

بدائل المحور	أبدا	قليلا جدا	قليلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا
الدرجة/الترميز	06	05	04	03	02	01

الجدول رقم (12): توزيع درجات محور الأداء الاجتماعي

بدائل المحور	أبدا	قليلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا
الدرجة/الترميز	05	04	03	02	01

الجدول رقم (13): توزيع درجات محور الصحة النفسية

بدائل المحور	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
الدرجة/الترميز	01	02	03	04	05

الجدول رقم (14): توزيع درجات محور الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية

بدائل المحور	نعم	لا
الدرجة/الترميز	01	02

الجدول رقم (15): توزيع درجات محور الطاقة

بدائل المحور	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
الدرجة/الترميز	05	04	03	02	01

الجدول رقم (16): توزيع درجات محور الصحة المدركة

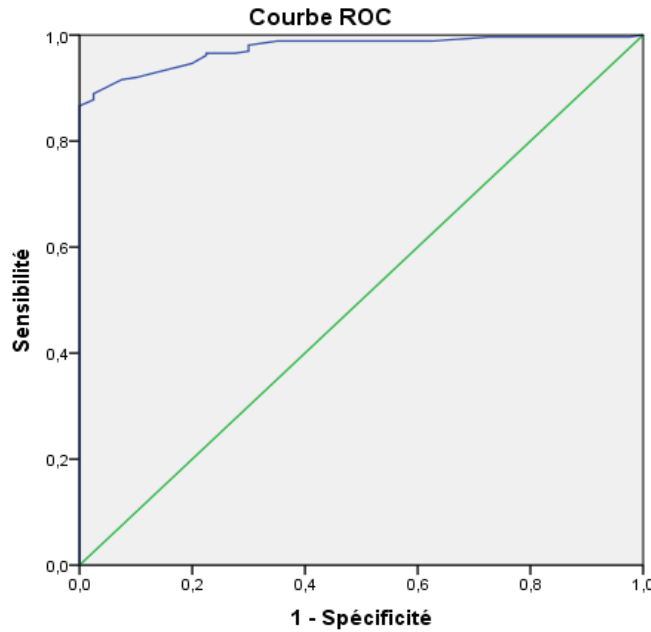
بدائل المحور	ممتازة	جيد جدا	جيد	متوسط	ضعيفة
الدرجة/الترميز	صحيح جدا	صحيح نوعا ما	لا أدري	خطأ نوعا ما	خطأ ما
	05	04	03	02	01

8. مؤشر كتلة الجسم:

الجدول رقم (17): تصنيف السمنة

التصنيف	الوزن الطبيعي	زيادة الوزن	السمنة 1 درجة	السمنة 2 درجة	السمنة 3 درجة
مؤشر كتلة الجسم	24.99-18.5	29.99-25	34.99-30	39.99-35	40 فما فوق

الشكل رقم (18): منطقة الحساسية لتصنيف مؤشر كتلة الجسم



Les segments diagonaux sont générés par les liens.

يساعد منحى ROC (منطقة الحساسية والخصوصية) في التأكد من أن له قدرة على التمييز وتصنيف المفحوصين حسب الخاصية المدروسة (السمنة) وهو ما نلاحظه من خلال كل المساحات تحت المنحى تشمل المنطقة الواقعة أسفل منحى ROC على فاصل الثقة [1، -1] بالإضافة إلى أحداثيات هذا المنحى بحيث  $BMI \leq 30$  وعليه تم تصنيف المفحوصين كما في الجدول أعلاه.

### 9. الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

من أجل التأكد من أدوات الدراسة ومعرفة مدى صلاحيتها وصدقها وثباتها من أجل استعمالها واستخدامها في الدراسة الأساسية يجب حساب الخصائص السيكومترية، وقد تم التحليل الإحصائي بمساعدة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية "Spss"

#### 1.9. مقياس الكفاءة الذاتية العامة:

1.1.9. ثبات مقياس الكفاءة الذاتية العامة: تتمعالجة البيانات بحساب التجزئة النصفية (*Guttman Split-Half Coefficient*) وحساب معامل ألفا كرونباخ (*Cronbach's Alpha*) لمعرفة مدى ثبات صحة المقاييس من أجل استخدامها في الدراسة الأساسية وكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (18): تقدير ثبات درجات مقياس الكفاءة الذاتية باستخدام طريقة التجزئة النصفية

#### ومعامل ألفا كرونباخ

الثبات		عدد البنود	المقياس
Alfa	Guttman	10	الكفاءة الذاتية
0.760	0.827		

من الجدول أعلاه نلاحظ ثبات مقياس الكفاءة الذاتية باستخدام طريقة التجزئة النصفية حيث بلغ بـ (0.827) في حين قدر معامل ثبات ألفا كرونباخ بـ (0.760) هذا ما يدل على أن هذا المقياس يتمتع بثبات عالي يُمكننا من الاعتماد عليه في الدراسة الأساسية. وعليه نلاحظ ان نتائج الدراسة الاستطلاعية تتوافق مع نتائج دراسة (عدودة، 2015، ص 196) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ بلغت (0.90) وهي درجة مقبولة تعكس ثبات المقياس وأن معامل الارتباط وصل إلى (0.88) وهي قيمة دالة على ثبات المقياس بواسطة حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الكفاءة الذاتية العامة.

2.1.9 . صدق مقياس الكفاءة الذاتية:

الصدق التمييزي: تعتمد هذه الطريقة على ترتيب الدرجات التي تحصل عليها المفحوصين تنازليا أو تصاعديا في توزيع، ثم إجراء عملية مقارنة متوسطات الدرجات بين الطرفين للتأكد من القدرة التمييزية لبندو السلميين الفئة العليا (27%) الذين لديهم درجات مرتفعة، والفئة الدنيا (27%) الذين لديهم درجات منخفضة ممن أجابوا عن بندو السلم، ويبين الجدول (18) نتائج اختبار "ت" لتقييم الفروق بين الفئتين. تم حساب معامل الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس الكفاءة الذاتية والجدول التالي بين ذلك:

الجدول رقم (19): نتائج اختبار الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس الكفاءة الذاتية

الكفاءة الذاتية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	خطأ الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الدرجة العليا (27)	3,85	0,17	0,033	49,9	52	0,000
الدرجة الدنيا (27)	2,20	0,00	0,000			

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة (ت=49.9) عند درجة الحرية (52) ومستوى الدلالة (0.000)، وهذا يدل أن قيمة (t) دالة عند مستوى 0.01، وعليه فإن الاختبار المقياس يتميز بدرجة مقبولة من الصدق التمييزي وقابل للتطبيق.

**الاتساق الداخلي:** بعد التأكد من الصدق التمييزي للمقياس قمنا باختبار الاتساق الداخلي له، من أجل القيام بهذا الاختبار قمنا بحساب معامل الارتباط (*Pearson Correlation*) لبيرون بين درجة الارتباط كل بند من بندو مقياس الكفاءة الذاتية والدرجة الكلية له وذلك لكل بندو المقياس والنتائج المحصل عليها مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (20): تقدير صدق درجات مقياس الكفاءة الذاتية باستخدام طريقة صدق الاتساق الداخلي

رقم البند	Pearson Correlation	Sig	نتيجة
البند 01	0.311**	0.000	دال
البند 02	0.168**	0.003	دال
البند 03	0.515**	0.000	دال
البند 04	0.677**	0.000	دال
البند 05	0.895**	0.000	دال
البند 06	0.742**	0.000	دال

البند 07	0.764**	0.000	دال
البند 08	0.771**	0.000	دال
البند 09	0.400**	0.000	دال
البند 10	0.697**	0.000	دال
**دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين بنود والدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.01$			

من خلال الجدول أعلاه نجد معاملات الارتباط (*Pearson Correlation*) بين كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للإجمالي المقياس قد تراوحت بين (0.168 و 0.895) وهي قيم دالة إحصائياً لأن قيمة (Sig) (مستوى الدلالة) لكل معامل ارتباط هي أقل من بمستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.01$ )، ومنه تعتبر بنود المقياس صادقة ومتسقة، لما وضعت لقياسه وعليه يُمكننا الاعتماد على هذا المقياس وعلى نتائجه في الدراسة الحالية التي تتوافق مع نتائج (زياد، بوقصارة، 2017، ص 15) .

## 2.9. مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة (Sf-36.v2)

1.2.9. الثبات: للتحقق من ثبات مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة لاستخدامه في الدراسة الأساسية تم استخدام طريقتين وهما التجزئة النصفية (*Guttman Split-Half Coefficient*) حساب معامل ألفا كرونباخ (*Cronbach's Alpha*) وكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (21): تقدير ثبات درجات المقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة باستخدام طريقة

### التجزئة النصفية ومعادلة ألفا كرونباخ

الثبات		عدد البنود	المقياس
Alfa	Guttman	36	جودة الحياة المتعلقة بالصحة
0.715	0.646		

من الجدول أعلاه نلاحظ ثبات الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة باستخدام طريقة التجزئة النصفية حيث بلغ بـ (0.646)، في حين قدر معامل ثبات ألفا كرونباخ بـ (0.715)، هذا ما يدل على أن هذا المقياس يتمتع بثبات عالي يُمكننا من الاعتماد عليه في الدراسة الأساسية.

أما الجدول (22) تقدير ثبات درجات ابعاد مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة باستخدام طريقة

### التجزئة النصفية ومعادلة ألفا كرونباخ

الثبات		محاور المقياس	محاو رمقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة
<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Guttman Split-Half Coefficient</i>		
0,842	0,768	الوظائف البدنية	
0.860	0.728	الصحة البدنية	
0.658	0.631	الألم الجسدي	
0.703	0.672	الأداء الاجتماعي	
0.757	0.728	الصحة النفسية	
0.867	0.842	الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية	
0.713	0.756	الطاقة	
0.904	0.834	الصحة المدركة	
<b>0.718</b>	<b>0.790</b>	<b>مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة</b>	

من الجدول أعلاه نلاحظ أن ثبات مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة باستخدام طريقة التجزئة النصفية قد قدر بـ(0.790) في حين قيمة التجزئة النصفية لمحاور المقياس محصور ما بين (0.631 و0.842)، ونجد أن قيمة معامل ألفا كرونباخ ذات قيم محصورة بين (0.658) إلى أعلى قيمة بلغت (0.904) في جميع محاور المقياس وهي أكبر من الحد الأدنى 0.6 وأن القيمة إجمالية لمعامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة بلغت (0.718) هذا ما يدل على أن هذا المقياس يتمتع بثبات عالي يُمكننا من الاعتماد عليه وعلى نتائجه في الدراسة الحالية.

### 3.9. صدق مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

1.3.9 الصدق التمييزي: تم حساب معامل الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة

المتعلقة بالصحة والجدول التالي بين ذلك:

الجدول رقم (23): نتائج اختبار الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ت"	خطأ الانحراف المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	جودة الحياة المتعلقة بالصحة
0,003	52	8,030	3,954	91,59	27	الدرجة العليا (27)
			6,318	80,07	27	الدرجة الدنيا(27)

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة (ت=8,030) عند درجة الحرية(52) ومستوى الدلالة (0.003)، وهذا يدل أن قيمة (t) دالة عند مستوى 0.01، وعليه فإن الاختبار يتميز بدرجة مقبولة من الصدق التمييزي وقابل للتطبيق.

صدق الاتساق الداخلي: هو أحد مقاييس صدق المقياس، حيث يقيس مدى تحقق الأهداف التي يسعى المقياس الوصول إليها، ونهدف من خلاله لقياس ارتباط الدرجة الكلية لكل محور مع الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة الذي ينتمي إليه. وإحصائياً نعبر عن الصدق من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون (*Pearson Correlation*) كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (24): تقدير صدق درجات المقياس باستخدام طريقة صدق الاتساق الداخلي لمحاور

مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة

معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس			بنود المقياس
النتيجة	Sig	Pearson Correlation	
دال	0.000	0.429**	01 الوظائف البدنية
دال	0.000	0.568**	02 الصحة البدنية
دال	0.000	0.764**	03 الألم الجسدي
دال	0.000	0.366**	04 الأداء الاجتماعي
دال	0.000	0.527**	05 الصحة النفسية
دال	0.009	0.150**	06 الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات
دال	0.007	0.156**	07 الطاقة
دال	0.000	0.232**	08 الصحة المدركة
**دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين بنود والدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.01$			

تشير معطيات الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط (*Pearson Correlation*) بين كل المحور من محاور المقياس والدرجة الكلية للإجمالي محاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة، قد تراوحت بين (0.150 و 0.764) وهي قيم دالة إحصائياً لأن قيمة (Sig) (مستوى الدلالة) لكل معامل ارتباط هي أقل من بمستوى دلالة (0.01) ومنه تعتبر محاور المقياس صادقة ومتسقة لما وضعت لقياسه.

وللتحقق من صدق محاور باستخدام طريقة الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل ارتباط بيرسون بين البنود والدرجة الكلية للمقياس وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول الموالي.

الجدول رقم (25): يوضح الاتساق الداخلي لبنود محاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة

رقم البند	<i>Pearson Correlation</i>	<i>Sig</i>	النتيجة	رقم البند	<i>Pearson Correlation</i>	<i>Sig</i>	النتيجة
<b>وظائف البدنية</b>							
بند 3	0.552**	0.000	دال	بند 8	0.572**	0.000	دال
بند 4	0.528**	0.000	دال	بند 9	0.723**	0.000	دال
بند 5	0.747**	0.000	دال	بند 10	0.884**	0.000	دال
بند 6	0.811**	0.000	دال	بند 11	0.752**	0.000	دال
بند 7	0.601**	0.000	دال	بند 12	0.250**	0.000	دال
<b>الصحة النفسية</b>				<b>الطاقة</b>			
بند 24	0.690**	0.000	دال	بند 23	0.300**	0.000	دال
بند 25	0.619**	0.000	دال	بند 27	0.339**	0.000	دال
بند 26	0.200**	0.000	دال	بند 29	0.401**	0.000	دال
بند 28	0.277**	0.000	دال	بند 31	0.379**	0.000	دال
بند 30	0.587**	0.000	دال	//	//	//	//
<b>الألم الجسدي</b>				<b>الأداء الاجتماعي</b>			
بند 21	0.769**	0.000	دال	بند 20	0.713**	0.000	دال
بند 22	0.877**	0.000	دال	بند 32	0.538**	0.000	دال
<b>الصحة البدنية</b>				<b>الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات</b>			
بند 13	0.473**	0.000	دال	بند 17	0.591**	0.000	دال



بند 14	0.700**	0.000	دال	بند 18	0.871**	0.000	دال
بند 15	0.269**	0.000	دال	بند 19	0.488**	0.000	دال
بند 16	0.567**	0.000	دال	//	//	//	//
<b>الصحة المدركة</b>							
بند 1	0.510**	0.000	دال	بند 34	0.517**	0.000	دال
بند 2	0.666**	0.000	دال	بند 35	0.409**	0.000	دال
بند 33	0.189**	0.001	دال	بند 36	0.274**	0.000	دال
<b>**دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين بنود الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة <math>\alpha \leq 0.01</math></b>							

من خلال معاملات الارتباطات الثنائية المبينة في الجدول أعلاه يتبين لنا أن بنود محاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة الأول (الوظائف البدنية، الصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات، الطاقة، الصحة المدركة) تمتاز بالاتساق الداخلي حيث أن العلاقة الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بند في المقياس محاوره دالة إحصائياً، إذ أن قيمة Sig (مستوى دلالة) لقيم الإحصائية لمعاملات الارتباط بيرسون المحسوبة في كل بند من بنود كل محور هي أقل من مستوى دلالة (0.01) فمثلاً المعامل الارتباط للبند رقم (03) مع محورها (الوظائف البدنية) بلغ قيمة (R=0.552) وهو دال إحصائياً حيث قيمة (sig=0.000) أقل من 0.01 وأيضاً بالنسب للمحور (الألم الجسدي) للبند رقم (21) بمعامل الارتباط (R=0.769)، بالإضافة إلى بند رقم (20) من المحور (الأداء الاجتماعي) بمعامل ارتباط (R=0.713) ومستوى معنوية أقل من 0.01، ونفس المقارنة مع باقي البنود المحور (الصحة البدنية) ومحور (الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات) ومحور (الصحة النفسية)؛ محور الطاقة حيث كانت كل من البند رقم (13) البند رقم (17) البند رقم (24) والبند رقم (23) أقل من مستوى الدلالة المفروض، ونفس المقارنة لباقي بنود المحاور، ومنه بنود محاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة صادقة ومتسقة، لما وضعت لقياسه.

### 10. الدراسة الأساسية:

الغرض من الدراسة الأساسية هو حل الإشكالية المطروحة، والتحقق من الفرضيات المصاغة على عينة الدراسة الحالية "المصابين بالسمنة"، وذلك باتباع الخطوات التالية:

- العينة اللازمة للدراسة والحجم المناسب.
- أدوات اللازمة للدراسة

- الخصائص السيكومترية للأدوات الدراسة
- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

وذلك من خلال: جمع البيانات الأولية للمشاركين أي المرضى. توزيع استمارة المعلومات والبيانات الشخصية، توزيع مقياس الكفاءة الذاتية العامة، وتوزيع مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

**حدود الدراسة الأساسية:**

**الحدود الزمكانية:** امتدت الدراسة الأساسية من 2018-2019 بتردد الباحثة على كل من "مستشفى حكيم سعدان بسكرة، ومستشفى بشير بن ناصر العالية بسكرة، وعيادات الخاصة، والوحدة الجوارية للصحة العمومية العالية بسكرة.

**الحدود البشرية:**

تمثلت عينة لدراسة في 307 مفردة تم اختيارها قصديا بناء على التقويم الذاتي للفرد من خلال قياس الطول والوزن، وذلك للتعرف على قوة العلاقة بين متغيرات الدراسة "الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة" لدى المصابين بداء السمنة بتطبيق المقياسين " مقياس الكفاءة الذاتية العامة SEG، وسلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF-36.v2

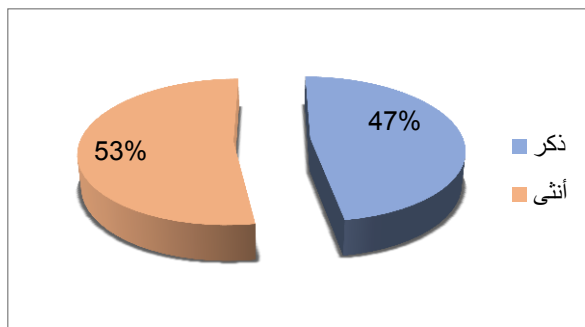
**خصائص العينة:** عرض وتحليل الخصائص البيانات العامة لعينة الدراسة حسب المتغيرات السوسيوديمغرافية.

➤ توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجدول رقم (26): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

النسبة %	التكرار	الجنس
47.7%	144	ذكر
52.3%	158	أنثى
100%	302	المجموع

الشكل رقم (19): التمثيل البياني لتوزيع لعينة الدراسة حسب الجنس



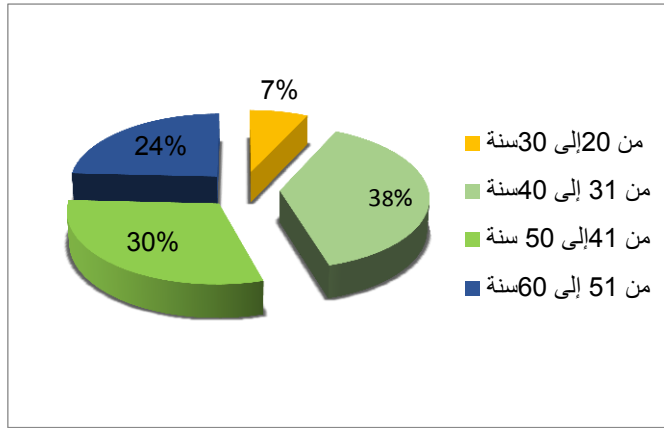
يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه أن توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس كان بأغلبية إناث بعدد 158 ونسبة (52.3%) تليها ذكور بعدد 144 ونسبة (47.7%) من المجموع الإجمالي للنسب.

➤ توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن

الجدول رقم (27): توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن

النسبة %	التكرار	السن
7.3%	22	من 20 إلى 30 سنة
38.1%	115	من 31 إلى 40 سنة
30.1%	91	من 41 إلى 50 سنة
24.5%	74	من 51 إلى 60 سنة
100%	302	المجموع

الشكل رقم (20): التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب السن



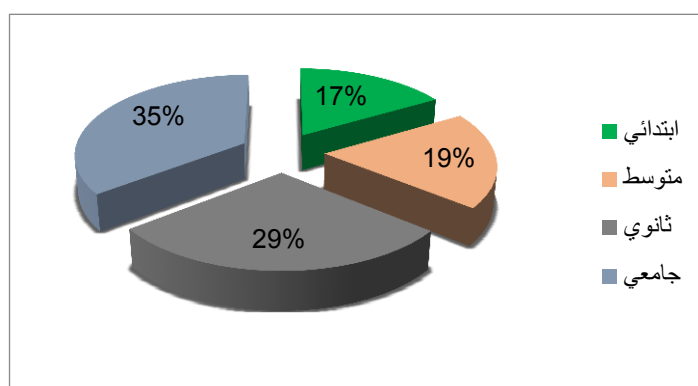
من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات العينة البالغ عددها 302 فرداً، نلاحظ أنها توزعت حسب متغير العمر بلغت فئة الفئة التي تنتمي من [31-40 سنة] بعدد 115 فرداً ونسبة (38.1%) في حين الفئة التي تنتمي من [41-50 سنة] بعدد 91 ونسبة 30.1% أما من [51-60 سنة] بعدد 74 فرداً ونسبة 24.5% في حين الفئة العمرية من [20-30 سنة] بعدد 22 ونسبة 7.3% من المجموع الإجمالي للنسب. كما هو موضح في الشكل أعلاه.

## ➤ توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

الجدول رقم (28): توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
16,6%	50	ابتدائي
19,2%	58	متوسط
28,8%	87	ثانوي
35,4%	107	جامعي
100%	302	المجموع

الشكل رقم (21): التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي



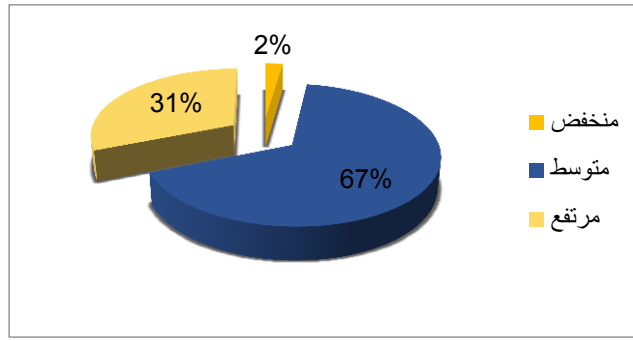
يتبين لنا من خلال أن أغلبية العينة محل الدراسة ذو مستوى جامعي بعدد 107 ونسبة 35,4%. تليها مستوى ثانوي بعدد 87 ونسبة 28,8% في حين كل من مستوى الابتدائي والمتوسط بنسب متقاربة على التوالي: (16,6%)، (19,2) والشكل يوضح ذلك.

## ➤ توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي

الجدول رقم (29): توزيع عينة الدراسة حسب المستوى الاقتصادي

النسبة %	التكرار	المستوى الاقتصادي
2,3%	7	منخفض
66,6%	201	متوسط
31,1%	94	مرتفع
100%	302	المجموع

الشكل رقم (22): التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب المستوى الاقتصادي



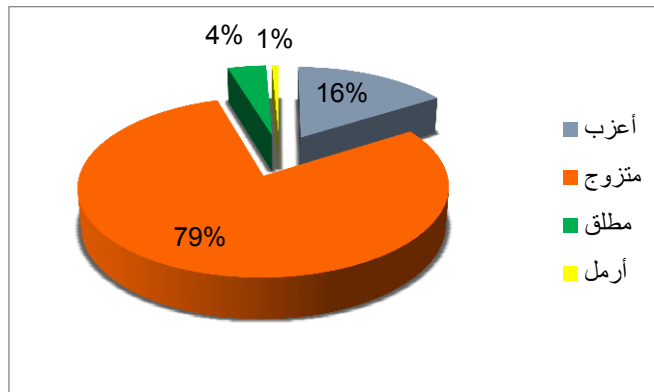
نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المستوى الاقتصادي لعينة الدراسة متوسط حسب إجابات عينة الدراسة بعدد 201 ونسبة 66.6%، تليها مرتفع بعدد 94 ونسبة 31.1%، أما منخفض بنسبة قدرت بـ (2.3%) من المجموع الإجمالي للنسب، كما هو مبين في الشكل.

➤ توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

الجدول رقم (30): توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة %	التكرار	الحالة الاجتماعية
15,9%	48	أعزب
79,1%	239	متزوج
4,3%	13	مطلق
0,7%	2	أرمل
100%	302	المجموع

الشكل رقم (23): التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية



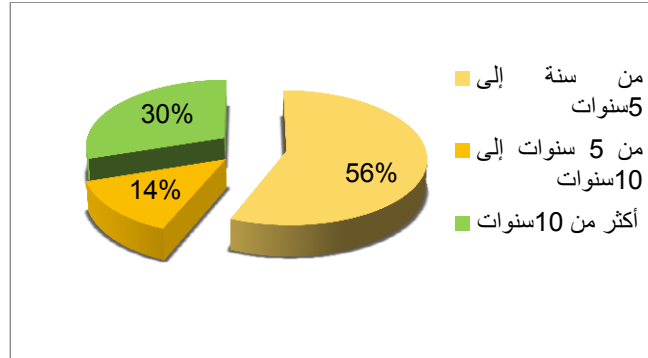
من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات العينة البالغ عددها 302 فرداً، نلاحظ أنها توزعت حسب الحالة الاجتماعية حيث وضحت البيانات والمعلومات الإحصائية وجود 239 من فئة المتزوجين حيث قدرت نسبتها بـ 79.1% أما الفئة الثانية فئة العزاب بعدد 48 ونسبة 15.9%، في حين كل من مطلق وأرمل بنسب منخفضة على التوالي 4.3% و 0.7% والشكل أعلاه يوضح ذلك.

➤ توزيع عينة الدراسة حسب متغير مدة المرض

الجدول رقم (31): توزيع عينة الدراسة حسب مدة المرض

النسبة %	التكرار	مدة المرض
56,3%	170	من سنة إلى 5 سنوات
13,6%	41	من 5 سنوات إلى 10 سنوات
30,1%	91	أكثر من 10 سنوات
100%	302	المجموع

الشكل رقم (24): التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب مدة المرض



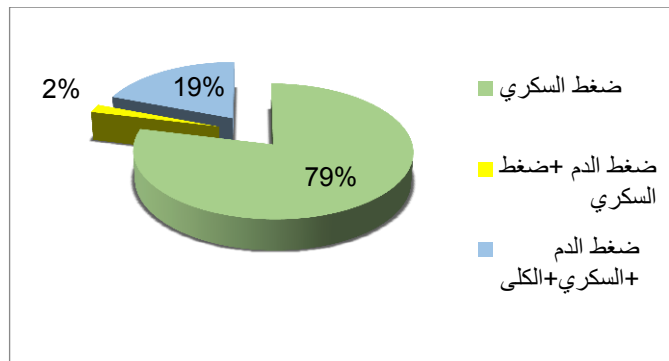
يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه أن أغلبية عينة الدراسة كانت مدة مرضهم تتراوح من [سنة- 5 سنوات] بعدد 170 ونسبة (56.3%) تليها الذين لديهم أكثر 10 سنوات مرض بعدد 91 ونسبة 30% أما الذين مدة مرضهم كانت ما بين [5 سنوات- 10 سنوات] بعدد 41 ونسبة 13.6% كما هو مبين في الشكل أعلاه.

➤ توزيع عينة الدراسة حسب متغير الأمراض

الجدول رقم (32): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الأمراض

النسبة %	التكرار	مدة العلاج
78,1	236	ضغط السكري
2,6	8	ضغط الدم + ضغط السكري
19,2	58	ضغط الدم + السكري + الكلى
%100	302	المجموع

الشكل رقم(25): التمثيل البياني لتوزيع عينة الدراسة حسب متغير الأمراض



تشير بيانات المبينة في الجدول أعلاه أن أغلبية عينة الدراسة مرضى بضغط السكري بعدد 236 ونسبة 78%، تليها المرضى بالضغط الدم وضغط السكري ومرض الكلى بعدد 58 ونسبة 19.2%، في حين 8 أفراد من عينة الدراسة مرضى بضغط الدم وضغط السكري بنسبة قدرت بـ (2.6%) من المجموع الاجمالي للنسب والشكل يوضح ذلك.

### 11. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

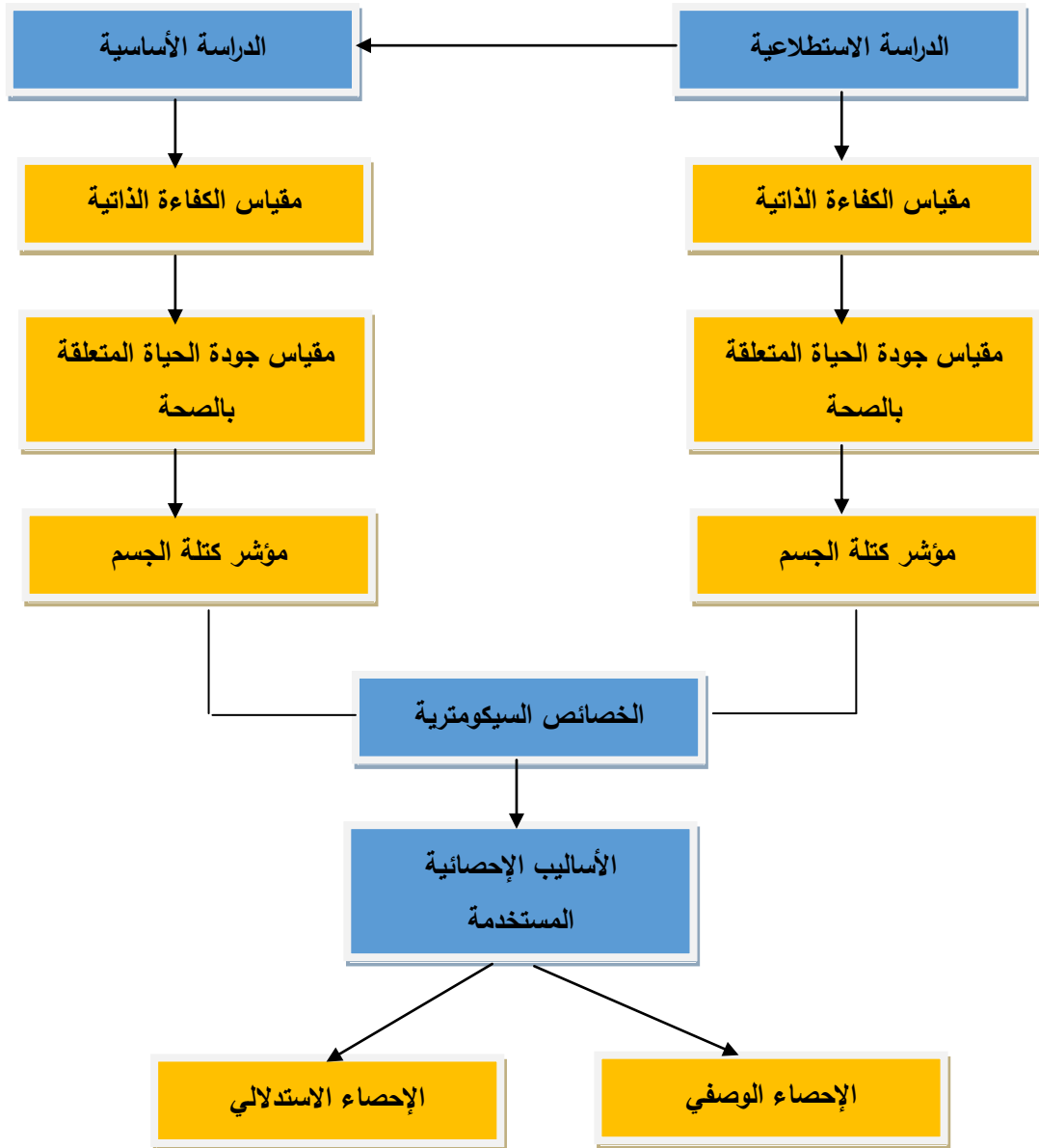
لتحقيق أهداف البحث وتحليل البيانات التي تم تجميعها اعتمدنا على برنامج الإعلام الآلي المسمى بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **SPSS (Statistica IPackage for the Social Sciences)** حيث استخدمنا إصدار الخامس والعشرون من خلال مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة للدراسة والتي يمكن أن نبرز أهمها من خلال الآتي:

- التكرارات والنسب المئوية
- المتوسط الحسابي (Mean) والانحراف المعياري (Std. Deviation).
- معامل (Guttman) وألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) (α) .
- معامل الارتباط لبيرسون (Pearson Correlation Coefficient).

- 
- صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي).
  - اختبار "ت" لعينتين مستقلتين (Independent-Samples T-test).
  - اختبار تحليل التباين (One-way ANOVA).
  - الانحدار اللوجستي الرتبي (Ordinal logistic regression).
  - الانحدار المتعدد اللوجستي (Multinomial Logistic Regression).
  - النموذج الخطي العام المتعدد (GLM) (Multiple general linear model).
  - الانحدار متعدد المستويات (Multi-level regression).



هيكل يوضح أدوات الدراسة





**الفصل السادس: تحليل ومناقشة النتائج**



عرض النتائج ومناقشتها: حسب ترتيب الفرضيات المصاغة للدراسة الحالية يتم عرض النتائج ومناقشتها كما يلي:

### 1. نتائج اختبار الفرضية الأولى

نص الفرضية: نتوقع ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالسمنة.

للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة حول مستوى

توقع ارتفاع الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالبدانة تم استخدام (*Independent-Samples T-test*) وذلك لأن عامل متغير يحتوي على فئتين هما: الدرجة العليا والدرجة الدنيا، بالإضافة إلى تحديد مستوى توقع الارتفاع الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالبدانة وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (33): نتائج اختبار الفرضية الأولى

المتغير المستقل	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	28.33	5.10	49,9	0,000

نستنتج من الجدول أعلاه ان المتوسط الحسابي لاستجابات الافراد بلغت (28.33) بانحراف معياري بقيمة (5.10)، وعليه نتوقع ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالسمنة، استنادا إلى أن قيمة الاختبار (ت=49.9) وقيمة مستوى الدلالة بلغت (Sig=0.00) أقل من مستوى الدلالة المفروض (0.01).

### 2. نتائج اختبار الفرضية الثانية

نص الفرضية: توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة، لاختبار صحة الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient)

الجدول رقم (34): نتائج اختبار الفرضية الثانية

النتيجة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
دال	0.000	0.479**	أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة
دال	0.001	0.195**	
غير دال	0.538	-0.036	
غير دال	0.998	0.000	
دال	0.000	0.214**	
دال	0.008	0.152**	
دال	0.000	0.359**	
غير دال	0.479	-0.041	
دال	0.004	0.164**	
**دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين بنود والدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.01$			

يتبين لنا من خلال مصفوفة الارتباط بين أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة والكفاءة الذاتية أنّ معامل الارتباط بيرسون للكفاءة الذاتية قد بلغ (0.164) عند مستوى دلالة (Sig=0.004) منه هناك علاقة ارتباطيه موجبة بين أبعاد جودة الحياة كل من الوظائف البدنية بمعامل ارتباط (0.479) ومستوى دلالة (Sig=0.000)؛ الصحة البدنية (R=0.195) ومستوى دلالة (Sig=0.001)؛ وأيضاً كل من بعد الصحة النفسية وبعد الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات وبعد الطاقة كانت بمعاملات ارتباطيه على التوالي: (0.214)؛ (0.152)؛ (0.359) بمستوى دلالة أقل من مستوى الدالة المفروض (0.01)، في حين لا توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وكل من الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، والصحة المدركة حيث بلغت معاملات الارتباط لهم على التوالي: (-0.036)؛ (0.000)؛ (-0.041) بمستوى دلالة أكبر من مستوى الدلالة المفروض (0.01)

انه توجد علاقة دالة إحصائياً ذات معنوية بين المتغيرات المدروسة وعليه تحققت الفرضية "توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة وذلك كل من بعد (الوظائف البدنية/ الصحة البدنية / الصحة النفسية/ الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات / الطاقة).

### 3. نتائج اختبار الفرضية الثالثة

نص الفرضية: توجد فروق تعزى لكل من متغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس والسن والمستوى التعليمي والاقتصادي، الحالة الاجتماعية، مدة المرض) في كل من درجة الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة.

تتجزأ هذه الفرضية إلى الفرضيات الجزئية التالية:

#### أولاً: الكفاءة الذاتية ومتغير الجنس

نص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة.

للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة طبقاً لاختلاف متغير الجنس، تم استخدام (*Independent-Samples T-test*) وذلك لأن عامل متغير الجنس يحتوي على فئتين هما: ذكر، أنثى، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (35): نتائج اختبار فرق المتوسطي في مستوى الكفاءة الذاتية حسب متغير الجنس

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الكفاءة الذاتية	
0,530	0,51	0,51	2,81	ذكر	الجنس
		0,50	2,84	أنثى	

نستنتج من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى الكفاءة الذاتية باختلاف متغير الجنس، وذلك استناداً إلى أن قيمة الاختبار ( $t=-0.511$ ) وقيمة مستوى الدلالة بلغت ( $Sig=0.530$ ) أقل من مستوى الدلالة (0.01). وهذه النتيجة تبرز أن عينة الدراسة لا تختلف آرائهم باختلاف الجنس (ذكر، أنثى) أي أنهم يحملون نفس التصورات والاتجاهات في مستوى الكفاءة الذاتية.

#### ثانياً: الكفاءة الذاتية ومتغير السن

نص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن في مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة.

للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة اتجاه مستوى الكفاءة الذاتية حسب متغير الفئات العمرية تم استخدام اختبار (*One-way ANOVA*) لتوضيح دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة وذلك لمتغير السن الذي يحتوي على أربع فئات، وهي: (من 20 إلى

30 سنة/ من 31 إلى 40 سنة/ من 41 إلى 50 سنة/ من 51 إلى 60 سنة) بعد اختبارها وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (36): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في مستوى الكفاءة الذاتية تبعا لمتغير السن

التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة	قرار الاختبار
بين المجموعات	15,094	3	5,031	23,620	0,000	قبول (H <sub>1</sub> )
داخل المجموعات	63,475	298	0,213			
المجموع	78,569	301	//			

من الجدول أعلاه يتبين لنا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.01$ ) في اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى الكفاءة الذاتية باختلاف متغير السن، وذلك استنادا إلى أن قيمة الاختبار ( $F=23.620$ ) عند مستوى الدلالة بلغت ( $Sig=0.000$ ) أقل من مستوى دلالة (0.01).

وهذه النتيجة تبرز أن عينة الدراسة تختلف آرائهم باختلاف متغير السن أي أنهم لا يحملون نفس التصورات والاتجاهات في مستوى الكفاءة الذاتية.

ثالثا: الكفاءة الذاتية و متغير المستوى التعليمي

نص الفرضية توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى التعليمي في مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة.

للتعرف على ما إذا كانت فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة حول في وجهة عينة الدراسة اتجاه مستوى الكفاءة الذاتية حسب متغير المستوى التعليمي تم استخدام اختبار (One-way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة وذلك لمتغير المستوى التعليمي الذي يحتوي على أربع فئات، وهي: (ابتدائي/ متوسط / ثانوي/ جامعي) بعد اختبارها وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (37): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في مستوى الكفاءة الذاتية طبقاً

لمتغير المستوى التعليمي

قرار الاختبار	مستوى الدلالة	قيمة (F)	متوسط مجموع المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	التباين
قبول (H <sub>1</sub> )	0,000	48,888	8,638	3	25,914	بين المجموعات
			0,177	298	52,654	داخل المجموعات
			//	301	78,569	المجموع

تشير معطيات الجدول أعلاه أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى الكفاءة الذاتية باختلاف متغير المستوى التعليمي، وذلك استناداً إلى أن قيمة الاختبار (F=48.888) عند مستوى الدلالة بلغت (Sig=0.000) أقل من مستوى الدلالة (0.01).

وهذه النتيجة تبرز أن عينة الدراسة تختلف آرائهم باختلاف متغير المستوى التعليمي أي أنهم لا يحملون نفس التصورات والاتجاهات في مستوى الكفاءة الذاتية.

رابعاً: الكفاءة الذاتية ومتغير المستوى الاقتصادي

نص الفرضية توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي في مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة.

للتعرف على ما إذا كانت فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة حول في وجهة عينة الدراسة اتجاه مستوى الكفاءة الذاتية حسب متغير المستوى الاقتصادي تم استخدام اختبار (One-way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة وذلك لمتغير المستوى الاقتصادي الذي يحتوي على ثلاث فئات، وهي: (منخفض / متوسط / مرتفع) بعد اختبارها وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (38): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في مستوى الكفاءة الذاتية طبقاً

### لمتغير المستوى الاقتصادي

التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة	قرار الاختبار
بين المجموعات	0,973	2	0,487	1,875	0,155	قبول (H <sub>0</sub> )
داخل المجموعات	77,596	299	0,260			
المجموع	78,569	301	//			

نستنتج من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) حول اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى الكفاءة الذاتية باختلاف متغير المستوى الاقتصادي، وذلك استناداً إلى أن قيمة الاختبار (F=1.875) وقيمة مستوى الدلالة بلغت (Sig=0.155) أكبر من مستوى المعنوية المفروض (0.01).

وهذه النتيجة تبرز أن عينة الدراسة لا تختلف آرائهم باختلاف المستوى الاقتصادي أي أنهم يحملون نفس التصورات والاتجاهات في مستوى الكفاءة الذاتية.

### خامساً: الكفاءة الذاتية و متغير الحالة الاجتماعية

**نص الفرضية:** توجد فروق تعزى لكل من متغير الحالة الاجتماعية في كل من درجة الكفاءة الذاتية وأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

للتعرف على ما إذا كانت فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة حول في وجهة عينة الدراسة اتجاه مستوى الكفاءة الذاتية حسب متغير الحالة الاجتماعية تم استخدام اختبار (One-way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة وذلك لمتغير الحالة الاجتماعية الذي يحتوي على أربع فئات وهي: (أعزب/ متزوج/ مطلق/ أرمل) بعد اختبارها وجاءت النتائج كما يلي:



الجدول رقم (39): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في مستوى الكفاءة الذاتية طبقاً

لمتغير الحالة الاجتماعية

التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة	قرار الاختبار
بين المجموعات	2,327	3	0,776	3,032	0,030	(H <sub>0</sub> )
داخل المجموعات	76,242	298	0,256			
المجموع	78,569	301	//			

من الجدول أعلاه يتبين لنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) في اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى الكفاءة الذاتية باختلاف الحالة الاجتماعية، وذلك استناداً إلى أن قيمة الاختبار (F=3.032) عند مستوى الدلالة بلغت (Sig=0.030) أكبر من مستوى الدلالة (0.01). وهذه النتيجة تبرز أن عينة الدراسة لا تختلف آرائهم باختلاف متغير الحالة الاجتماعية أي أنهم يحملون نفس التصورات والاتجاهات في مستوى الكفاءة الذاتية.

سادساً: الكفاءة الذاتية ومتغير مدة المرض

للتعرف على ما إذا كانت فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة حول في وجهة عينة الدراسة اتجاه مستوى الكفاءة الذاتية حسب متغير مدة المرض تم استخدام اختبار (One-way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة وذلك لمتغير مدة المرض الذي يحتوي على ثلاث فئات، وهي: (من سنة إلى 5 سنوات/ من 5 سنوات إلى 10 سنوات/ أكثر من 10 سنوات) بعد اختبارها وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (40): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في مستوى الكفاءة الذاتية تبعا

مدة المرض

التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة	قرار الاختبار
بين المجموعات	3,901	2	1,951	7,812	0,000	(H <sub>1</sub> )
داخل المجموعات	74,667	299	0,250			
المجموع	78,569	301	//			

من خلال نتائج اختبار الفرضية نلاحظ أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى الكفاءة الذاتية باختلاف مدة المرض، وذلك استناداً إلى أن قيمة الاختبار ( $F=7.812$ ) عند مستوى الدلالة بلغت ( $Sig=0.000$ ) أقل من مستوى الدلالة (0.01). وهذه النتيجة تبرز أن عينة الدراسة تختلف آرائهم باختلاف متغير مدة المرض أي أنهم لا يحملون نفس التصورات والاتجاهات في مستوى الكفاءة الذاتية.

#### 4. نتائج اختبار الفرضية الرابعة

**نص الفرضية:** توجد فروق تعزى لكل من متغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس والسن والمستوى التعليمي والاقتصادي والحالة الاجتماعية ومدة المرض) في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

أولاً: أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومتغير الجنس

**نص الفرضية:** توجد فروق تعزى لمتغير الجنس اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

الجدول رقم (41): نتائج اختبار فرق المتوسطي في مستوى أبعاد جودة الحياة حسب متغير

الجنس

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أبعاد جودة الحياة	
0,87	-0,42	0,52	1,92	ذكر	الوظائف البدنية
		0,53	1,94	أنثى	
0,50	-0,99	0,25	1,44	ذكر	الصحة البدنية
		0,25	1,47	أنثى	
0,04	0,78	1,05	3,52	ذكر	الألم الجسدي
		1,14	3,42	أنثى	
0,46	-1,00	0,75	3,26	ذكر	الأداء الاجتماعي
		0,70	3,34	أنثى	
0,92	0,92	0,38	3,08	ذكر	الصحة النفسية

		0,39	3,03	أنثى	الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات
		0,28	1,28	ذكر	
0,56	1,21	0,27	1,24	أنثى	الطاقة
		0,38	2,83	ذكر	
0,12	1,28	0,34	2,78	أنثى	الصحة المدركة
		0,418	2,88	ذكر	
0,71	0,63	0,416	2,85	انثى	

يتبين لنا من خلال نتائج الميمنة في الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) حول اتجاهات عينة الدراسة لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة باختلاف متغير الجنس، وذلك استنادا إلى أن قيمة التباين "ت" لكل محور من محاور المقياس التي بلغت أكبر من مستوى الدلالة المفروض (0.01)؛ حيث بلغت قيمة التباين لمحور الوظائف البدنية (-0.42)؛ ومحور الصحة البدنية (-0.99)، في حين قدرت قيمة التباين لمحور الألم الجسدي بـ(0.78)، وكل من الأداء الاجتماعي والصحة النفسية قدرت على التوالي (-1.00)؛ (0.92)، وأخيرا كل من الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية (1.21) ومحور الطاقة (1.28)؛ ومحور الصحة المدركة (0.63) بمستوى دلالة أكبر من المستوى المفروض (0.01) ومنه كل محاورالمقياس غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01). وهذه النتيجة تبرز أن عينة الدراسة لا تختلف آرائهم باختلاف الجنس (ذكر، أنثى) أي أنهم يحملون نفس التصورات والاتجاهات في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

ثانيا: أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومتغير السن

نص الفرضية: توجد فروق تعزى لمتغير السن اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة

الدراسة.

الجدول رقم (42): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات لأبعاد جودة الحياة حسب متغير السن

أبعاد جودة الحياة	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة	قرار الاختبار
الوظائف البدنية	بين المجموعات	6,87	3	2,29	8,81	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	77,52	298	0,26			
الصحة البدنية	بين المجموعات	2,76	3	0,92	16,06	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	17,08	298	0,05			
الألم الجسدي	بين المجموعات	73,40	3	24,46	24,79	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	294,10	298	0,98			
الأداء الاجتماعي	بين المجموعات	12,57	3	4,19	8,54	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	146,28	298	0,49			
الصحة النفسية	بين المجموعات	7,31	3	2,43	18,98	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	38,24	298	0,12			
الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات	بين المجموعات	6,22	3	2,07	34,34	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	18,01	298	0,06			
الطاقة	بين المجموعات	1,90	3	0,63	4,987	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	37,93	298	0,12			
الصحة المدركة	بين المجموعات	3,749	3	1,25	7,663	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	48,59	298	0,163			
<b>**دال: مستوى الدلالة أقل 0.01</b>							

نستنتج من الجدول أعلاه أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) حول اتجاهات أفراد الدراسة لمستوى أبعاد الجودة باختلاف متغير السن وذلك استناداً إلى أن قيمة الاختبار لكل محور من محاور المقياس، حيث نجد حيث بلغت قيمة التباين "F" محور الوظائف البدنية (F=8.81)؛ ومحور الصحة البدنية (F=16.06)؛ وقد قدرت قيمة التباين لمحور الألم الجسدي بـ (F=24.79)؛ في

حين كل من الأداء الاجتماعي والصحة النفسية قدرت على التوالي (  $F=8.54$  )؛ (  $F=18.98$  )؛ أما الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية (  $F=34.34$  )؛ ومحور الطاقة (  $F=4.98$  )؛ ومحور الصحة المدركة (  $F=7.66$  )؛ فهي دالة إحصائياً ومنه كل محاور المقياس دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01). وهذه النتيجة تبرز أن عينة الدراسة تختلف آرائهم باختلاف الفئات العمرية أي أنهم لا يحملون نفس التصورات والاتجاهات في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

ثالثاً: أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومتغير المستوى التعليمي

نص الفرضية: توجد فروق تعزى لمتغير المستوى التعليمي اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

الجدول رقم (43): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات لأبعاد جودة الحياة المتعلقة

بالصحة حسب متغير المستوى التعليمي

أبعاد جودة الحياة	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة	قرار الاختبار
الوظائف البدنية	بين المجموعات	17,21	3	5,73	25,44	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	67,18	298	0,22			
الصحة البدنية	بين المجموعات	0,21	3	0,07	1,08	غير دال	(H <sub>0</sub> )
	داخل المجموعات	19,63	298	0,06			
الألم الجسدي	بين المجموعات	59,40	3	19,80	19,15	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	308,10	298	1,034			
الأداء الاجتماعي	بين المجموعات	36,15	3	12,05	29,27	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	122,70	298	0,412			
الصحة النفسية	بين المجموعات	10,85	3	3,620	31,08	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	34,69	298	0,116			
الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات	بين المجموعات	13,51	3	4,505	125,18	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	10,72	298	0,036			
الطاقة	بين المجموعات	5,59	3	1,86	16,23	دال	(H <sub>1</sub> )

			0,11	298	34,23	داخل المجموعات	الصحة المدركة
(H <sub>1</sub> )	دال	27,08	3,738	3	11,213	بين المجموعات	
			0,138	298	41,127	داخل المجموعات	
**دال: مستوى الدلالة أقل 0.01							

نلاحظ من خلال نتائج اختبار الفرضية أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى أبعاد الجودة تعزى لمتغير المستوى التعليمي وذلك استنادا إلى أن قيمة الاختبار (F) لكل محور من محاور المقياس، حيث نجد حيث بلغت قيمة التباين "F" محور الوظائف البدنية (F=25.44)؛ وقدرت قيمة التباين لمحور الألم الجسدي بـ (F=19.15)؛ وكذلك كل من الأداء الاجتماعي والصحة النفسية قدرت على التوالي (F=29.27)؛ (F=31.08)؛ أما الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية (F=125.18)؛ وأخيرا كل من محور الطاقة (F=16.23)؛ ومحور الصحة المدركة (F=27.08)؛ وهي محاور دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01)؛ في حين محور الصحة البدنية (F=1.08) غير دال إحصائيا؛ ومنه كل محاور المقياس دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) معدا محور الصحة البدنية.

وهذه النتيجة تبرز أن عينة الدراسة تختلف آرائهم باختلاف المستوى التعليمي اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة كل من بعد الوظائف البدنية؛ الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي؛ الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات؛ الصحة النفسية؛ الطاقة الصحة المدركة أي أنهم لا يحملون نفس التصورات والاتجاهات في اتجاه أبعاد جودة الحياة إلا بعد الصحة البدنية الذي لا تختلف آرائهم باختلاف المستوى التعليمي.

#### رابعا: أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومتغير المستوى الاقتصادي

**نص الفرضية:** توجد فروق تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

الجدول رقم (44): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات لأبعاد جودة الحياة المتعلقة

بالصحة حسب متغير المستوى الاقتصادي

أبعاد جودة الحياة	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة	قرار الاختبار
الوظائف البدنية	بين المجموعات	0,30	2	0,15	0,54	غير دال	(H <sub>0</sub> )
	داخل المجموعات	84,09	299	0,28			
الصحة البدنية	بين المجموعات	2,68	2	1,34	23,36	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	17,16	299	0,05			
الألم الجسدي	بين المجموعات	7,77	2	3,88	3,23	غير دال	(H <sub>0</sub> )
	داخل المجموعات	359,73	299	1,20			
الأداء الاجتماعي	بين المجموعات	9,61	2	4,80	9,63	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	149,24	299	0,49			
الصحة النفسية	بين المجموعات	0,70	2	0,35	2,33	غير دال	(H <sub>0</sub> )
	داخل المجموعات	44,85	299	0,15			
الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات	بين المجموعات	1,57	2	0,78	10,40	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	22,66	299	0,07			
الطاقة	بين المجموعات	0,91	2	0,45	3,51	غير دال	(H <sub>0</sub> )
	داخل المجموعات	38,91	299	0,13			
الصحة المدركة	بين المجموعات	2,82	2	1,41	8,53	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	49,51	299	0,166			

\*\*دال: مستوى الدلالة أقل 0.01

نستنتج من الجدول أعلاه أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.01$ ) في اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى أبعاد الجودة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لبعض محاور المقياس كل من محور الصحة البدنية ( $F=23.36$ )؛ ومحور الأداء الاجتماعي ( $F=9.63$ )؛ بالإضافة لمحور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات ( $F=10.40$ ) ومحور الصحة المدركة ( $F=8.53$ ) وذلك استنادا إلى أن قيمة الاختبار (F) التي ظهرت دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، حين محور الوظائف

الرياضية ( $F=0.54$ ) ومحور الألم الجسدي ( $F=3.23$ )، وكل من محور الصحة النفسية ومحور الطاقة ( $F=2.33$ )؛ ( $F=3.51$ ) أظهرت النتائج أنه غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $0.01$ ).

خامساً: أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومتغير الحالة الاجتماعية

نص الفرضية: توجد فروق تعزى متغير الحالة الاجتماعية في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة

لدى عينة الدراسة.

الجدول رقم (45): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات لأبعاد جودة الحياة المتعلقة

بالصحة حسب متغير الحالة الاجتماعية

أبعاد جودة الحياة	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة	قرار الاختبار
الوظائف البدنية	بين المجموعات	5,26	3	1,75	6,60	دال	$(H_1)$
	داخل المجموعات	79,13	298	0,26			
الصحة البدنية	بين المجموعات	0,54	3	0,18	2,79	غير دال	$(H_0)$
	داخل المجموعات	19,30	298	0,06			
الألم الجسدي	بين المجموعات	1,20	3	0,40	0,32	غير دال	$(H_0)$
	داخل المجموعات	366,30	298	1,22			
الأداء الاجتماعي	بين المجموعات	36,95	3	12,31	30,11	دال	$(H_1)$
	داخل المجموعات	121,90	298	0,40			
الصحة النفسية	بين المجموعات	2,81	3	0,93	6,55	دال	$(H_1)$
	داخل المجموعات	42,73	298	0,14			
الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات	بين المجموعات	0,71	3	0,23	2,99	غير دال	$(H_0)$
	داخل المجموعات	23,52	298	0,07			
الطاقة	بين المجموعات	2,77	3	0,92	7,42	دال	$(H_0)$
	داخل المجموعات	37,06	298	0,12			
الصحة المدركة	بين المجموعات	2,05	3	0,68	4,06	دال	$(H_1)$
	داخل المجموعات	50,28	298	0,16			

\*\*دال: مستوى الدلالة أقل 0.01



نلاحظ من خلال نتائج اختبار الفرضية أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى أبعاد الجودة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لبعض محاور المقياس وذلك استنادا إلى أن قيمة الاختبار (F) لكل محور من محاور المقياس، حيث نجد حيث بلغت قيمة التباين "F" محور الوظائف البدنية (F=6.60)؛ أما قدرت قيمة التباين لمحور الأداء الاجتماعي بـ (F=30.11)؛ بالإضافة لمحور الصحة النفسية (F=6.55)، وكل من محور الطاقة (F=7.42)؛ والصحة المدركة (F=4.06) وأخيرا كل من محور الصحة البدنية (F=2.79)؛ ومحور الألم الجسدي (F=0.32) ومحور الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية (F=2.99)؛ هي محاور غير دال إحصائيا لأن مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة (0.01).

### سادسا: أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومتغير مدة المرض

نص الفرضية: توجد فروق تعزى لمتغير مدة المرض في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

الجدول رقم (46): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات لأبعاد جودة الحياة المتعلقة

بالصحة حسب متغير مدة المرض

أبعاد جودة الحياة	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة	قرار الاختبار
الوظائف البدنية	بين المجموعات	18,71	2	9,35	42,58	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	65,69	299	0,22			
الصحة البدنية	بين المجموعات	0,20	2	0,10	1,56	غير دال	(H <sub>0</sub> )
	داخل المجموعات	19,64	299	0,06			
الألم الجسدي	بين المجموعات	1,20	3	0,40	0,32	غير دال	(H <sub>0</sub> )
	داخل المجموعات	366,30	298	1,22			
الأداء الاجتماعي	بين المجموعات	3,74	2	1,87	3,60	غير دال	(H <sub>0</sub> )
	داخل المجموعات	155,12	299	0,51			
الصحة النفسية	بين المجموعات	9,73	2	4,86	40,63	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	35,82	299	0,12			
الحدود التي تسببها الاضطرابات	بين المجموعات	3,84	2	1,92	28,22	دال	(H <sub>1</sub> )
	داخل المجموعات	20,38	299	0,06			

والانفعالات							
(H <sub>1</sub> )	دال	7,72	0,97	2	1,95	بين المجموعات	الطاقة
			0,12	299	37,87	داخل المجموعات	
(H <sub>0</sub> )	غير دال	3,29	0,56	2	1,12	بين المجموعات	الصحة
			0,17	299	51,21	داخل المجموعات	المدركة
**دال: مستوى الدلالة أقل 0.01							

تشير معطيات الجدول أعلاه أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.01$ ) في اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى أبعاد الجودة تعزى لمتغير مدة المرض لبعض محاور المقياس وذلك استنادا إلى أن قيمة الاختبار (F) لكل محور من محاور المقياس، حيث نجد حيث بلغت قيمة التباين " F " محور الوظائف البدنية ( $F=42.58$ )؛ وقدرت قيمة التباين لمحور الصحة النفسية بـ ( $F=40.6$ )؛ بالإضافة لمحور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات ( $F=28.22$ )، وكل من محور الطاقة ( $F=7.72$ )؛ في حين كل من محور الصحة البدنية ( $F=1.56$ )؛ ومحور الألم الجسدي ( $F=0.32$ ) ومحور الأداء الاجتماعي ( $F=3.60$ )؛ ومحور الصحة المدركة ( $F=3.29$ )؛ هي محاور غير دال إحصائيا لأن مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة (0.01).

### 5. نتائج اختبار الفرضية الخامسة:

**نص الفرضية:** يوجد تأثير للكفاءة الذاتية على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة.

للتعرف على ما إذا كانت هناك تأثير لمؤشر كتلة الجسم على مقياس الكفاءة الذاتية حسب إجابات عينة الدراسة تم استخدام اختبار (**Ordinal logistic regression**) حيث يتميز هذا النوع بتفسير أثر المنبئة (المستقلة) بالاختلاف مستويات قياسها على الاستجابات الرتيبة بمعنى أن يكون المتغير التابع متغيرا تربيا بعد اختبارها وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (47): نتائج اختبار الفرضية الخامسة

النموذج	القيمة الاحتمالية لغ-2	ك <sup>2</sup>	د.ح	الدلالة	ر <sup>2</sup>	ر <sup>2</sup> Nagelkerke
الثابت 1	222,544	//	//	//	0.382	0.251
النتيجة	214,318	8,227	4	0,003		

يشير اختبار النموذج أعلاه أن مؤشر كتلة الجسم تفسر بدرجة ثقة عالية جدا التباين في متغير الكفاءة الذاتية لأن قيمة الاحتمال المصاحب (Sig= 0.003)، أقل من (0.01) حيث بلغت قيمة ( $R^2=0.38.2$ ) أي ما يفسر مؤشر كتلة الجسم بمقدار 38.2% من التغيرات التي تحدث في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

6. نتائج اختبار الفرضية السادسة

نص الفرضية: يوجد تأثير لمؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة. لاختبار الفرضية نقوم بصياغتها إحصائيا كما يلي:

لاختبار هذه الفرضية سنعمد على نتائج اختبار الانحدار المتعدد اللوجستي ( *Multinomial* )

( *Logistic Regression* ) ونتائج كما يلي:

جودة توفيق النموذج

لقياس جودة توفيق النموذج فإنه في حالة النموذج الانحدار اللوجستي متعدد الاستجابة يتم استخدام اختبار الإمكان الذي يتبع "كا<sup>2</sup>" كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول رقم (48): توفيق النموذج

النموذج	النموذج	اختبارات نسبة الاحتمالية		
	لغ-2	ك <sup>2</sup>	د.ح	الدلالة
الثابت 1	260,555	//	//	//
النتيجة	227,126	33,428	32	0.002

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن الاختبار معنوية العلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة وبعتماد على التحليل الإحصائي القيمة النهائية الصيغة (ك<sup>2</sup>) حيث يتضح إن قيمة الاحتمالية والقيمة الإحصائية الخاصة بقيمة (33.428 = ك<sup>2</sup>) في النموذج والتي كانت (0.002) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.01) هذا يعني رفض فرضية العدم القائلة بعدم وجود فروق معنوية بين النموذج بدلالة الحد الثابت (بدون المتغيرات المستقلة).

الجدول رقم (49): جودة توفيق النموذج

	ك <sup>2</sup>	د. ح	الدالة	معامل التقدير R <sup>2</sup> -Cox and Snell	معامل التقدير R <sup>2</sup> -Nagelkerke
بيرسون	184,438	84	0.145	0,105	0,112
التباين	97,675	84	0,146		

يمثل الجدول أعلاه نتائج اختبار معاملي الجودة توفيق النموذج إذ يعتمد على حساب الاحصاءة ك<sup>2</sup> بين قيم المشاهدة وقيم المتوقعة إذ يعتبر توزيع **Chi-Square** لكشف عن انحرافات نموذج الانحدار المتعدد اللوجيستيك كما نلاحظ من الجدول إن قيمة الاحتمالية الخاصة بقيمة ( **Chi-Square** =184,438) والتي تساوي (0.145) وهي أكبر من مستوى المعنوية (0.01) إذ نقبل الفرضية الصفرية H<sub>0</sub> ونرفض الفرضية البديلة H<sub>1</sub> وهذا ما يؤكد على جودة توفيق النموذج.

اختبار معنوية كل متغير مستقل على المستقل التابع بشكل منفصل وتم الاعتماد على معنوية كل متغير من خلال الاعتماد على معيار نسبة الإمكان المعتمد على احصاءة (Chi-Square).

الجدول رقم (50): نتائج اختبار إمكانية التقدير

الفئات	التأثير	النموذج	اختبارات نسبة الاحتمالية		
		-2 لغ	ك <sup>2</sup>	د. ح	الدالة
مؤشر كتلة الجسم	الثابت	235,041	7,914	4	0,005
من 24.9-18.5	الوظائف البدنية	230,343	3,216	4	0,002
	الصحة البدنية	231,291	4,165	4	0,000
من 29.9-25	الألم الجسدي	228,403	1,276	4	0,000
	الأداء الاجتماعي	227,922	0,795	4	0,009

من 30-34.9	محور الصحة النفسية	227,949	0,822	4	0,000
	الاضطرابات الانفعالية	229,419	2,293	4	0,002
39.9-35	الطاقة	234,187	7,061	4	0,000
أكبر من 40 كلغ	الصحة المدركة	231,347	4,220	4	0,007

يتضح من خلال الجدول أعلاه يتضح إن القيمة الاحتمالية (**Chi-Square**) هي معنوية لأنها اقل من مستوى المعنوية (0.01) الجميع متغيرات الدراسة، ما يثبت أهمية في النموذج لدراسة الفرضية.

الجدول رقم (51): نتائج اختبار اللوجستي المتعدد لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومؤشر

كتلة الجسم

التقدير المعلمي									
مؤشر الكتلة <sup>a</sup>	B	الخطأ الأول	وولد	د. ح	الدلالة	أسية (B)	معامل الثقة 95% (B)		
							الأدنى	الأقصى	
من 25 إلى زيادة 29.9 في الوزن	الثابت	2,124	5,892	0,130	1	0,019			
	الوظائف البدنية	1,532	1,171	1,713	1	0,001	4,630	0,467 45,935	
	الصحة البدنية	-1,894	2,126	0,794	1	0,003	0,150	0,002 9,711	
	الألم الجسدي	-0,211	0,389	0,295	1	0,007	0,810	0,378 1,734	
	الأداء الاجتماعي	0,176	0,651	0,073	1	0,087	0,180	0,333 4,275	
	محور الصحة النفسية	-0,076	1,615	0,002	1	0,002	0,927	0,039 21,941	
	الاضطرابات الانفعالية	-0,893	2,048	0,190	1	0,000	0,410	0,007 22,666	
	الطاقة	1,721	,992	3,009	1	0,000	5,589	0,800 39,056	
	الصحة المدركة	-1,717	1,089	2,486	1	0,005	1,192	0,021 1,518	
من 30 إلى 34.9 سمنة خفيفة "درجة" 1	الثابت	-1,453	5,282	0,076	1	0,000			
	الوظائف البدنية	0,382	1,031	0,138	1	0,000	1,466	0,194 11,048	
	الصحة البدنية	0,499	1,927	0,067	1	0,006	1,647	0,038 71,938	
	الألم الجسدي	-0,108	,342	0,099	1	0,003	0,898	0,460 1,755	
	الأداء الاجتماعي	0,150	,569	0,070	1	00,00	1,162	0,381 3,546	
	محور_ الصحة النفسية	0,498	1,458	0,117	1	0,000	1,645	0,094 28,685	

	الاضطرابات الانفعالية	0,999	1,859	0,289	1	0,000	2,715	0,071	103,698
	الطاقة	0,517	,914	0,320	1	0,000	1,677	0,280	10,051
	الصحة المدركة	0,993	,950	1,094	1	0,005	0,370	0,058	2,382
من 35 إلى 39.9 سمنة متوسطة "درجة 2"	الثابت	1,509	4,918	0,094	1	0,000			
	الوظائف البدنية	0,698	,984	0,503	1	0,008	2,010	0,292	13,832
	الصحة البدنية	0,132	1,859	0,005	1	0,003	1,141	0,030	43,596
	الألم الجسدي	0,091	,319	0,082	1	0,004	0,913	0,488	1,706
	الأداء الاجتماعي	0,358	0,541	0,438	1	0,008	1,430	0,496	4,129
	محور الصحة النفسية	0,137	1,395	0,010	1	0,002	0,872	0,057	13,424
	الاضطرابات الانفعالية	0,620	1,779	0,122	1	0,000	1,859	0,057	60,756
	الطاقة	0,788	0,850	0,861	1	0,000	2,200	0,416	11,638
	الصحة المدركة	0,423	0,887	0,228	1	0,000	0,655	0,115	3,724
سمنة مفرطة درجة 3	الثابت	4,494	4,858	0,856	1	0,005			
	الوظائف البدنية	,434	0,981	0,195	1	0,009	1,543	0,225	10,555
	الصحة البدنية	0,705	1,860	0,144	1	0,005	0,494	0,013	18,931
	الألم الجسدي	0,235	0,317	0,548	1	0,009	0,791	0,425	1,472
	الأداء الاجتماعي	0,217	0,541	0,162	1	0,008	1,243	0,431	3,588
	محور الصحة النفسية	0,088	1,399	0,004	1	0,000	0,916	0,059	14,219
	الاضطرابات الانفعالية	0,139	1,774	0,006	1	0,000	1,150	0,036	37,210
	الطاقة	0,146	0,847	0,030	1	0,003	1,157	0,220	6,090
	الصحة المدركة	0,785	0,901	0,760	1	0,000	0,456	0,078	2,664
القيمة المرجعية من 18.5 إلى 24.9 وزن طبيعي.									

يظهر في الجدول أعلاه المتغيرات التوضيحية مؤشرات كتلة الجسم (من 25 إلى 29.9 زيادة في الوزن؛ من 30 إلى 34.9 سمنة خفيفة" درجة 1 ؛ من 35 إلى 39.9 سمنة متوسطة" درجة 1؛ سمنة مفرطة درجة 3 ) وتأثيرها المعنوي في المتغير التابع أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ويتبين لنا الآتي:

أولاً: مؤشر كتلة الجسم المقدر من 25 إلى 29.9 "زيادة في الوزن".

أظهرت النتائج القيمة الاحتمالية للإحصاءة (Wald) للمحور الوظائف البدنية (Sig=0.001) وهي أقل من مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.01$ )، وهذا يشير إلى أن مقدار الزيادة في الوزن من 25 إلى 29.9 كلغ له تأثير معنوي على محور الوظائف البدنية، أما القيمة الاحتمالية للإحصاءة (Wald) للمحور الصحة البدنية بلغت (Sig=0.003) وهي أقل من مستوى الدلالة أن أي زيادة في الوزن مقدار الزيادة في الوزن من 25 إلى 29.9 كلغ له تأثير على محور الصحة البدنية؛ بالإضافة إلى كل من محور الألم الجسدي ومحور الصحة النفسية.

أظهرت النتائج كذلك أن مؤشر كتلة الجسم المقدر من 25 إلى 29.9 كلغ له تأثير عليهم، ذلك استناداً للقيمة الاحتمالية للإحصاءة (Wald) للمحاور أقل من مستوى الدلالة المفروض ( $\alpha \leq 0.01$ )، حيث قدرت على التوالي (Sig=0.007)؛ (Sig=0.002)، ونفس مقارنة بالنسبة لباقي المحاور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات (Sig=0.000)؛ ومحور الطاقة (Sig=0.000) والصحة المدركة (Sig=0.005)، حيث تبين أن مؤشر كتلة الجسم المقدر من 25 إلى 29 كلغ لا يؤثر على محور الأداء الاجتماعي إذ بلغت قيمة الاحتمالية للإحصاءة (Wald) للمحور (Sig=0.087) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة المفروض ( $\alpha \leq 0.01$ )، منه يؤثر مؤشر كتلة الجسم المقدر من 25 إلى 29.9 كلغ على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالحياة الصحية ماعدا محور الأداء الاجتماعية لا يؤثر عليه.

ويظهر أيضا في الجدول أن قيم ( $\beta$  exp)، التي تمثل النسبة الأرجحة (Add Ratio) وهي تشير إلى مقدرا التغير الحاصل في نسبة أرجحية وقوع الحدث أي زيادة بمقدار من 25 إلى 29.9 يؤثر على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة عند حدوث أي تغير في قيمة المتغير المستقل المرتبط بالمعلمة ( $\beta$ )، حيث تزداد قيمة الأرجحية (من 25 إلى 29.9 زيادة في الوزن) إذا كانت قيمة ( $\beta$  exp) أكبر من واحد، بينما تنخفض هذه النسبة مع كل زيادة في قيمة المتغير المستقل عندما تكون قيمة ( $\beta$  exp) أقل من الواحد.

بالنسبة لمحور الوظائف البدنية:

$$\text{Exp}(\beta) = \exp(4.630) = e^{4.630} = 12.58$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 25 إلى 29.9 زيادة في الوزن) إذا أي إذا زادت قيمة بمقدار (12.58) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الوظائف البدنية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور للصحة البدنية:

$$\text{Exp}(\beta) = \exp(0.150) = e^{0.150} = 0.40$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 25 إلى 29.9 زيادة في الوزن) إذا أي إذا زادت قيمة بمقدار (0.40) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة البدنية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الألم الجسدي:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.810)=e^{0.810}=2.20$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 25 إلى 29.9 زيادة في الوزن) إذا أي إذا زادت قيمة بمقدار (2.20) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الألم الجسدي لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الأداء الاجتماعي:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.180)=e^{0.180}=0.48$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 25 إلى 29.9 زيادة في الوزن) إذا أي إذا زادت قيمة بمقدار (0.48) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الأداء الاجتماعي لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الصحة النفسية:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.927)=e^{0.927}=2.51$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 25 إلى 29.9 زيادة في الوزن) إذا أي إذا زادت قيمة بمقدار (2.51) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة النفسية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.410)=e^{0.410}=1.11$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 25 إلى 29.9 زيادة في الوزن) إذا أي إذا زادت قيمة بمقدار (1.11) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الطاقة:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (5.589)=e^{5.589}=15.19$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 25 إلى 29.9 زيادة في الوزن) إذا أي إذا زادت قيمة بمقدار (15.19) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الطاقة لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الصحة المدركة:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (1.192)=e^{1.192}=3.24$$



وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 25 إلى 29.9 زيادة في الوزن) إذا أي إذا زادت قيمة بمقدار (3.24) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة المدركة لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

ثانياً: مؤشر كتلة الجسم المقدر من 30 إلى 34.9 سمناً خفيفة" درجة 1

تشير النتائج المبينة في الجدول أعلاه القيمة الاحتمالية للإحصاء (Wald) للمحور الوظائف البدنية (Sig=0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ )، وهذا يشير إلى أن مقدار الزيادة في الوزن من 30 إلى 34.9 كلغ له تأثير معنوي على محور الوظائف البدنية، أما القيمة الاحتمالية للإحصاء (Wald) للمحور الصحة البدنية بلغت (Sig=0.006) وهي أقل من مستوى المعنوي أن أي زيادة في الوزن مقدار الزيادة من 30 إلى 34.9 كلغ له تأثير على محور الصحة البدنية؛ بالإضافة إلى كل من محور الألم الجسدي والأداء الاجتماعي ومحور الصحة النفسية، أظهرت النتائج كذلك أن مقدر مؤشر كتلة الجسم من 30 إلى 34.9 كلغ له تأثير عليهم، ذلك استناداً للقيمة الاحتمالية للإحصاء (Wald) للمحاور الثلاث أقل من مستوى الدلالة المفروض حيث قدرت بـ (Sig=0.000)؛ (ونفس مقارنة بالنسبة لباقي المحاور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات (Sig=0.000)، الطاقة (Sig=0.000) والصحة المدركة (Sig=0.005)، ومنه مؤشر كتلة الجسم المقدر من 30 إلى 34.9 كلغ يؤثر على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

ويظهر أيضاً في الجدول أن قيم ( $\exp \beta$ )، التي تمثل النسبة الأرجحة (Add Ratio) وهي تشير إلى مقدراً التغير الحاصل في نسبة أرجحية وقوع الحدث أي زيادة بمقدار من 30 إلى 34.9 يؤثر على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة عند حدوث أي تغير في قيمة المتغير المستقل المرتبط بالمعلمة ( $\beta$ )، حيث تزداد قيمة الأرجحية (من 30 إلى 34.9 سمناً خفيفة) إذا كانت قيمة ( $\exp \beta$ ) أكبر من واحد، بينما تنخفض هذه النسبة مع كل زيادة في قيمة المتغير المستقل عندما تكون قيمة ( $\exp \beta$ ) أقل من الواحد.

بالنسبة لمحور الوظائف البدنية:

$$\text{Exp}(\beta) = \exp(1.466) = e^{1.466} = 3.98$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 30 إلى 34.9 سمناً خفيفة) أي إذا زادت قيمة بمقدار (3.98) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الوظائف البدنية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور للصحة البدنية:

$$\text{Exp}(\beta) = \exp(1.647) = e^{1.647} = 4.47$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 30 إلى 34.9 سمنا خفيفة) أي إذا زادت قيمة بمقدار (4.47) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة البدنية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الألم الجسدي:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.898)=e^{0.898}=2.44$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 30 إلى 34.9 سمنا خفيفة) أي إذا زادت قيمة بمقدار (2.44) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الألم الجسدي لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الأداء الاجتماعي:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (1.162)=e^{1.162}=3.15$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 30 إلى 34.9 سمنا خفيفة) أي إذا زادت قيمة بمقدار (3.15) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الأداء الاجتماعي لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الصحة النفسية:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (1.645)=e^{1.645}=4.57$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 30 إلى 34.9 سمنا خفيفة) أي إذا زادت قيمة بمقدار (4.57) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة النفسية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (2.715)=e^{2.715}=7.38$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 30 إلى 34.9 سمنا خفيفة) أي إذا زادت قيمة بمقدار (7.38) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الطاقة:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (1.677)=e^{1.677}=4.55$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 30 إلى 34.9 سمنا خفيفة) أي إذا زادت قيمة بمقدار (4.55) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الطاقة لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الصحة المدركة:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.370)=e^{0.370}=1.00$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 30 إلى 34.9 سمعة خفيفة) أي إذا زادت قيمة بمقدار (1.00) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة المدركة لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

ثالثا: مؤشر كتلة الجسم المقدر من 35 إلى 39.9 سمعة متوسطة "درجة 2"

تشير نتائج الجدول تأثير مؤشر كتلة الجسم المقدر من (35 كغ إلى 39.9 كغ بدرجة سمعة متوسطة "درجة 1") وذلك استنادًا لقيمة الاحتمالية للإحصاءة (Wald) لمحاورة الدراسة بالنسبة لمحور الوظائف البدنية (Sig=0.008) وهي أقل من مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ )، وهذا يشير إلى أن مقدار الزيادة في الوزن من 35 إلى 39.9 كغ له تأثير معنوي على محور الوظائف البدنية، أما القيمة الاحتمالية للإحصاءة (Wald) للمحور الصحة البدنية بلغت (Sig=0.003) وهي أقل من مستوى المعنوي أن أي زيادة في الوزن مقدار الزيادة من 35 إلى 39.9 كغ له تأثير على محور الصحة البدنية؛ كما تبين أن أي زيادة في الوزن بدرجة سمعة متوسطة لها تأثير على محور الألم الجسدي حيث قدرت قيمة الاحتمالية (Sig=0.004)، في حين كل من محور الأداء الاجتماعي والصحة النفسية، أظهرت النتائج كذلك أن مقدر مؤشر كتلة الجسم من 35 إلى 39.9 كغ له تأثير عليهم، ذلك استنادًا للقيمة الاحتمالية للإحصاءة (Wald) للمحورين أقل من مستوى الدلالة المفروض حيث قدرت على التوالي (Sig=0.008)؛ (Sig=0.002)؛ ونفس مقارنة بالنسبة لباقي المحاور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات الطاقة والصحة المدركة حيث تبين أن مؤشر كتلة الجسم المقدر من 35 إلى 39.9 كغ يؤثر على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

ويظهر أيضا في الجدول أن قيم ( $\beta$  exp)، التي تمثل النسبة الأرجحة (Add Ratio) وهي تشير إلى مقدرا التغير الحاصل في نسبة أرجحية وقوع الحدث أي زيادة بمقدار من 35 إلى 39.9 يؤثر على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة عند حدوث أي تغير في قيمة المتغير المستقل المرتبط بالمعلمة ( $\beta$ )، حيث تزداد قيمة الأرجحية (من 35 إلى 39.9 سمعة متوسطة درجة 1) إذا كانت قيمة ( $\beta$  exp) أكبر من واحد، بينما تتخفف هذه النسبة مع كل زيادة في قيمة المتغير المستقل عندما تكون قيمة ( $\beta$  exp) أقل من الواحد.

بالنسبة لمحور الوظائف البدنية:

$$\text{Exp}(\beta) = \exp(2.010) = e^{2.010} = 5.46$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 35 إلى 39.9 سمعة متوسطة درجة 1) أي إذا زادت قيمة بمقدار (5.46) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الوظائف البدنية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور للصحة البدنية:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (1.140)= e^{1.140}=3.09$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 35 إلى 39.9 سمعة متوسطة درجة 1) أي إذا زادت قيمة بمقدار (3.09) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة البدنية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الألم الجسدي:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.913)= e^{0.913}=2.48$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 35 إلى 39.9 سمعة متوسطة درجة 1) أي إذا زادت قيمة بمقدار (2.48) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الألم الجسدي لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الأداء الاجتماعي:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (1.430)= e^{1.430}=3.88$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 35 إلى 39.9 سمعة متوسطة درجة 1) أي إذا زادت قيمة بمقدار (3.88) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الأداء الاجتماعي لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الصحة النفسية:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.872)= e^{0.872}=2.37$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 35 إلى 39.9 سمعة متوسطة درجة 1) أي إذا زادت قيمة بمقدار (2.37) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة النفسية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (1.859)= e^{1.859}=5.05$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 35 إلى 39.9 سمعة متوسطة درجة 1) أي إذا زادت قيمة بمقدار (5.05) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الطاقة:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (2.200)= e^{2.200}=5.98$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 35 إلى 39.9 سمعة متوسطة درجة 1) أي إذا زادت قيمة بمقدار (5.98) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الطاقة لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الصحة المدركة:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.655)= e^{0.655}=1.78$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (من 35 إلى 39.9 سمنا متوسطة درجة 1) أي إذا زادت قيمة بمقدار (1.78) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة المدركة لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

رابعا: مؤشر كتلة الجسم الأكبر من 40 كلغ سمنا مفرطة درجة 3

أظهرت النتائج القيمة الاحتمالية للإحصاء (Wald) للمحور الوظائف البدنية (Sig=0.009) وهي أقل من مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ )، وهذا يشير إلى أن مقدار الزيادة في الوزن أكثر من 40 كلغ له تأثير معنوي على محور الوظائف البدنية، أما القيمة الاحتمالية للإحصاء (Wald) للمحور الصحة البدنية بلغت (Sig=0.005) وهي أقل من مستوى المعنوي أن أي زيادة في الوزن مقدار أكبر من 40 كلغ له تأثير على محور الصحة البدنية؛ بالإضافة إلى كل من محور الألم الجسدي والأداء الاجتماعي ومحور الصحة النفسية، ويظهر أيضا في الجدول أن قيم ( $\exp \beta$ )، التي تمثل النسبة الأرجحة (Add Ratio) وهي تشير إلى مقدرا التغير الحاصل في نسبة أرجحية وقوع الحدث أي زيادة بمقدار "أكثر من 40 كلغ" يؤثر على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة عند حدوث أي تغير في قيمة المتغير المستقل المرتبط بالمعلمة ( $\beta$ )، حيث تزداد قيمة الأرجحية (الأكبر من 40 كلغ سمنا مفرطة درجة 3) إذا كانت قيمة ( $\exp \beta$ ) أكبر من واحد، بينما تنخفض هذه النسبة مع كل زيادة في قيمة المتغير المستقل عندما تكون قيمة ( $\exp \beta$ ) أقل من الواحد.

ويظهر أيضا في الجدول أن قيم ( $\exp \beta$ )، التي تمثل النسبة الأرجحة (Add Ratio) وهي تشير إلى مقدرا التغير الحاصل في نسبة أرجحية وقوع الحدث أي زيادة بمقدار "أكثر من 40 كلغ" يؤثر على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة عند حدوث أي تغير في قيمة المتغير المستقل المرتبط بالمعلمة ( $\beta$ )، حيث تزداد قيمة الأرجحية (الأكبر من 40 كلغ سمنا مفرطة درجة 3) إذا كانت قيمة ( $\exp \beta$ ) أكبر من واحد، بينما تنخفض هذه النسبة مع كل زيادة في قيمة المتغير المستقل عندما تكون قيمة ( $\exp \beta$ ) أقل من الواحد.

بالنسبة لمحور الوظائف البدنية:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (1.543)= e^{1.543}=4.19$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (الأكبر من 40 كلغ سمنا مفرطة درجة 3) أي إذا زادت قيمة بمقدار (4.19) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الوظائف البدنية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور للصحة البدنية:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.494)=e^{0.494}=1.34$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (الأكبر من 40 كلغ سمنة مفرطة درجة"3 ) أي إذا زادت قيمة بمقدار (1.34) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة البدنية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الألم الجسدي:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.791)=e^{0.791}=2.15$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (الأكبر من 40 كلغ سمنة مفرطة درجة"3 ) أي إذا زادت قيمة بمقدار (2.15) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الألم الجسدي لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الأداء الاجتماعي:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (1.243)=e^{1.243}=3.37$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (الأكبر من 40 كلغ سمنة مفرطة درجة"3 ) أي إذا زادت قيمة بمقدار (3.37) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الأداء الاجتماعي لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الصحة النفسية:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.916)=e^{0.916}=2.48$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (الأكبر من 40 كلغ سمنة مفرطة درجة"3 ) أي إذا زادت قيمة بمقدار (2.48) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة النفسية لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (1.150)=e^{1.150}=3.12$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (الأكبر من 40 كلغ سمنة مفرطة درجة"3 ) أي إذا زادت قيمة بمقدار (3.12) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الطاقة:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (1.157)=e^{1.157}=3.14$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (الأكبر من 40 كلغ سمنة مفرطة درجة"3 ) أي إذا زادت قيمة بمقدار (3.14) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الطاقة لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

بالنسبة لمحور الصحة المدركة:

$$\text{Exp}(\beta)=\exp (0.456)= e^{0.456}=1.23$$

وهذا يعني أن الأرجحية تكون (الأكبر من 40 كلغ سمعة مفرطة درجة 3) أي إذا زادت قيمة بمقدار (1.23) عن القيمة الأرجحية ستؤثر على الصحة المدركة لأفراد عينة الدراسة بسبب زيادة في الوزن.

## 7. نتائج اختبار الفرضية السابعة

نص الفرضية: يوجد أثر لتفاعل كل من الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

لاختبار هذه الفرضية نعلم نتائج اختبار النموذج الخطي العام المتعدد ( *Multiple general*

*linear model*)

الجدول رقم (52): نتائج اختبار النموذج الخطي العام المتعدد

مستوى الدلالة (sig)	قيمة (F)	درجة الحرية	مجموع المربعات	الكفاءة/ مؤشر كتلة الجسم	أبعاد جودة الحياة الصحية
,0070	7,25	1	,500	الكفاءة الذاتية	الوظائف البدنية
0.002	,214	1	,270	مؤشر الكتلة	
,0030	9,05	1	,620	الكفاءة الذاتية	الصحة البدنية
000,0	,0115	1	14,0	مؤشر الكتلة	
,0000	30,38	1	2,10	الكفاءة الذاتية	الألم الجسدي
400,0	,3616	1	,462	مؤشر الكتلة	
,0000	21,70	1	1,50	الكفاءة الذاتية	الأداء الاجتماعي
,9630	,0020	1	,001	مؤشر الكتلة	
,0000	85,56	1	5,92	الكفاءة الذاتية	الصحة النفسية
000,0	,1725	1	,222	مؤشر الكتلة	
,0000	447,30	1	30,94	الكفاءة الذاتية	الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات
0.000	,0156	1	15,8	مؤشر الكتلة	
,0010	11,56	1	,801	الكفاءة الذاتية	الطاقة
800,0	2,00	1	2,50	مؤشر الكتلة	
000,0	4,28	1	,294	الكفاءة الذاتية	الصحة المدركة
,5690	,320	1	,402	مؤشر الكتلة	

تبين نتائج إجراء تحليل الانحدار المتعدد (GLM) لدراسة أثر تفاعل كل من مؤشر كتلة الجسم والكفاءة الذاتية على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة، تبين أنه يوجد تأثير لكل من محور الوظائف البدنية بتباين الكفاءة الذاتية المقدر بـ ( $F=7.25$ )؛ ومؤشر كتلة الجسم ( $F=4.21$ )، بالإضافة لمحور الصحة البدنية حيث تبين أن كل من الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم دل إحصائياً بتباين على التوالي ( $F=9.05$ )؛ ( $F=15.01$ ) في حين الألم الجسدي تباين الكفاءة الذاتية ( $F=30.38$ )؛ مؤشر كتلة الجسم ( $F=16.36$ )، أما الأداء الاجتماعي تبين أن مؤشر كتلة الجسم لا يؤثر على الأداء الاجتماعي إذا أن قيمة التباين ( $F=0.002$ ) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $0.01$ )؛ أما الكفاءة الذاتية دال إحصائياً بتباين ( $F=21.70$ )؛ ونجد أيضاً كل من محور الصحة النفسية ومحور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات ومحور الطاقة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة أقل من ( $0.01$ )، حيث جاءت على التوالي: ( $F=85.56$ )؛ ( $F=447.30$ )؛ ( $F=11.56$ ) للكفاءة الذاتية و( $F=25.17$ )؛ ( $F=56.01$ )؛ ( $F=2.00$ ) لمؤشر كتلة الجسم، في حين المحور الأخير الصحة المدركة تبين يوجد تأثير للكفاءة الذاتية ( $F=4.28$ )، أما مؤشر كتلة الجسم غير دال إحصائياً بتباين قدر بـ ( $F=0.32$ ) ، عند مستوى دلالة أكبر من المستوى المفروض ( $0.01$ )

### 8. نتائج اختبار الفرضية الثامنة

نص الفرضية: يوجد أثر تفاعل بين الأمراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة

لاختبار هذه الفرضية سنعمد على نتائج اختبار الانحدار متعدد المستويات ( *Multi-level* )

(*regression*)



الجدول رقم (53): تقدير تفاعل المعلمات (الأمراض/مؤشر كتلة الجسم)

المعلمية	التقدير	الخطأ الأول	Wald Z	الدلالة	معامل الثقة 95%		
					الأدنى	الأقصى	
البواقي	1,231103	0,101935	12,077	0,000	1,046683	1,448016	
الثابت الأمراض	التباين	1,049899	0,072024	0,693	0,000	0,002948	0,844706

تشير هذه النتائج إلى أنه حتى بعد إدراج متبئى المستوى 1 (الأمراض المزمنة)، ومتبئى المستوى 2 (مؤشر كتلة الجسم)، هناك تفاعل عبر المستويات، حيث تبين أنه هناك تباين بين مستويين استنادا لقيمة مستوى الدلالة أقل ( $\alpha \leq 0.01$ )

الجدول رقم (54): نتائج تقدير التأثيرات على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة

تقدير التأثير الثابت							
المعلمية	التقدير	الخطأ الأول	د. ح	ت	الدلالة	معامل الثقة 95%	
						الأدنى	الأقصى
الثابت	4,924104	1,093299	274,088	4,504	0,000	2,771774	7,076435
الوظائف البدنية	5,104463	0,209738	291,947	0,498	0,009	0,217254	0,308327
الصحة البدنية	2,125354	0,363799	292,092	0,015	0,008	0,710645	0,721353
الألم الجسدي	1,041527	0,070557	291,770	0,589	0,000	0,180392	0,297338
الأداء الاجتماعي	4,015370	0,116633	291,961	0,132	0,000	0,214179	0,244919
الصحة النفسية	3,119214	0,284127	291,803	0,420	0,005	0,278412	0,439983
الاضطرابات	2,059421	0,350100	291,954	0,170	0,001	0,629619	0,748461
الطاقة	1,282621	0,187010	292,010	1,511	0,002	0,650680	0,885438
الصحة المدركة	4,084983	,195902	292,477	0,434	0,000	0,300573	0,470539

من خلال نتائج الجدول أعلاه يتبين لنا أنه هناك تأثير للأمراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم يؤثر على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة، حيث بلغت قيمة التقدير ( $\text{Estimate}=5.10$ ) وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ( $\text{Sig}=0.009$ ) بالنسبة للمحور الوظائف البدنية، بالإضافة لمحور الصحة البدنية بقيمة تقدير ( $\text{Estimate}=2.12$ ) وهي دالة إحصائيا عند مستوى المعنوية أقل من ( $\alpha \leq 0.01$ )، ونجد أيضا أن كل من محور الألم الجسدي والأداء الاجتماعي والصحة النفسية دال إحصائيا عند مستوى الدلالة أقل من ( $\alpha \leq 0.01$ ) بقيمة تقدير قدرت على التوالي: ( $\text{Estimate}=1.04$ )؛ ( $\text{Estimate}=4.01$ )؛

(Estimate=3.11)، كما نجد محور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات بقيمة تقدير (Estimate=2.05)، دال إحصائياً بقيمة استناداً لقيمة (Sig=0.001) أقل من مستوى الدلالة المفروض، وأخيراً كل من محور الطاقة والصحة المدركة بقيمة تقدير على التوالي (Estimate=1.28)؛ (Estimate=4.08) وبمستوى دلالة أقل ومنه هناك أثر لتفاعل كل من الأمراض المزمنة ومؤشر الكتلة على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

### 9. نتائج اختبار الفرضية التاسعة

نص الفرضية: نتوقع وجود أثر لمدة المرض وللأمراض المصاحبة على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

#### أولاً: الفرضية الجزئية الأولى

لاختبار الفرضية ولمعرفة أثر مدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة (الوظائف البدنية، الصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات، الطاقة، الصحة المدركة) لدى عينة الدراسة استخدمنا تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) لكن قبل ذلك لابد من التأكد من ملائمة البيانات تحليل الانحدار المتعدد وأنه لا وجود لمشكلة التعدد الخطي بين الأبعاد الفرعية (الوظائف البدنية، الصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات، الطاقة، الصحة المدركة)، وذلك من خلال إجراء اختبار معامل تضخم التباين (Inflation factor Variance - VIF) واختبار التباين المسموح (Tolérance) لكل من بعد من أبعاد المتغير التابع، للتأكد من عدم وجود ارتباط عال بين أبعاد المتغير التابع؛ والقاعدة تقول هنا أنه إذا كان معامل تضخم التباين (VIF) يتجاوز (10) وكانت قيمة اختبار التباين المسموح أقل من (0.05) فإنه يوجد مشكل ارتباط المتغيرات مع بعضها البعض ويؤثر ذلك على حدوث مشكلة في تحليل الانحدار المتعدد، والجدول الموالي يوضح نتائج الاختبارات.

الجدول رقم (55): نتائج اختبارات معاملات تضخم والتباين المسموح به لأبعاد جودة الحياة

المتعلقة بالصحة

العلاقة الخطية بين المتغيرات		الأبعاد المتغير التابع
التباين المسموح	معامل التضخم	
0,332	3,014	الوظائف البدنية
0,470	2,128	الصحة البدنية
0,673	1,486	الألم الجسدي
0,571	1,753	الأداء الاجتماعي
0,335	2,987	الصحة النفسية
0,415	2,411	الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات
0,885	1,130	الطاقة
0,616	1,624	الصحة المدركة

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيم معامل تضخم التباين (VIF) جميع أبعاد المتغير جودة الحياة المتعلقة بالصحة من خلال (الوظائف البدنية، الصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات، الطاقة، الصحة المدركة) تقل عن (10) حيث قدرت بـ (3,014) ؛ (2,128) ؛ (1,486) ؛ (1,753) ؛ (2,987) ؛ (2,411) ؛ (1,130) ؛ (1,624) على التوالي أما قيم التباين المسموح جاءت أكبر من (0.05) حيث قدرت بـ (0,332) ؛ (0,470) ؛ (0,673) ؛ (0,571) ؛ (0,335) ؛ (0,415) ؛ (0,885) ؛ (0,616) على التوالي وبناء عليه نستنتج عدم وجود ارتباط بين أبعاد المتغير التابع "جودة الحياة المتعلقة بالصحة" ولهذا يمكن استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد لمعرفة مدى وجود أثر لمدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة والنتائج موضحة في الجدول التالي:

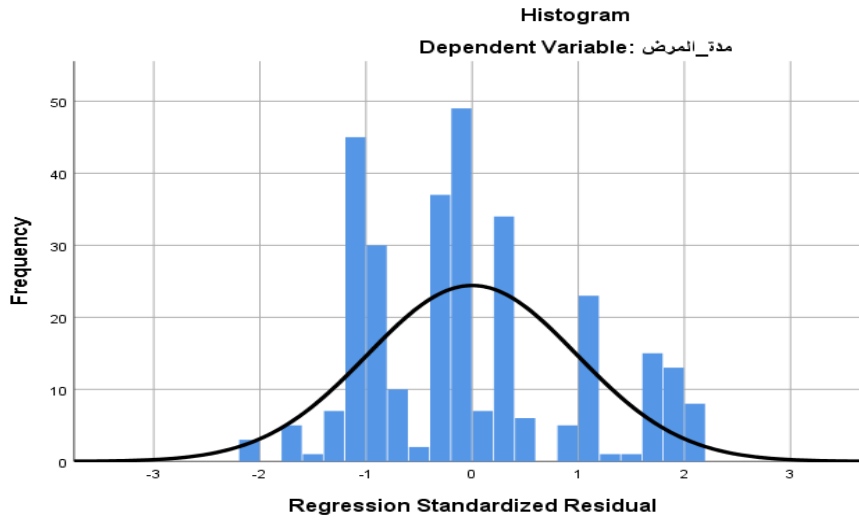
الجدول رقم (56): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار فرضية الجزئية الأولى

المتغير	معاملات	الخطأ المعياري (S.E)	معامل الانحدار (Beta)	قيمة (T) المحسوبة	مستوى المعنوية الجزئية (Sig)
الثابت	6,133	0,692	//	8,868	0,000
الوظائف البدنية	0,761	0,134	0,451	5,676	0,000
الصحة البدنية	0,132	0,232	0,038	0,566	0,572
الألم الجسدي	0,039	0,045	0,048	0,857	0,392
الأداء الاجتماعي	0,506	0,075	0,411	6,786	0,000
الصحة النفسية	-0,099	0,182	-0,043	-0,547	0,585
الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات	1,145	0,224	-0,364	5,114	0,000
الطاقة	0,064	0,120	0,026	0,538	0,591
الصحة المدركة	-0,003	0,125	-0,001	-0,024	0,981
معامل التفسير (R <sup>2</sup> )	0,386	معادلة نموذج الانحدار المتعدد:			
معامل الارتباط (R)	0,621	$Y=6.133+(0.761)X_1+0.132X_2+0.039X_3+(0.506)X_4+(-0.099)X_5+(0.1.145)X_6+0.064X_7+(0.003)X_8+e_i$			
مستوى الدلالة (F)	23,012	*: ذات دلالة إحصائية ( $\alpha \leq 0.01$ )			
مستوى المعنوية الكلية	0.000				

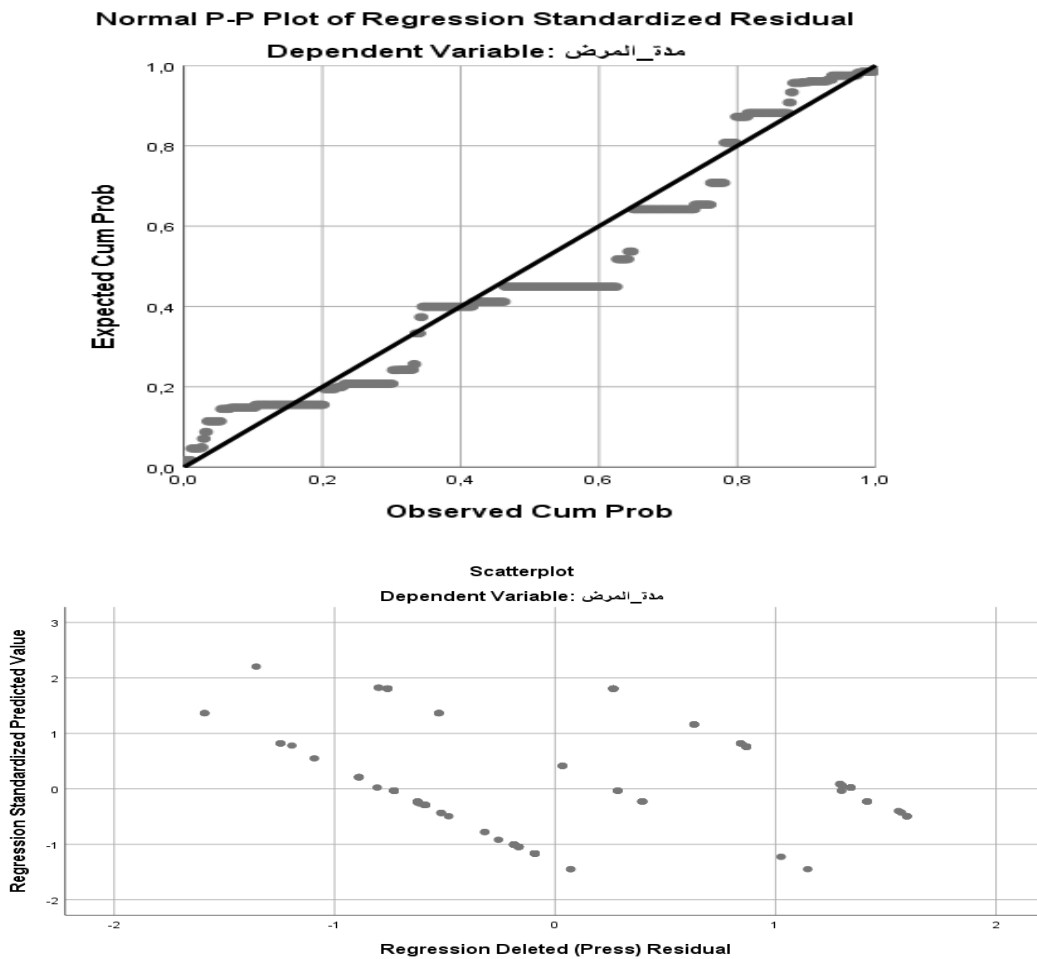
يتضح من خلال معطيات الجدول أعلاه أن مدة المرض لها أثر على متغير جودة الحياة المتعلقة بالصحة حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة (23.012)، وهي دالة عند مستوى معنوية (0.000)؛ كما بلغ معامل التفسير (0.386) مما يشير إلى أن مدة المرض تؤثر على متغير جودة الحياة المتعلقة بالصحة ما قيمته (38.6%) من التغيرات التي تحدث في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة من وجهة نظر عينة الدراسة.

ويتبين من نفس الجدول أعلاه وجود مساهمة دال إحصائياً عند مستوى معنوية ( $\alpha \leq 0.01$ ) لمتغير مدة المرض على كل من (الوظائف البدنية، الأداء الاجتماعي، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات) إذ بلغت قيمة (T) المحسوبة للأبعاد على التوالي (5,676)؛ (6,786)؛ (5,114) بمستوى معنوية (0.000) على التوالي وهي قيم أقل من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (0.01).

الشكل رقم (26): التمثيل البياني لأثر مدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة



الشكل رقم (27): التمثيل البياني لانتشار البواقي لأثر مدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة



ثانياً: الفرضية الجزئية الثانية

لاختبار الفرضية نقوم بصياغتها إحصائياً كما يلي: "نتوقع وجود أثر لمدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة"

الجدول رقم (57): نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير	معاملات	الخطأ المعياري (S.E)	معامل الانحدار (Beta)	قيمة (T) المحسوبة	مستوى المعنوية الجزئية (Sig)
الثابت	0,539	0,400	//	1,348	0,179
الوظائف البدنية	0,356	0,078	0,375	4,586	0,000
الصحة البدنية	0,913	0,134	0,467	6,788	0,000
الألم الجسدي	0,058	0,006	0,128	2,234	0,006
الأداء الاجتماعي	0,176	0,043	0,255	4,086	0,000
الصحة النفسية	0,221	0,105	0,171	2,099	0,037
الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات	0,485	0,130	0,274	3,748	0,000
الطاقة	0,080	0,069	0,058	1,157	0,248
الصحة المدركة	0,367	0,072	0,305	5,070	0,000
معامل التفسير (R <sup>2</sup> )	0.349	معادلة نموذج الانحدار المتعدد:			
معامل الارتباط (R)	0.591	$Y=0.539+(0.356)X_1+0.913X_2+0.058X_3+(176)X_4+(0.221)X_5+(0.485)X_6+0.080X_7+(0.367)X_8+e_i$			
مستوى الدلالة (F)	19.666	*: ذات دلالة إحصائية ( $\alpha \leq 0.01$ )			
مستوى المعنوية الكلية	0.000				

يتضح من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الأمراض المصاحبة لها أثر على متغير جودة الحياة المتعلقة بالصحة حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة (19.666)، وهي دالة عند مستوى معنوية (0.000)؛ كما بلغ معامل التفسير (0.349) مما يشير إلى أن الأمراض تؤثر على متغير جودة الحياة المتعلقة بالصحة ما قيمته (34.9%) من التغيرات التي تحدث في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة من وجهة نظر عينة الدراسة.

ويتبين من نفس الجدول أعلاه وجود مساهمة دال إحصائياً عند مستوى معنوية ( $\alpha \leq 0.01$ ) لمتغير الأمراض على كل من (الوظائف البدنية، الصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الحدود التي

تسببها الاضطرابات والانفعالات، الصحة المدركة) إذ بلغت قيمة (T) المحسوبة للأبعاد على التوالي (1,348)؛ (4,586)؛ (6,788)؛ (2,234) (4,086)؛ (3,748)؛ (5,070) بمستوى معنوية (0.01)؛ (0.000)؛ (0.000)؛ (0.006)؛ (0.000)؛ (0.000) على التوالي وهي قيم أقل من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (0.01).

ويوضح شكل الانتشار بين البواقي المعيارية (المحور الرأسي: ع) وقيم المتغير التابع (المحور الأفقي: س) وكذلك المدرج التكراري للبواقي المعيارية والذي تتبع فيه هذه الأخيرة التوزيع الاعتدالي أن النموذج يحقق بشكل عام افتراضات وشروط تحليل الانحدار المتعدد الثلاثة (التجانس، الثبات، التوزيع الاعتدالي) لدى عينة الدراسة لدرجات المتغير التابع أو أي متغير مستقل (مدة المرض، والامراض المصاحبة، جودة الحياة المتعلقة بالصحة).

وباستخدام على شكل الانتشار بين البواقي المعيارية على المحور الراسي(ع) والقيم لها للمتغير التابع المحور الافقي (س)، يتضح ان البواقي المعيارية لها توزيع اعتدالي بمتوسط يساوي الصفر، حيث ان النقاط تتوزع بشكل افقي متساوي حول الصف، وان جميع البواقي تقع داخل المدى [2- 2]. ومن خلال فحص الرسم البياني الاحتمالي وهو كما في الشكلين (26-27)، حيث يتضح ان معظم النقاط تقع على خط المستقيم او بالقرب منه يدل على التوزيع الاعتدالي للبواقي .

## مناقشة وتفسير للنتائج:

تفسير ومناقشة الفرضية الأولى: "نتوقع ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة"

للتحقق من صحة الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي والمقدر بقيمة (28.33) بانحراف معياري قيمته (5.10) لاستجابات المرضى على مقياس الكفاءة الذاتية مما يشير يدل على ان مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة مرتفع دلالة على ان الفرضية تحققت بمعنى ان المرضى المصابين بالسمنة وزيادة الوزن يتمتعون بكفاءة عالية مرتفعة، وهذا ما يدل على ان مستوى الكفاءة الذاتية يؤثر على نوعية النشاطات والمهام التي يختار الفرد تأديتها، وعلى كمية الجهد الذي يبذله لإنجاز مهمة أو نشاط ما، وعلى طول مدة المقام التي يبديها الفرد أمام العقبات التي تعترض طريقه والعكس صحيح. وتتولد الكفاءة الذاتية من تجارب الحياة ومن أشخاص نتخذهم قدوة لنا، وتعتبر من العوامل المهمة التي تؤثر بطريقة فاعلة في مواجهة المشكلات الصحية وكيفية مواجهتها.

تعد الكفاءة الذاتية من المتغيرات النفسية الهامة التي توجه سلوكيات أساس الأحكام الصادرة من الفرد عن قدرته على تحقيق أو القيام بسلوكيات معينة، فالفاعلية الذاتية ليست سمة ثابتة أو مستقرة في السلوك الشخصي فهي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما ينجزه الفرد فقط ولكنها تشمل الحكم على ما يستطيع الطالب انجازه كما أنها نتاج للمقدرة.

الشخصية، وحسب باندورا أن الذين يتمتعون بكفاءة ذاتية عالية يعتقدون أنهم قادرين على إحداث تغيير في البيئة، أما الذين يتصفون بكفاءة ذاتية منخفضة فإنهم ينظرون إلى أنفسهم بأنهم غير قادرين على أداء ناجح، وهذا ما يتفق مع نظرية الكفاءة الذاتية لألبرت باندورا توقع النتائج عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكهم.

ان إدراك المرضى لخطورة وضعهم الصحي والالام الناجمة عن المرضى واحتمالية الإصابة بالانتكاسات والقيود الاجتماعية التي يفرضها والقيود الاجتماعية التي يفرضها المرض في حالة سوء إدارة المرض، ويمكن تفسيره كذلك من قبيل أن درجة التأثير بالعوامل الخارجية تعتمد في جانب كبير منها على الحالة الانفعالية المصاحبة التي يتداخل دورها مع الخصائص المعرفية فالتركيز على ضبط الانفعال والتحكم فيه ينتقص من الموارد المعرفية اللازمة لمعالجة المواقف المتغيرة، ومع تكرار مثل هذه الظروف وفشل إمكانية التكيف معها تظهر استجابات المرضية، مما يؤدي إلى انخفاض مستويات الكفاءة الذاتية لدى بعض الافراد، خاصة وأن المرضى الذين يعانون من ارتفاع مؤشر كتلة الجسم يعيشون مواقف مغايرة لما يعيشه الافراد الآخرون زيادة الوزن أو مؤشر كتلة الجسم اقل أي (الدرجة 1). وتعتبر الإدراكات الذاتية وآليات



التنظيم الذاتي ذات أهمية من أجل فهم الآليات التي تجري بين المثيرات البيئية والسلوك الناجم عن ذلك. ففي مجرى النمو الفردي يقوم الفرد باستخدام سيرورات الضبط الذاتي Self-control وسيرورات التنظيم الذاتي Self-organization ( سامر جميل، 1997، ص55)

من خلال النتائج المتحصل عليها في الدراسة الحالية "ان التحكم في المرض وإنقاص الوزن وتنمية مهارات الإدارة الذاتية والحفاظ على أداء الوظائف البدنية والجسمية في حالة تزايد العجز الجسمي، يتطلب من الافراد وضع معايير شخصية لسلوكهم. حيث تقوم توقعات الكفاءة الذاتية على " فرضيات الفرد حول إمكانات تحقيق خيارات سلوكية معينة" (Krampen,1987,p35)، وبالتالي فهي تتمثل في الإدراك والتقدير الشخصي لحجم القدرات الذاتية من أجل التمكن من تنفيذ سلوك معين بصورة ناجحة (Bandura, 1979) وتؤثر هذه الكفاءة التي يقدّرها الفرد نفسه على نوع التصرف المنجز وعلى الاستهلاك والتحمل عند تنفيذ هذا السلوك.

وهذا ما يتفق مع دراسة (عدودة صليحة، 2015) ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى المرضى، بمعنى أنه "يتمتع مرضى قصور الشريان التاجي بكفاءة ذاتية مرتفعة". ومن خلال تجانس عينتا الدراسيتين من حيث الخصائص وما ينتج عنهما "أمراض القلب وقصور الشريان التاجي والسمنة" ولهذا نجد توافق كبير في النتائج المتحصل عليها من حيث المعالجة الإحصائية، وأيضاً دراسة (عليوة سمية، 2018) ان الفرد منتج للسلوك أي ان تأثير الاعتقاد أو إدراك الكفاءة الذاتية للفرد على سلوكه اذ نظرنا اليه باعتباره منتجاً للسلوك اكثر منه متبني به . وذلك من خلال الثقة بالنفس تولد النجاح الذي يقود إلى مستوى افضل من الأداء.

وقد يعود هذا في سمات الشخصية لديهم والتي ساعدت على اكسابهم الثقة بالنفس والمثابرة في العمل كما ان تعزى الى الخبرات البديلة التي تعلم منها واكتسابها من خلال سلوك النماذج الاجتماعية للأقران، والتي تساعد على انجاز المهمات من خلال ممارستهم الشخصية وملاحظة إنجازات زملائهم كنوع من الخبرات المتبادلة زادت من فعاليتهم الذاتي، كما قد يعزى المستوى المرتفع من فعالية الذات لدى المصابين بالسمنة، لذلك يؤدي الشعور بتقدير الذات والثقة بالنفس وتحقيق التوافق الانفعالي ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى الفرد.

من خلال تحليلنا للنتائج الدراسات السابقة التي تتفق مع نتائج الدراسة الحالية ( Kevin,1997 ; Clark et al,1996) والتي عملت على رفع مستوى الكفاءة الذاتية «ان الكفاءة الذاتية المرتفعة تساعد المرضى على تحقيق الأهداف التي تتضمن التحدي واكتساب المعارف جديدة في الأداء الذي يشمل درجات وأداء مرتفع. يمكن تعريف الكفاءة الذاتية للتحكم في الوزن على أنها الإيمان بقدرة المرء على إدارة وزنه

بشكل تدريجي بنجاح وللتحكم في الوزن ثبت أن الكفاءة الذاتية تلعب دورًا مهمًا في مكافحة السمنة، وتتباين عدد قليل من التركيبات بفقدان الوزن والحفاظ على هذه الخسارة في الوزن بطريقة متسقة مثل الكفاءة الذاتية التي تركز على سلوكيات الإفراط في الأكل. أما دراسة بنجامين هي الأخرى تحث على مستوى الكفاءة الذاتية من خلال تحليله لدراساته" على أن تعتبر الزيادات في الكفاءة الذاتية للأكل والنشاط البدني، والكفاءة الذاتية أثناء المرحلة النشطة من التدخل، تتنبأ بالمدخول الغذائي والنشاط البدني وفقدان الوزن في نقاط لاحقة، ولكن ينبغي إجراء المزيد من الأبحاث لاستكشاف العلاقة المتبادلة بين السلوك والكفاءة الذاتية بالترتيب لإبلاغ أفضل استراتيجيات التدخل التي تستهدف الكفاءة الذاتية وتعزيز تغيير السلوك. ( Benjamin et Marvin,2011,p55 ) . بناء عليه يتم تعريف الكفاءة الذاتية على أنها ثقة الأفراد في قدرتهم على إجراء التغييرات السلوكية اللازمة لتحقيق أهدافهم عبر مجموعة متنوعة من المواقف ( Brooke T, et al,2016, p 2)

وعليه أظهرت هذه الدراسة أن مستويات الكفاءة الذاتية قبل وأثناء التدخل يمكن أن يكون لها تأثير على المدخول الغذائي والنشاط البدني وفقدان الوزن. بينما ارتبطت المستويات الأعلى من الكفاءة الذاتية لتناول الطعام عند دخول الدراسة بانخفاض تناول السعرات الحرارية، وبالتالي زيادة فقدان الوزن، ويمكن تفسير ذلك بأن السلوكيات الصحية الغذائية لها أهمية في تخفيف المرض والتحكم فيه، وهذا ما يتفق مع نظرية تحديد الأهداف التي تحث على أن وضع الأهداف يعزز من أداء عمل الأفراد، وإن الأفراد يبذلون جهدًا أكبر عندما تكون لديهم أهداف تنظيمية. حيث أن الأفراد يحبون أن يكون أمامهم هدفًا محددًا من مستوى الأداء ليحققوه، وأن تحقيق الهدف هو غاية في حد ذاته.

**تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:** "توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

للتحقق من صحة الفرض اعتمدنا على حساب معامل الارتباط لبيرسون بين كل من الأبعاد الثمانية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة ومستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة. اعتمدنا على المعالجة الإحصائية بمعامل الارتباط بيرسون بين الكفاءة الذاتية وابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة المستهدفة، بحيث تم تصنيف بنود مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة الى ثمانية محاور كالآتي " الوظائف البدنية، القيود المرتبطة بالصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية، الطاقة، الصحة المدركة" وان الفرضية تحققت في بعض الابعاد أي انه توجد علاقة دالة إحصائية ذات معنوية بين المتغيرات المدروسة وعليه تحققت الفرضية "توجد علاقة ارتباطية

بين الكفاءة الذاتية وأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة وذلك كل من بعد (الوظائف البدنية/الصحة البدنية / الصحة النفسية/ الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات / الطاقة) بقيم معامل الارتباط على الترتيب (0.47، 0.19، 0.21، 0.15، 0.35) مستوى دلالة اقل من مستوى الدال المفروض 0.01 في حين ان لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية لكل من الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة المدركة. حيث بلغت معاملات الارتباط لهم على التوالي ( -0.036، 0.000، -0.041) بمستوى دلالة أكبر من مستوى الدلالة المفروض 0.01

وبناء على النتائج المتحصل عليها نميز ان الفرد الذي يعاني من السمنة أي انه يعاني من مرض مزمن فطبيعة المرض طويل المدى تؤثر على نوعية حياة الافراد وتحد من مسؤولياته المعتادة أو عيش حياته الطبيعية، فالكفاءة الذاتية تؤثر على كل مجال من مجالات جودة الحياة. من خلال تحديد المعتقدات التي يحملها الشخص فيما يتعلق بقدرته على التأثير في المواقف، فإنه يؤثر بشدة على كل من القوة التي يمتلكها الشخص بالفعل لمواجهة التحديات بكفاءة والخيارات التي من المرجح أن يتخذها الشخص.ولهذا تختلف كفاءة الافراد باختلاف محددات ومصادر الكفاءة الذاتية.

قد تتأثر جودة حياة مرضى السمنة حسب مؤشر كتلة الجسم، لكن تختلف قيمة التأثير بدرجة السيطرة التي يشعرون بأنهم قادرين على بذلها في المواقف العصيبة الناشئة عن الإصابة بالمرض. فالمرضى الذين يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة يدأون على القيام بوظائفهم البدنية الا انهم القيام بها يوميا ولتحكم في تصرفاتهم التي تؤثر على جودة حياتهم وبالتالي تعتبر اعتقاد الفرد مما يملكه من إمكانيات الكفاءة الذاتية تمكنه من ممارسة العوامل النفسية والاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية. وإدراك الفرد لموقفه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته، فمفهوم جودة الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقاته الاجتماعية.اذن نتائج الدراسة الحالية موافقة لنتائج كل من دراسة كارول وزملاؤه في تجربة عشوائية خاضعة للرقابة ربط بين المتغيرات «الكفاءة الذاتية، ونوعية الحياة، وفقدان الوزن من زيادة الوزن / السمنة لدى الناجيات من سرطان بطانة الرحم (McCarroll,2013) بان تتأثر ابعاد جودة الحياة بتأثير الكفاءة الذاتية وبالتالي البرامج والتدخلات العلاجية تحسن من جودة الحياة وخاصة الوظائف البدنية" العمل، التسوق، الرياضة، المشي... " وهذه الوظائف الجسمية التي يقوم بها الفرد تعتبر من العناصر الموضوعية لجودة الحياة، تعتبر الكفاءة الذاتية متغيراً مهماً في مجال الصحة النفسية وعلم نفس الصحة، ولم يول لها سوى القليل من الاهتمام. كما تعد جودة الحياة (HQOL) أيضاً أحد أهم عوامل التنمية

البشرية. وعليه عرفت منظمة الصحة مفهوم جودة الحياة بأنه مفهوم يعبر عن حالة من الرفاهية الجسمية والاجتماعية والنفسية وأن إدراك الفرد بإمكانية سيطرته على أجزاء جسمه وتحكمه بحركاته وتخلصه من الكسل والتراخي والشعور بالعجز وعدم القدرة على الحركة النشطة وذلك من خلال ممارسة التمارين الرياضية والأنشطة اليومية والمشي والتسوق والقيام بوظائفه اليومية.

كما ان نتائج الدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة التي أو لت الاهتمام بمتغيري الكفاءة الذاتية وجودة الحياة باختلاف العينة نذكر منها ما يتوافق مع عينة دراستنا من حيث الخصائص وخاصة ان السمنة تنتج عنها امراض مصاحبة وبالتالي نركز الدراسات التي بحثت في العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وبعض الامراض المصاحبة للسمنة أو بالأحرى هي نتاج البدانة " كالضغط الدموي، داء السكري، هشاشة العظام ... " وعليه تتوافق نتائج الدراسة مع دراسة ميشال بيتر وزملاؤه (2019) الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصابين بأمراض متعددة، حيث اعتمدت هذه الدراسة في البحث عن العلاقة، تم إجراء الإحصاء الوصفي وتحليل التباين والانحدار الخطي لفحص العلاقة بين نوعية الحياة (المتغير التابع) والكفاءة الذاتية والمتغيرات الديموغرافية والمتعلقة بالمرض. المرضى الذين يعانون من الامراض المزمنة والذين يتمتعون من انخفاض الكفاءة الذاتية وعبء المرض العالي لديهم نوعية حياة أقل. وعليه يقترح ميشال وزملاؤه بدعم الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة كعلامة مميزة للرعاية الجيدة. قد تؤدي الكفاءة الذاتية العالية إلى تحسين نوعية الحياة في حالات الأمراض المتعددة، وكذا دراسة ما ريون هارنس وآخرون (2016) التي بحثت في العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بداء السكري من نوع 2، وعليه توصلت نتائج الدراسة ان الافراد الذين يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة يحافظون على مجالات جودة الحياة والعوامل مؤدية للإصابة بداء السكري نوع 2 واهمها السمنة وبعض المتغيرات الديموغرافية مثل السن ونمط الغذاء.

وكما بينت دراسة ان ماريا (2019) Anne-Marie، وجدت من خلال دراسة الكفاءة الذاتية ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بمرض الانسداد الرئوي المزمن (التحليل البعدي) حيث توصلت نتائج الدراسة بان هناك علاقة إيجابية معتدلة بين الكفاءة الذاتية و(HRQoL) في مرض الانسداد الرئوي المزمن، مع العلاقة أقوى لممارسة الرياضة وهذا ما يتوافق مع الكفاءة الذاتية والوظائف البدنية. وأيضاً دراسة ايفا بريك وآخرون (2012) Eva Brink التي بحثت في علاقة الكفاءة الذاتية الامة وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين باحتشاء عضلة القلب.

حسين زيد (2021) التي بحثت في العلاقة بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة كمتغيرين دالين على تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، وكانت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق بين الجنسين لدى عينة الدراسة من حيث ابعاد جودة الحياة والكفاءة الذاتية، وبالتالي نستنتج من نتائج الدراسة المتحصل عليها انها ركزت الا على الفروق بين الجنسين والربط بين المتغيرين وهذا ما يدل أن تأثير الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة في الالتزام بتقبل العلاج لدى مرضى الضغط الدموي يعانون من انخفاض في أداء الوظائف البدنية والنشاط البدني لان الجسم يحتاج زيادة هذا المستوى من النشاط لإعادة تأهيل المرضى الذين يعانون من خطر الإصابة بجلطات وازمات قلبية والحد بشكل كبير من الوفاة. لان السمنة هي حالة مرضية ترتبط بإعاقة الحركة من خلال تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية النفسية والاجتماعية والبيئية. ترتبط إعاقة الحركة التي يعاني منها الأشخاص المصابون بالسمنة بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQoL) مقارنة بالأشخاص غير المصابين بالسمنة (Mary et Simone,2013)

إن وباء السمنة هو مشكلة صحية منتشرة تؤثر على جميع الفئات العمرية. وللحد من مخاطر السمنة ومحدداتها النفسية والاجتماعية لدى المصابين بالسمنة، واعتماد على ما نصت عليه نظرية السلوك المخطط التي تؤكد على قاعدة النية قبل أداء السلوك لكن تتطرق إلى الحالات التي لا يسيطر فيها الفرد على كل العوامل التي تؤثر على الأداء الفعلي، حيث افترض اجزن (ajzen,1985) أن الكفاءة الذاتية هامة لتحديد القوة التي ينوي بها الفرد تحقيق سلوك ما، لذلك، قد تكون الجهود المعرفية السلوكية التي تعزز الكفاءة الذاتية مفيدة لتعزيز ثقة الفرد في مقاومة الأكل في ظل ظروف مختلفة وبالتالي تحسين نتائج فقدان الوزن.

يمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية بالاعتماد على العوامل الديمغرافية والاجتماعية والنفسية والبيئية ونمط حياة الافراد والسلوكات الغذائية ولذلك نجد أن المشاركين ينظرون للسمنة على أنها هي الصحة والقوة بالنسبة للمرأة أو معيار للجمال من حيث الناحية انثروبوجية، كما نجد انهم لا يولون اهتمام للممارسة الرياضة والمواظبة على التمارين اليومية وهذا قليل جدا لكلا الجنسين ان لم نقل منعدم تمام بالنسبة للنساء، مع نقص الوعي الصحي، والتفكير في تناول الغذاء الصحي المتوازن،

أما علاقة الكفاءة الذاتية بالألم الجسدي والاداء الاجتماعي والصحة المدركة لا توجد علاقة ارتباطية ذات معنوية بين الكفاءة الذاتية وكل من ابعاد جودة الحياة" الألم الجسدي، الاداء الاجتماعي، الصحة المدركة" حيث بلغت معاملات الارتباط على التوالي (-0.036، 0.000، -0.041) بمستوى دلالة اكبر من 0.01 تفسيرنا لنتائج الدراسة الحالية ان الافراد المصابين بالسمنة وخاصة درجة 1 ودرجة 2 لا يدركون خطورة وضعهم الصحي وانعكاسات زيادة الجسم على صحتهم النفسية والبدنية وعلى حياتهم اليومية مما

يؤثر سلبيًا على جودة حياتهم وبالتالي من خلال استجابات المشاركين نجد انهم يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة وهي ما جاء به باندورا فالأفراد الذين يمتلكون مهارات ومعلومات تساعدهم في ادارة الالم والتخفيف من حدة معاناتهم كما ان الاحساس يقلل التوتر الجسمي والقلق وهذا له تأثير ايجابي على ممارسة النشاطات اليومية مما ينعكس على جودة حياتهم حيث تشير الادلة الى ان الكفاءة الذاتية لها تأثير على الخبرات الالم والمرض.

كما تختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة فان وورت (van weert,2007) على عينة من المرضى، حيث دلت النتائج الدعم الاجتماعي والكفاءة الذاتية يمكنها ان تفسر التباين في ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة، لان الدعم الاجتماعي يعمل كنوع من الحماية ضد تطور الخطر وذلك بارتفاع مؤشر كتلة الجسم مما ينعكس على جودة حياة المرضى .

ان النتائج المتحصل عليها تتفق مع كثير من الدراسات التي اكدت على مستوى الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المرضى "الامراض المزمنة" وفي هذا السياق أكد سالي وي شي شان ( Sally Wai-Chi ) (CHAN,2021) من خلال نتائج دراسته في مقاله " إدارة الامراض المزمنة والكفاءة الذاتية وجودة الحياة" يعاني العديد من الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة من ضعف مهارات الإدارة الذاتية للمرض والتي قد تكون مرتبطة بانخفاض الكفاءة الذاتية والنفور من المشاركة في أنشطة الإدارة الذاتية. وسيؤدي إلى ضعف السيطرة على أمراضهم المزمنة وبالتالي تدني نوعية الحياة. يعاني العديد من الأشخاص أيضًا من أكثر من مرض مزمن واحد، ولحالات مزمنة متعددة تأثير كبير على صحة الأفراد وترتبط بشكل كبير بانخفاض الأداء الوظيفي وزيادة خطر الوفاة وتكاليف الرعاية الصحية الكبيرة. كما أكد شينغ وزملاؤه (chen,2019) على ان ضعف مهارات الإدارة الذاتية للمرض والتي قد تكون مرتبطة بانخفاض الكفاءة الذاتية والنفور من المشاركة في أنشطة الإدارة الذاتية. وسيؤدي إلى ضعف السيطرة على أمراضهم المزمنة وبالتالي تدني نوعية الحياة. يعاني العديد من الأشخاص أيضًا من أكثر من مرض مزمن واحد، ولحالات مزمنة متعددة تأثير كبير على صحة الأفراد وترتبط بشدة مع انخفاض في الأداء، وزيادة خطر الوفاة، وتكاليف الرعاية الصحية الكبيرة. يمكن أن تؤدي الطرق التي يتعامل بها الأشخاص مع حالاتهم المزمنة والصعوبات المرتبطة بها إما إلى إدارة ذاتية ناجحة للحالة أو تدني الكفاءة الذاتية والنتائج السيئة التي يبلغ عنها المريض.

تشير الكفاءة الذاتية إلى قدرة الفرد على الإدراك الذاتي للتصرف بفعالية في مجموعة متنوعة من المواقف، إنه عامل مهم يؤثر على قدرة المرضى على إدارة أعراض أمراضهم المزمنة بأنفسهم، تلعب الكفاءة

الذاتية دوراً مهماً في تحديد ما إذا كانت إجراءات الرعاية الذاتية قد بدأت، وكم يتم بذل الجهد ومدة استمرار الجهد في مواجهة العقبات والإخفاقات (باندورا، 1977).

يعكس المرضى ذوو الكفاءة الذاتية العالية في التعامل مع أمراضهم المزمنة قدرة متصورة لإدارة التحديات المتعلقة بأمراضهم والشعور بالسيطرة على حياتهم (باندورا، 1977)

اما مفهوم جودة الحياة فهو جودة خصائص الانسان من حيث تكوينه الجسدي والنفسي والمعرفي ودرجة توافقه مع ذاته ومع الآخرين وتكوينه الاجتماعي والاخلاقي. وعليه يجب العمل على تعزيز الكفاءة الذاتية لدى المرضى وبالتالي رفع من مستوى جودة الحياة لان جودة الحياة تتأثر سلبا بالألم الجسدي وهذا الأخير له دور من حيث تأثيره على الصحة النفسية والصحة العامة وهذا ما يولد ضغوط نفسية واضطرابات مثل القلق الاكتئاب ... حيث عمل ميهالكو وموليوي (Mihalko and McAuley 1996) على تعزيز الكفاءة الذاتية في السلوكيات الصحية وذلك لممارسة التمارين لمجموعة من المشاركين الذين يعانون من زيادة الوزن من خلال استخدام علاج تمرين حاد. وكان المشاركون قد اتخذت تدابير الكفاءة الذاتية قبل وبعد اختبار التدريبات المتدرجة، أشارت النتائج إلى أن معتقدات الكفاءة الذاتية المتعلقة بالتمارين زادت بشكل ملحوظ للمشاركين من الاختبارات السابقة إلى الاختبارات اللاحقة. وبشكل أكثر تحديداً، تم العثور على مقاييس الكفاءة الذاتية لركوب الدراجات والمشي خلال هذه الفترة بعد أن عانى المشاركون من مستوى معين من الإلتقان مع هذه السلوكيات.

وبناء على ما توصلت اليه نتائج الدراسة الحالية ان معتقدات المرضى حول امكاناتهم الذاتية لها تأثير كبير على ابعاد جودة الحياة وخاصة الألم الجسدي والأداء الاجتماعي والصحة المدركة اذ ان اعتقاد الفرد بقدرته على التكيف مع السمنة/ زيادة الوزن والعمل على بناء استراتيجيات لتخطي العواقب التابعة للسمنة وهذا ما يجلب المريض يصر على تخفيف الوزن والمحافظة على دوره الاجتماعي والقيام بوظائفه لتحقيق جودة الحياة تتوافق مع طبيعة مرضه وهذا ما يتوافق مع نتائج دراسة عدودة صليحة (2015) الى ان ما يتميز به افراد عينة دراستها يتوافق كثيرا مع عينة دراستنا الحالية وعليه نجد النتائج المتحصل عليها من التحليل الاحصائي للدرستين تتقارب كثير وهذا راجع للخصائص الديمغرافية والاجتماعية والبيئية والنفسية ان صح القول وهذا اثبتته كل من سينال ولوك أن فعالية الذات كانت منبئا بسلوكيات الإذعان لأنشطة العناية الذاتية بالنظام الغذائي.

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة: "توجد فروق تعزى لكل من متغيرات السوسيوديمغرافية في كل من الكفاءة الذاتية وابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة".

✚ وللتأكد من صحة الفرض المبني على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة طبقاً لاختلاف متغير الجنس"

تم استخدام (Independent-Samples T-test) وذلك لأن عامل متغير الجنس يحتوي على فئتين هما: ذكر، أنثى، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول أعلاه رقم (38) وهذا ما يفسر وفق قيمة التباين المقدر ب (t=-0.511) اقل من مستوى الدلالة 0.01 وهذا ما يفسر انه لا توجد فروق ذات معنوية تعزى لمتغير الجنس في مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة، وهذه النتيجة تفسر أن المشاركين لا تختلف آرائهم باختلاف الجنس ( ذكور/ اناث) بمعنى أن لديهم نفس التصورات والاتجاهات في مستوى الكفاءة الذاتية، اذن الكفاءة الذاتية هي نوع من الإيمان بفعالية جهودها وتوقع النجاح من تنفيذها.

إنها واحدة من المفاهيم الأساسية في نظرية أ. باندورا. لقد اعتقد أن الفعالية الذاتية الجماعية تتشكل من كفاءات ذاتية منفصلة (شخصية) يمكن أن توجد في مجالات مختلفة تماماً من نشاط الأفراد. كما تتحدد الكفاءة الذاتية للشخص من خلال الموقف الشخصي للفرد تجاه الأنشطة التي يتم تنفيذها من خلال جاذبية الشخص للاحتياجات الشخصية الداخلية وفرص التطوير واختيار وسائل معينة والإجراءات وبناء خطة نشاط محددة .

من خلال تفسيرنا للنتائج الدراسة الحالية والتي تتفق مع نتائج دراسة كل من (عدودة صليحة، 2015، حسين زيد، 2021، عليوة سمية 2007، حدان ابتسام 2015، دودوصونيا 2017، القرشي عبد الكريم، 2015) أنه لا توجد فروق تعزى لمتغير الكفاءة الذاتية لدى المرضى.

كما يؤكد دانيال وبيك (daniel et peak,1986) على ان الفروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية تقوم على الخصائص الشخصية والاجتماعية لدى الفرد، أن الكفاءة الذاتية المتصورة تعمل كآلية مشتركة في الأداء النفسي الاجتماعي لا تعني أن الآليات الأخرى لا تلعب دوراً أيضاً. يجب التمييز بين التنظير والتجريب الذي يهدف إلى توضيح آلية معينة تحكم السلوك، والدراسات التي تهدف إلى تعظيم مقدار التباين في السلوك من خلال الجمع بين مجموعة متنوعة من العوامل التي تساهم فيه (Albert bandura,2011) بناء عليه نجد ان ارتفاع مستوى كفاءة الذات والثقة بالنفس والسيطرة والالتزان الانفعالي والانبساط والمشاركة الاجتماعية، ومن ثم فان ارتفاع الكفاءة الذاتية لدى الفرد ترجع الى معلومات والخبرات السابقة والتعلم والملاحظة.

وتختلف نتائج دراستنا مع نتائج دراسة يالي وونغ واخرون (yali wang et al, 2019) الاختلاف بين الجنسين في الكفاءة الذاتية العامة بين الشباب وكبار السن الذين تتراوح أعمارهم بين (60-74) مع



التركيز على فحص الاختلاف بين الجنسين في الكفاءة الذاتية العامة تم استخدام اختبار T لفحص الاختلاف بين الجنسين في الكفاءة الذاتية. تم استخدام النماذج أحادية المتغير ونموذج الانحدار الخطي المتعدد المعدل لاستكشاف محددات الكفاءة الذاتية حسب الجنس، وكانت درجة الكفاءة الذاتية للإناث أقل من تلك الخاصة بالمشاركين الذكور ( $8.1 \pm 26.1$  مقابل  $7.7 \pm 28.7$ )، وكان هناك فرق كبير بين الجنسين ( $p < 0.001$   $t = 10.877$ )

تسلط نتائج هذه الدراسة الضوء على الاختلاف بين الجنسين في الكفاءة الذاتية بين شباب الريف والضرورية لفهم محددات الكفاءة الذاتية بشكل أفضل. كانت المحددات الشائعة للكفاءة الذاتية لشباب الريف هي العمر، ومستوى التعليم، ونشاط الحياة اليومية، والصحة الذاتية، والضيق النفسي، والشخصية، وما إذا كان لديهم أصدقاء حميمون وعلاقات شخصية. والدخل الشخصي، حيث ارتبطت هذه المحددات مع الكفاءة الذاتية في الإناث ولكن ليس عند الذكور.

تعتمد الكفاءة الذاتية مما يعكس درجة الثقة العامة بالنفس لدى الأفراد عند مواجهة المواقف الصعبة والتعامل معها، كما تؤثر الكفاءة الذاتية على الطريقة التي يشعر بها الأفراد ويفكرون بها وتحفزهم، تدفع الكفاءة الذاتية المرتفعة الناس إلى التفكير بإيجابية، وتعلق الكفاءة الذاتية العامة بالثقة الذاتية في القدرة على السيطرة على المطالب المجهدة عن طريق العمل التكيفي ويرتبط الإحساس القوي بالفعالية الشخصية بتحسين الصحة والإنجاز وزيادة الاندماج الاجتماعي من خلال المراجعة الأدبية نستنتج "ان الكفاءة الذاتية العامة لها آثار صحية شاملة".

يمكن تفسير النتائج التي توصلت إليها "ان الكفاءة الذاتية هي إدراك الفرد لمختلف اساليب رفع كفاءة الذات لدى الافراد تساعدهم في تنمية شعورهم بالكفاءة الذاتية المطلوبة للتغلب على الصعوبات التي تقابلهم من حين لآخر".

📊 وللتأكد من صحة الفرض المبني على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة طبقا لاختلاف متغير السن".

للتأكد من صحة هذه الفرضية ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة اتجاه مستوى الكفاءة الذاتية حسب متغير الفئات العمرية تم استخدام اختبار (*One-way ANOVA*) لتوضيح دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة وذلك لمتغير السن الذي يحتوي على أربع فئات، وهي: (من 20 إلى 30 سنة/ من 31 إلى 40 سنة/ من 41 إلى 50 سنة/ من 51 إلى 60 سنة) بعد اختبارها وجاءت النتائج في الجدول رقم (39) ان قيمة ( $f = 23.620$ ) وهذه النتيجة تبين ان عينة الدراسة تختلف

آرائهم باختلاف متغير السن أي ان لا يحملون نفس التصورات والاتجاهات في مستوى الكفاءة الذاتية، بمعنى انه توجد فروق ذات معنوية تعزى لمتغير السن في مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة.

اذن صحة الفرد تتأثر بتقدم السن، لكن ما يزيد عليها ان عبء المرض وكيفية ادراكه للمواقف والتحكم فيها يتقل كاهله، ولهذا نجد نسبة (38%) من الفئة العمرية (41-50) أي انها تتأثر بواقع المرض وان الكفاءة الذاتية تشير إلى المعتقدات التي يمتلكها المرء حول قدرته على تحقيق أهداف محددة في سياق معين. إنه أحد الجوانب المهمة لعمليات ما وراء المعرفة. على أن معظم العمليات المعرفية تتراجع مع تقدم العمر، لكن نوع المسار المعرفي للقدرة، مثل الكفاءة الذاتية، يتبع كدالة للعمر وهذا ما اكده الباحث (gagan ,2014) في مقاله الكفاءة الذاتية تتأثر بتقدم العمر وتوصل للنتيجة مفادها ان الكفاءة الذاتية المقاسة بالتنبؤات والأحكام، كشفت أنه مع تقدم الأفراد في العمر اصبحت محدودة.

الاعتقاد في كفاءة الذات يعبر عن قناعة الشخص في قدرته على أداء السلوكيات التي تؤدي إلى نتيجة متوقعة ومرغوب فيها وإذا تعلق الامر بواجهة المرض وكيفية التحكم فيه من حيث إنفاص الوزن اتباع حمية تناول وجبات غذائية صحية الابتعاد عن السكريات والحلويات والمشروبات الغازية ممارسة الرياضة والقيام بالنشاط البدني والاعمال اليومية، فالاعتقاد مضمونه الافتتاح على توفر الشخص على قدرة توظيف الاستراتيجيات الملائمة لمطالب الموقف والحدث الطارئ.

إن (barbara,1999) يؤكد بان التمكين النفسي أو الشخصي من خلال خبرات التحكم هوالمساهمة الأفضل لكفاءة ذات قوية ورجوعية وان الإفراط في تقدير الكفاءة الذاتية هو حسن بل ربما كان مفيدا (عقابة عبد الحميد، 2018، ص 321)

✚ وللتأكد من صحة الفرض المبني على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة طبقا لاختلاف متغير المستوى التعليمي"

لاختبار صحة الفرضية القائلة توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة حول في وجهة عينة الدراسة اتجاه مستوى الكفاءة الذاتية حسب متغير المستوى التعليمي، تم الاعتماد على اختبار (ANOVA One-way) لتوضيح دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة وذلك لمتغير المستوى التعليمي الذي يحتوي على أربع فئات، وهي: (ابتدائي/ متوسط / ثانوي/ جامعي) بعد اختبارها وجاءت النتائج كما يلي الجدول رقم (40) ان قيمة (f=45. 888) عند مستوى الدلالة اقل من 0.01.

نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة حول وجهة عينة الدراسة اتجاه مستوى الكفاءة الذاتية حسب متغير المستوى التعليمي، إذ نجد أن المشاركين تختلف آرائهم ووجهاتهم

باختلاف متغير المستوى التعليمي، أي ان ادراكهم واتجاهاتهم حول مستوى الكفاءة الذاتية يختلف من فرد لأخر، وهذا ما يفسر على ان مؤشر كتلة الجسم يتحكم فيه عوامل نفسية اجتماعية بيئية داخلية خارجية، وبناء عليه نجد ان المريض يتحكم في مرضه حسب ثقافته ونمط العيش والبيئة التي لها تأثير كبير، ان توفير التعليم لتعزيز الكفاءة الذاتية وتطوير مهارات الرعاية الذاتية من حيث تحسين جودة الحياة تتدخل فيه عامل المستوى العلمي والثقافي " كان يتساءل الفرد منا لماذا اتناولالطعم وكيف ومتى " لا ان يأكل من اجل اشباع الحاجة البيولوجية ويتغاضى عن السلوك الغذائي الصحي، وعليه نجد فئة الجامعيين والتي بلغت (35.4%) اكبر من النسب الآخرين. لان توقع نتائج المرض يجعلهم يخططون لإدارة الذات والتحكم الذاتي في سلوكياتهم من حيث تناول أغذية صحية، ممارسة الرياضة، المشي، النشاط البدني، اتباع حمية غذائية منتظمة، اذن يفرضون قيود على أنفسهم لإدارة مشاكل السمنة لأن لها تأثير سلبي على جودة الحياة لان الامر بالغ الأهمية للمشاركين المصابين بالسمنة وخاصة السمنة درجة 1 والسمنة درجة 2 "السمنة المرضية" وحسب ما جاء في نظرية باندورا (1977) فان الصحة الجسمية لا تتحقق الا من خلال تنمية الكفاءة الذاتية والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الإيجابية أي عندما تصبح الكفاءة الذاتية متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي والصحي لفرد وأن أداء السلوك الصحي يتم وفق شرطين هما توقع الكفاءة ونتائجها (حسين زيد، 2021، ص 100)

واستنادا لما جاءت به نتائج الدراسة الحالية مقارنة بما توصلت اليه نتائج دراسة (عدودة صليحة، 2015) نتفق على مؤشر وهوان المناهج الدراسية بكل اطوارها لم تهتم بتعليم مهارات وفنيات تنمية الكفاءة الذاتية بكل أنواعها بما في ذلك الكفاءة الذاتية الصحية لدى المتدربين وهذا ما جعل لبيئة وثقافتها تؤثر في اسلوب العيش لدى المجتمع الجزائري عامة "تناول اطعمة مشبعة بالدهون والسكريات يعني الصحة".

كما تتفق الدراسة الحالية مع دراسة (أمد سرمد عبد المنعم، 2019) في مقاله مؤشر كتلة الجسم ونسبة الإصابة بالأمراض المزمنة لدى بعض مدرسي كليات الجامعة ببغداد للأعمار (40-60)، من حيث اختياره للعينة والسن والمستوى التعليمي من خلال نتائج دراسته ان المشاركين الذين يعانون من مؤشر كتلة الجسم لديهم امراض مزمنة مصاحبة " داء السكري من نوع 2، ارتفاع الضغط الدموي، السرطان، أمراض القلب التاجية ن هشاشة العظام، ... باختلاف اقرانهم الذين يتبعون حمية غذائية ولديهم القدرة على التحكم في الذات وادارتها والمثابرة على النشاط البدني وممارسة الرياضة والمحافظة على السلوكيات الغذائية الصحية... فان الكفاءة الذاتية تزيد من احتمالية ظهور السلوك الصحي لدى الافراد، فالأفراد ذوو الكفاءة

المنخفضة يتخلون بسهولة عن أداء مهماتهم بينما العكس الافراد ذووالكفاءة المرتفعة يضعون أهدافا اعلى وبعصرون بقوة على مواجهة المرض مما يزيد احتمالية نجاحهم للتحكم في الوزن أو الانقاص الوزن.

✚ للتأكد من صحة الفرض المبني على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة طبقا لاختلاف متغير المستوى الاقتصادي" تم استخدام اختبار (One-way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة حول مستوى الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي الذي يحتوي على ثلاث فئات، وهي: (منخفض / متوسط / مرتفع) بعد اختبارها وجاءت النتائج كما موضح في الجدول رقم (41)

انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) حول اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى الكفاءة الذاتية باختلاف متغير المستوى الاقتصادي، وذلك استنادا إلى أن قيمة الاختبار ( $F=1.875$ ) وقيمة مستوى الدلالة بلغت ( $Sig=0.155$ ) أكبر من مستوى المعنوية المفروض (0.01)، وهذه النتيجة تفسر أن عينة الدراسة لا تختلف آرائهم باختلاف المستوى الاقتصادي أي أنهم يحملون نفس التصورات والاتجاهات في مستوى الكفاءة الذاتية.

تعد الكفاءة الذاتية هي كل ما يدرك ويعتقد الفرد انه يملك من إمكانيات تمكنه من ممارسة ضبط قياسي أو معياري لقدراته وافكاره ومشاعره وافعاله، وهذا الضبط القياسي أو لمعياري لهذه المحددات، يمثل الإطار المرجعي للسلوكيات التي تصدر عنه في علاقتها بالمحددات البيئية والمادية (bandura,1986,p128)

تختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (ياسمينيا يونس، 2018) التي اكدت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

بناء على نتائج الدراسة الحالية والدراسة المقارنة نجد اختلاف من حيث أسلوب تناول الأغذية نوع الأطعمة والكيفية التي نتناولها وكذلك الوقت، لكن ما نستنتجه من نتائج الدراسة الحالية ان المجتمع الجزائري له ثقافة توجه نفسها لا يؤثر فيها الدخل الاقتصادي وخاصة من نفس البيئة.

✚ وللتأكد من صحة الفرض المبني على انه "توجد فروق تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في درجة الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة، تم استخدام اختبار (One-way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة وذلك لمتغير الحالة الاجتماعية الذي يحتوي على أربع فئات وهي: (أعزب / متزوج / مطلق / أرمل) بعد اختبارها وجاءت النتائج كما في الجدول رقم (42) تبين لنا ان لا توجد فروق ذات

دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) في اتجاهات افراد الدراسة حول اتجاه مستوى الكفاءة الذاتية باختلاف الحالة الاجتماعية وذلك استنادا لقيمة الاختبار ( $f= 3.032$ ) عند مستوى الدلالة اكبر من (0.01) هذه النتيجة تفسر ان الحالة الاجتماعية لا تؤثر في إدراك الافراد ومعتقدات الكفاءة الذاتية هي معتقدات محددة حول ممارسة قدرات معينة في مجالات محددة، حيث أن الكفاءة الذاتية ليست دافعاً أو حافزاً أو حاجة للسيطرة حيث يمكن للمرء أن يكون لديه حاجة قوية للسيطرة في مجال معين. ولهذا تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع الدراسة (Alfonso.jensus,2020) بأن السمنة تزيد من مخاطر الإصابة بالأمراض المزمنة غير المعدية مما يقلل من جودة الحياة ومتوسط العمر المتوقع. حيث تشير النتائج إلى أن مستوى الكفاءة الذاتية والثقة في مهارات حل المشكلات، وكذلك القدرة على حل المشكلات والمواقف غير المتوقعة تختلف باختلاف نوع السمنة ( $p < 0.05$ ). بالإضافة إلى ذلك، هناك علاقة سلبية بين الكفاءة الذاتية العامة وصعوبة التنظيم العاطفي ( $R = -0.419$ ) بينما يُظهر الحالة الاجتماعية ومؤشر كتلة الجسم علاقة إيجابية ( $R = 0.380$ )، تستمر معتقدات الكفاءة الذاتية والشعور بالقدرة على التطور طوال فترة الحياة حيث يقوم الناس باستمرار بدمج المعلومات من مصادر أساسية، حيث تعد تجارب الأداء الخاصة بالناس أي محأو لاتهم الخاصة للتحكم في بيئاتهم أقوى مصدر لمعلومات الفعالية الذاتية. يمكن أن تتأثر معتقدات الكفاءة الذاتية بالإقناع اللفظي أو ما يقوله الآخرون للشخص حول ما يعتقد أنه يستطيع أو لا يستطيع فعله، بحيث ستتأثر فاعلية الإقناع اللفظي كمصدر لتوقعات الكفاءة الذاتية بعوامل مثل خبرة المصدر وموثوقيته وجاذبيته، وتؤثر الحالات الفسيولوجية والعاطفية على الكفاءة الذاتية عندما يتعلم الشخص ربط الأداء الضعيف أو الفشل المتصور بالإثارة الفسيولوجية المكروهة والنجاح بحالات الشعور اللطيف في الأنشطة التي تتطوي على القوة والقدرة على التحمل.

👉 وللتأكد من صحة الفرض المبني على انه "توجد فروق في مستوى الكفاءة الذاتية ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد الدراسة طبقا لاختلاف متغير مدة المرض" للتعرف ما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير مدة المرض "الازمان" لدى عينة الدراسة تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية تبعا لمدة المرض الذي يحتوي على ثلاث فئات وهي (من سنة الى 5 سنوات/ من 5 سنوات الى 10 سنوات/ من 10 سنوات فأكثر) استنادا الى قيمة ( $f= 7.812$ ) عند مستوى الدلالة اقل من (0.01)، وهذه النتيجة تبرز انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير مدة المرض، هذا راجع لإدراك المشاركين لمدى خطورة المرض وأثار السمنة والدرجة الإصابة بها. لان هناك فرق في تأثير زيادة الوزن والسمنة درجة

أولى وتأثير السمنة درجة 2 ودرجة 3 "السمنة المرضية" المريض، فالمعاناة بالمرض في بدايتها تكون اقل خطورة وكذا يتحكم فيها عامل السن ومستوى مؤشر كتلة الجسم الأقل من 30 لا يسبب خطورة كبيرة ولا يعيق النشاطات اليومية لأن بنية الجسم الفعلية وتصورات وزن الجسم للأفراد المصابين بالسمنة غير متوافقة، اذا كانت درجة الكفاءة الذاتية مرتفعة وادارة الذات والتحكم الذاتي للمصاب بالسمنة باختلاف درجتها يستطيع اتباع الحمية الغذائية والمثابرة على نظام غذائي صحي اما اذا كنت درجة الكفاءة الذاتية منخفضة نجد تزايد في الوزن بالتالي زيادة مؤشر كتلة الجسم وظهور امراض مصاحبة مزمنة حسب مدة المرض ونتائج الدراسة تتوافق مع ما جاءت به نظريات البدانة "نظرية الكبح" ونظرية السلوك الخاطيء" كما وضحاها كل من صفوت فرج في كتابه مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين، حيث بين أن النظريات الهرمونية أيضا تؤدي إلى السمنة مثل خلل في الغدة الدرقية أو هرمون الأنسولين.

تعتمد الكفاءة الذاتية على الطريقة التي يفكر بها في قدراتهم على أداء بعض الأنشطة في المرض "الاصابة بالسمنة"، فيما يتعلق بإدارة حالة صحية مستمرة، وليس على القدرات نفسها. كما يشير باندورا، فإن هذا يعني أن "الناس يميلون إلى تجنب المهام والمواقف التي يعتقدون أنها تتجاوز قدراتهم، لكن ... يقومون بأداء الأنشطة التي يرون أنهم قادرون على التعامل معها ويؤدونها بشكل أكيد." ويؤكد أن الطريقة القوية لتحسين ثقة الفرد فيما يتعلق بأداء مهارة أو سلوك معين (على سبيل المثال، مهارة التحكم الذاتي) تتمثل في النمذجة الأداء الناجح الذي يقوم به شخص آخر يبدو متشابهاً.

#### تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

تنص الفرضية على انه "توجد فروق في ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة تعزى لمتغيرات سوسوديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الحالية الاجتماعية، مدة المرض).

تبعاً لتأكد من صحة الفرضية تم استخدام اختبار فرق المتوسطي لتوضيح دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة في مستوى ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب المتغيرات سوسوديمغرافية (الجنس، والسن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية،، مدة المرض)

#### ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومتغير الجنس:

للفحص صحة الفرضية "توجد فروق تعزى لمتغير الجنس اتجاه ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة، اعتمدت على حساب قيمة التباين بين ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة باختلاف متغير الجنس واستنادا لقيمة التباين "ت" لكل محور من محاورالمقياس التي كانت أكبر من مستوى الدلالة

المفروض (0.01) كما هو مبين في الجدول رقم، وهذه النتيجة تبرز ان المشاركين لا تختلف آرائهم باختلاف الجنس (ذكر، انثى) أي أنهم يحملون نفس التصورات والاتجاهات لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة.

تفسير النتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة الحالية انه لا توجد فروق بين الجنسين حول ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة وهذا راجع لسياق نفسي اجتماعي بيولوجي يتحكم في نمط العيش والبيئة، بناء عليه نجد النتائج المتحصل عليها تختلف مع دراسة جينا شو (jina choo et al,2014) التي بحثت في الفروق بين الجنسين في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والمرتبطة بسمنة البطن لدى سكان كوريا وخلصت نتائج دراستها ان السمنة في منطقة البطن ارتبطت بشكل كبير بانخفاض مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة في عموم السكان الكوريين، والذي كان مستقلاً عن السمنة الكلية. لكن اختلف هذا الارتباط حسب الجنس، حيث كان مهماً خاصة بين النساء ولكن ليس بين الرجال.

### ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومتغير السن:

للفحص صحة الفرضية "توجد فروق تعزى لمتغير السن اتجاه ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة، اعتمدت على حساب قيمة التباين بين ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة باختلاف متغير السن واستنادا لقيمة التباين "ت" وذلك استنادا إلى أن قيمة الاختبار لكل محور من محاور المقياس، حيث نجد حيث بلغت قيمة التباين "F" محور الوظائف البدنية (F=8.81)؛ ومحور الصحة البدنية (F=16.06)؛ وقد قدرت قيمة التباين لمحور الألم الجسدي ب(F=24.79)؛ في حين كل من الأداء الاجتماعي والصحة النفسية قدرت على التوالي (F=8.54)؛ (F=18.98)؛ أما الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية (F=34.34)؛ ومحور الطاقة (F=4.98)؛ ومحور الصحة المدركة (F=7.66)؛ فهي دالة إحصائياً ومنه كل محاور المقياس دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وعليه فان الفرضية تحققت بانه توجد فروق تعزى لمتغير السن اتجاه ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة. نظراً لأن جودة الحياة يجب أن تشمل جميع سمات الحياة، تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة "على أنها حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليس فقط عدم وجود المرض أو الإعاقة" أحد الجوانب التي تؤدي إلى ضعف جودة الحياة هو مؤشر كتلة الجسم غير الطبيعي (BMI)، وتفسر هذه النتيجة أن المشاركين تختلف آرائهم وادراكاتهم لمفهوم جودة الحياة باختلاف الفئات العمرية أي أنهم لا يحملون نفس التصورات والاتجاهات في ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة ونتائج الدراسة الحالية تختلف عن نتائج دراسة (عدودة صليحة، 2015) التي خلصت نتائج دراستها غياب الفروق الدالة احصائياً في الدرجة

الكلية لمحاورة جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب العمر. كما تتفق مع دراسة كل من فليكس وزملائه ( j.filix,2020 et al ) التي بحثت في جودة الحياة المرتبطة بالصحة والمرتبطة بالسمنة المفرطة لدى المراهقين: من خلال النتائج المتحصل عليها اكدوا على وجود فروق في متوسط العمر حول ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة تم تقييم الفروق بين مؤشر كتلة الجسم وابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة، باستخدام نماذج الانحدار اللوجستي والخطي، والتكيف مع العمر والجنس في تحليل الانحدار الثاني، قام الباحثون بتضمين خصائص أخرى لتحديد المحددات المحتملة لـ لجودة الحياة المتعلقة بالصحة على عينة من ثلاثمائة واثنين وخمسين مراهقاً (متوسط العمر: 16.6 (± 2.4)، متوسط مؤشر كتلة الجسم: 39.1 (± 7.5) كجم / م 2) مع توفر بيانات HRQoL المتاحة، حيث خلصت نتائج هاته الدراسة الى ان مستوى ابعاد جودة الحياة ينخفض HRQoL للمراهقين المصابين بالسمنة، ولكن يتأثر بكثير مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) للمراهقين المصابين بالسمنة المفرطة بشكل خاص. تعد الدراسات الأكبر والطولية ضرورية لفهم العلاقة بين السمنة المفرطة و(HRQoL).

اذن السمنة تؤثر بشكل كبير على معدل جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL) ويمكن أن تؤدي إلى العديد من المشكلات الصحية وتؤثر وتتأثر بنمط الحياة أو العوامل الاجتماعية والاقتصادية الأخرى، أو عوامل جينية أو سلوكية وهذا ما جاءت به نظرية السلوك الخاطئ ووفقاً لهذه النظرية (Schachter et Nisbett, 1968)، فإن الافراد البدنيين لا يستطيعون تنظيم تناول طعامهم بشكل طبيعي لأنهم سيكونون أكثر حساسية تجاه التحفيز الخارجي من التحفيز الداخلي. يظهر العلم أن الجينات تلعب دوراً في السمنة. يمكن أن تسبب الجينات السمنة بشكل مباشر في اضطرابات معينة لا تتنبأ الجينات دائماً بالصحة المستقبلية. قد تكون هناك حاجة للجينات والسلوك على حد سواء لشخص يعاني من زيادة الوزن / السمنة (Claude bouchard,1989,p 67).

✚ للتأكد من صحة الفرضية "توجد فروق ذات معنوية اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المصابين بالسمنة.

اعتمدت على حساب قيمة التباين بين ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة باختلاف متغير المستوى التعليمي واستنادا لقيمة التباين "ت" من خلال نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب المستوى التعليمي نلاحظ من الجدول (43) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة أقل من (0.01) حول ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة تعزى للمستوى التعليمي، وذلك استنادا لقيمة التباين "ت" لكل محور من محاور المقياس ما عدا محور الصحة البدنية غير



دال احصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذه النتيجة تبين ان المشاركين تختلف آرائهم باختلاف المستوى التعليمي اتجاه ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة في كل من بعد الوظائف البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية، الصحة النفسية، الطاقة، الصحة المدركة بمعنى ان ادراكهم لمفهوم جودة الحياة يختلف حسب ثقافتهم ومستواهم العلمي إلا بعد الصحة البدنية الذي لا تختلف آرائهم وادراهم باختلاف المستوى التعليمي. الإحساس الداخلي بحسن الحال والرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها المرء بينما يرتبط الإحساس بالانفعالات ويرتبط الرضا بالقناعة الفكرية أو المعرفية. تختلف نتائج دراستنا الحالية مع نتائج دراسة (عدودة صليحة، 2015) لا توجد فروق الدالة احصائيا في الدرجة الكلية لمحاوومقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة كما تتفق مع نتائج الدراسة الحالية مع دراسة ريجيدور (Regidor et al, 1999) التي بحثت بين الصحة المدركة ومستوى التعليم لدى السكان الراشدين في اسبانيا، توصلت النتائج ان الضعف في مستوى الادراك الصحي مرتبط بانخفاض مستوى التعليم، باستثناء النساء من مستوى التعليم المتوسط اللاتي كانت لديهن مستويات اعلى في مختلف الابعاد.

كما ظهرت اكبر الفروق في المستوى التعليمي لدى الرجال والنساء في الصحة النفسية والصحة العامة لدى الأشخاص في السن " 25-44 سنة" وفي الوظائف الجسمية والصحة العامة في السن من " 45-64"، اما في فئة السن من 65 فما فوق فقد كانت اكبر الفروق التي وجدت في الوظائف الجسمية والحيوية لدى الرجال والام الجسم والدور العاطفي الانفعالي لدى النساء (عدودة صليحة،، 2015، ص 235)

اكدت ماريا جوسي قارسيا (Maria j. g, et al, 2009) هدفت الدراسة للبحث في دور المستوى التعليمي وعلاقة مؤشر كتلة الجسم (BMI) ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQL) لدى النساء البدينات القاطنات بالريف بإسبانيا قامت الدراسة على عينة مكونة من 1298 امرأة (تتراوح أعمارهن بين 18 و 60 عاماً) تم اختيارهن عشوائياً، حيث تم تقييم HRQL باستخدام استبيان SF-36 تم تلخيص العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم (BMI) والدرجات دون المثالية في أبعاد HRQL المختلفة باستخدام نسب الأرجحية (ORS)، التي تم الحصول عليها من نماذج الانحدار اللوجستي متعدد المتغيرات، تم إجراء تحليلات منفصلة للنساء اللاتي تعلمهن دون سن 16 عاماً والنساء الحاصلات على تعليم ثانوي لتقييم الاختلافات في العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم و HRQL وفقاً للمستوى التعليمي، خلصت نتائج الدراسة ان تأثير السمنة على HRQL لدى النساء أكبر بين اللواتي لديهم مستوى تعليمي أقل. سجلت هذه المجموعة ارتفاعاً في انتشار السمنة وضعف الإدراك الذاتي للصحة، جودة الحياة المتعلقة بالصحة هي الصحة الجسدية والعقلية للفرد أو المجموعة مع مرور الوقت.

✚ لفحص الفرضية التي تنص على أنه "توجد فروق تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

نلاحظ من خلال تفسيرنا لنتائج الجدول رقم (44) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.01$ ) في اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى أبعاد الجودة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لبعض محاور المقياس كل من محور الصحة البدنية ( $F=23.36$ )؛ ومحور الأداء الاجتماعي ( $F=9.63$ )؛ بالإضافة لمحور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات ( $F=10.40$ ) ومحور الصحة المدركة ( $F=8.53$ ) وذلك استنادا إلى أن قيمة الاختبار ( $F$ ) التي ظهرت دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، حين محور الوظائف الرياضية ( $F=0.54$ ) ومحور الألم الجسدي ( $F=3.23$ )، وكل من محور الصحة النفسية ومحور الطاقة ( $F=2.33$ )؛ ( $F=3.51$ ) أظهرت النتائج أنه غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)

وهذه النتيجة تثبت أن الفرضية تحققت أي أن عينة الدراسة تختلف آرائهم باختلاف المستوى الاقتصادي اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة في كل من بعد الصحة البدنية، الأداء الاجتماعي، ومحور الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية، والصحة المدركة وهذا مفاده أن المشاركين لا يحملون نفس التصورات والاتجاهات في اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة إلا اتجاه محور الوظائف البدنية، الألم الجسدي، ومحور الصحة النفسية ومحور الطاقة الذي لا تختلف آرائهم باختلاف المستوى الاقتصادي، لان الجزائر بلد غني فقير في نفس الوقت وبالتالي نفتقر لنمط غذائي صحي متوازن وعليه تحتكر الأمهات الوجبات الغذائية اليومية بتدبير كيف توفر لهم الطعام لسد الجوع والشعور بالشبع بدلا من ان تفكر في كيفية تحضير وجبة صحية متكاملة، ناهيك عن الوضع الاقتصادي السائد أن التاجر يفكر كيف يربح توجد عوامل الكثيرة متداخلة الربط بين الدخل اليومي للمشاركين، كذلك ثقافة الغذاء والتغذية، نمط الطبخ وكيفية تقديمه، نوعية المأكولات... الخ.

✚ للتأكد من صحة الفرضية القائمة على توقع أنه "توجد فروق تعزى متغير الحالة الاجتماعية في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (45) نتائج اختبار الفرضية أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول مستوى أبعاد الجودة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لبعض محاور المقياس وذلك استنادا إلى أن قيمة الاختبار ( $F$ ) لكل محور من محاور المقياس، حيث نجد حيث بلغت قيمة التباين " $F$ " محور الوظائف البدنية ( $F=6.60$ )؛ أما قدرت قيمة التباين لمحور

الأداء الاجتماعي بـ ( $F=30.11$ )؛ بالإضافة لمحور الصحة النفسية ( $F=6.55$ )، وكل من محور الطاقة ( $F=7.42$ )؛ والصحة المدركة ( $F=4.06$ ) وأخيرا كل من محور الصحة البدنية ( $F=2.79$ )؛ ومحور الألم الجسدي ( $F=0.32$ ) ومحور الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية ( $F=2.99$ )؛ هي محاور غير دال إحصائيا لأن مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة ( $0.01$ ).

وهذه النتيجة تفسر أن المشاركين تختلف آرائهم باختلاف الحالة الاجتماعية اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة كل من بعد الوظائف البدنية، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الطاقة، والصحة المدركة أي أنهم لا يحملون نفس التصورات والاتجاهات في اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة إلا اتجاه محور الصحة البدنية، الألم الجسدي، ومحور الحدود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية الذي لا تختلف آرائهم باختلاف الحالة الاجتماعية، المجتمع الجزائري وخاصة المحلي "مدينة بسكرة" تختلف ادراكهم وثقافتهم وآرائهم وتصوراتهم اتجاه مفهوم السمنة وما ينتج عنها، وهذا راجع لأنثروبولوجيا الانسان ونظريته وتفسيره للسمنة، غير ان الآراء تختلف من وجهة نظر المشاركين ليس تصور أو ادراك المتزوج (ة)البدن (ة) للجودة الحياة المتعلقة بالصحة للأعزب (ة) أو المطلق (ة) أو الارمل (ة) من خلال نتائج التمثيل البياني لتوزيع المشاركين وفق الحالة الاجتماعية نجد نسبة المتزوجين (79%) وهذا يدل على تغير أسلوب الغذاء وكذا سلوكيات الاكل بالنسبة للمتزوجين لما كانوا عليه سابقا، كما ان هناك بعض التداخل وخاصة عند النساء من حيث الولادة وكذا تناول حبوب منع الحمل.

جاءت نتائج دراستنا الحالية موافقة لما أكده الباحثان لورا كروز وزملاؤها ( Laura krause et al,2014) في مقال حيث بحث هذه الدراسة في العلاقة بين HRQL والسمنة، وما إذا كانت هذه العلاقة تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية والاقتصادية أم لا. عن طريق المسح الصحي تمثلت العينة (ن=33716) للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 16 وما فوق. ينخفض إجمالي دخل الأسرة السنوي المحدد مقابل مجموعة شاملة من مؤشرات للوضع الاجتماعي والاقتصادي، باستخدام الانحدار الخطي، اثبتت نتائج الدراسة ان جودة الحياة المتعلقة بالصحة تختلف باختلاف الوضع الاجتماعي الاقتصادي.

كما أكد الباحثان جوناس وستيفان (Jonas minet et stephen,2010) في دراسة هدفت للبحث في التباين الاجتماعي والاقتصادي في تأثير السمنة على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، لتقييم العلاقة بين HRQL والسمنة، وما إذا كانت هذه العلاقة تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية والاقتصادية، بناء عليه اثبتت نتائج هذه الدراسة هناك أدلة على أن السمنة لها تأثير سلبي على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ومع

ذلك، فقد تم إيلاء القليل من الاهتمام للاختلافات في هذا التأثير بين المشاركين من حيث الوضع الاجتماعي والاقتصادي.

✚ للتأكد من صحة الفرضية القائلة انه" توجد فروق في ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة تعزى لمتغير مدة المرض لدى عينة الدراسة:

نلاحظ من الجدول رقم (46) واستنادا لقيمة التباين نجد أن كل من محور الصحة البدنية ( $F=1.56$ )؛ ومحور الألم الجسدي ( $F=0.32$ ) ومحور الأداء الاجتماعي ( $F=3.60$ )؛ ومحور الصحة المدركة ( $F=3.29$ )؛ هي محاور غير دال إحصائيا عند مستوى الدلالة أكبر من (0.01) اما محاورالمقياس محور الوظائف البدنية ( $F=42.58$ )؛ وقدرت قيمة التباين لمحور الصحة النفسية بـ( $F=40.6$ )؛ بالإضافة لمحور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات ( $F=28.22$ )، وكل من محور الطاقة ( $F=7.72$ ) فهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.01$ )

تفسر هذه النتيجة أن المشاركين تختلف آرائهم باختلاف مدة المرض اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة في كل من بعد الوظائف البدنية؛ والصحة النفسية؛ الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات؛ الطاقة؛ أي أنهم لا يحملون نفس التصورات والاتجاهات في اتجاه أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة على عكس الصحة البدنية ومحور الألم الجسدي؛ ومحور الأداء الاجتماعي ومحور الصحة المدركة الذي لا تختلف آرائهم باختلاف مدة المرض.

من خلال الدراسات السابقة والتراث الادبي قد ثبت أن السمنة لها تأثير ضار على مستوى الأداء والمزاج والصحة المتصورة ومفهوم الذات. علاوة على ذلك، فإن العديد من الأشخاص الذين يعانون من السمنة يبلغون أيضا عن مستويات عالية من الألم الجسدي مما يزيد من ضعف جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL)، لان خطورة المرض والامراض المصاحبة للسمنة لها أثر كبير ومخاطر على الصحة العامة. وهذا ما يؤدي الى تدني مستوى نشاط الفرد والى تراجع في نشاطاته اليومية، كما يعاني من القلق والاكتئاب وتدهور الحالة الاجتماعية. وهذا ما يتضح لنا من تفسيرنا للنسبة المئوية والمقدرة ب (56%) لدى المشاركين الذين يعانون من مرض السمنة [من سنة الى 5 سنوات] عدم قدرتهم على تحمل واقع المرض في الوهلة الأولى، كذلك الرفض التام للتغيرات الطارئة في الحياة اليومية للأفراد ناهيك عن بعض المضايقات من البيئة الخارجية" الاسرة، المجتمع، العمل" وهناك بعض الأزواج يجدون الرفض التام من طرف الشريك لعدة أسباب من أهمها الربط بين الضعف الجنسي والوزن الزائد هو سوء الحالة النفسية والتركيز على ما يفكر فيه شريك حياتك عن جسمك أثناء ممارسة العلاقة الحميمة حيث أن الدافع الجنسي مرتبط بقوة الثقة

في شكل الجسم ومظهره (قطيمة وداد، 2017) تتفاعل العوامل الفيزيولوجية والنفسية لان الاداء الجنسي يعد جانباً مهماً من جوانب جودة الحياة لكثير من الأفراد المصابين بالسمنة.

**تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة:** "يوجد تأثير للكفاءة الذاتية على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة للتأكد من صحة الفرضية قائلة " هناك تأثير للكفاءة الذاتية على مؤشر كتلة الجسم حسب إجابات عينة الدراسة تم استخدام اختبار (Ordinal logistic regression) حيث يتميز هذا النوع بتفسير أثر المنبئة (المستقلة) بالاختلاف مستويات قياسها على الاستجابات الرتيبة بمعنى أن يكون المتغير التابع متغيراً رتبياً بعد اختبارها أظهرت النتائج أنه يوجد أثر للكفاءة الذاتية على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة، حيث بلغت قيمة ( $R^2=0.382$ )، أي ما يفسر مؤشر كتلة الجسم بمقدار 38.2% من التغيرات التي تحدث في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة. وعليه فنتيجة الدراسة تثبت ان مستوى الكفاءة الذاتية يتحكم في مؤشر كتلة الجسم، فالكفاءة الذاتية المرتفعة تعزز من التحكم في الوزن، يميل الافراد ذوو الإحساس المرتفع من الكفاءة العالية الى بذل جهد كبير في محأو لتهم لإنجاز مهارات معينة وهم كذلك أكثر اصراراً عندما يواجهون عقبات تعيق نجاحهم، أما الاشخاص ذوو الإحساس المنخفض بالكفاءة الذاتية فسوف يبذلون جهود أقل ويتوقفون بسرعة عن الاستمرار بالعمل عندما يواجهون عقبات تعيق انجاز المهمات، كما جاء به في نظرية السلوك المخطط التي اقترحها اسيك اجزن (Icen Ajzen, 1985) في مقالته "من النوايا إلى الأفعال" أي التحكم السلوكي المدرك لتحسين القدرة التنبؤية.

وهذا ما جاء في دراسة دوري ليوولولران كليك (Doreen et Lauren, 2020) التي بحثت في الكفاءة الذاتية والاعتبارات النفسية والاجتماعية على عينة من 174 مشاركاً (من 18 إلى 40 عاماً)، حيث تم قياس تسعة عشر سلوكاً للحد من مخاطر السمنة، والكفاءة الذاتية والتركيبات النفسية المستمدة من نظرية السلوك المخطط. أجريت التحليلات الإحصائية باستخدام توزيعات التردد واختبارات t وتحليل الانحدار.

ظهرت نتائج تحليل الانحدار إلى أن 37.5% من التباين في سلوك الحد من مخاطر السمنة يرجع إلى الكفاءة الذاتية وحدها. كما أشارت مقارنات اختبار T إلى تكرار أكبر لاعتماد 17 سلوكاً صحياً بين الأفراد المصنفين في مجموعة "الكفاءة الذاتية العالية" عند مستوى الدلالة  $p < 0.05$ ، خلصت هذه الدراسة هذه السلوكيات تضمنت الحد من أحجام حصص الطعام، وتناول الفواكه والخضروات، والانخراط في نشاط بدني، ومراقبة الإجهاد ووزن الجسم. يحتاج أخصائي التغذية الذين يعملون مع الأمريكيين الشباب إلى تقييم كفاءتهم الذاتية للانخراط في سلوكيات الحد من مخاطر السمنة. لتعزيز الثقة في تبني هذه السلوكيات، فإن تنفيذ تدخلات التغذية لبناء المهارات أمر بالغ الأهمية للوقاية من السمنة.

كذلك دراسة بروك نزمي وآخرون (Brooke t. Nezami , et al,2016) الذي اثبت من خلال النتائج المتحصل عليها ان الكفاءة الذاتية تتحكم في الأكل والنشاط البدني، والكفاءة الذاتية أثناء المرحلة النشطة من التدخل، تنبأ بالمدخول الغذائي والنشاط البدني وفقدان الوزن في نقاط لاحقة . تشير نظريات السلوك الصحي إلى أن زيادة الكفاءة الذاتية بمرور الوقت ستؤدي إلى تغيير السلوك. ارتبطت الكفاءة الذاتية بتبني العديد من السلوكيات الصحية والمشاركة فيها، غالباً ما يُنظر إليه على أنه هدف أساسي للتغيير في التدخلات السلوكية لفقدان الوزن تمت دراسة الكفاءة الذاتية على نطاق واسع باعتبارها علاقة نفسية اجتماعية ومنتبئة بالتغيرات في الوزن والسلوكيات المرتبطة بالوزن. (جيفري، 2004)

**تفسير ومناقشة الفرضية السادسة:** " يوجد أثر لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة"، للاختبار هذه الفرضية سنستخدم على نتائج اختبار الانحدار المتعدد اللوجستي (*Multinomial Logistic Regression*) كما هو مبين في الجدول رقم (47) أن اختبار معنوية العلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة وبالاعتماد على التحليل الإحصائي للقيمة النهائية الصيغة (**Chi-Square**) حيث يتضح إن قيمة الاحتمالية والقيمة الإحصائية الخاصة بقيمة (**Chi-Square=33.428**) في النموذج والتي كانت (0.002) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.01) هذا يعني ان اختبار معنوية كل متغير مستقل على المستقل المتغير التابع بشكل منفصل وتم الاعتماد على معنوية كل متغير من خلال الاعتماد على معيار نسبة الإمكان المعتمد على احصاءة (**Chi-Square**)

ومن خلال تفسير النتائج تحقق الفرضية "أنه يوجد تأثير لأبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة على مؤشر كتلة الجسم (من 25 إلى 29.9 زيادة في الوزن؛ من 30 إلى 34.9 سمنة خفيفة" درجة"1 ؛ من 35 إلى 39.9 سمنة متوسطة" درجة"1؛ سمنة مفرطة درجة"3 ) على لدى عينة الدراسة المتمثلة كل من (الوظائف البدنية؛ الصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات؛ الصحة النفسية؛ الطاقة؛ الصحة المدركة) في حين مؤشر كتلة الجسم بالمقدار (من 25 كلغ إلى 29.9 كلغ "زيادة في الوزن") ليس له تأثير على الأداء الاجتماعي.

تتفق نتائج دراستنا الحالية مع نتائج دراسة ابال (Apple, et al,2018) حلت هذه الدراسة العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم وابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة، باستخدام انحدار المربعات الصغرى العادية. سمح كل نموذج بإمكانية وجود علاقة غير خطية بين مؤشر كتلة الجسم وابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة، مع ضبط العمر والجنس والأمراض المصاحبة والنظام الغذائي والنشاط البدني.

كما تؤكد دراسة جاهرومي وكرمتو الله (Jahromi, R., 2020A. and Karamatollah) التي بحثت في العلاقة بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة والوزن غير طبيعي، تضمنت الدراسة عينة مكونة من (134) مشاركا تتراوح أعمارهم بين (18-39 عاما) مقسمين الى ثلاث فئات للوزن باستخدام الاستبيان SF-36 لقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة، أظهرت نتائج تحليلات الانحدار الخطي العلاقة السلبية بين مؤشر كتلة الجسم وعنصر الصحة العامة في HRQL، ومع ذلك، هناك علاقة إيجابية بالدور العاطفي. لكن مؤشر كتلة الجسم لم يكن مرتبطاً بستة أبعاد أخرى، وأيضاً مع ملخص المكونات الجسدية والنفسية وبجودة الحياة الصحية الشاملة. تختلف نتائج من دراسة لآخري من حيث تأثير الابعاد جودة الحياة بدرجات متفاوتة لكن المتفق عليه والمؤكد ان ابعاد جودة الحياة تأثر في مؤشر كتلة الجسم وخاصة لدى المصابين بالسمنة المرضية درجة 3 والسمنة درجة 2 ولديهم كفاءة ذاتية منخفضة مع تفاعل بعض العوامل البيئية والنفسية والاجتماعية وكذلك نمط الغذاء وظهور بعض الامراض المزمنة المصاحبة التي قد تكون سببا أو تكون نتيجة وهذا ما يتضح لنا من خلال معامل الانحدار (B) من الجدول رقم (51)

تفسير ومناقشة الفرضية السابعة: " يوجد أثر تفاعل بين كل من الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة".

لاختبار هذه الفرضية نعتمد نتائج اختبار النموذج الخطي العام المتعدد ( *Multiple general*

*linear model*)

من خلال نتائج الجدول رقم (48) انّ الفرضية تحققت أي أنه يوجد أثر لتفاعل كل من الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة المتمثلة في كل من (الوظائف البدنية؛ الصحة البدنية؛ الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي؛ الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات؛ الصحة النفسية؛ الطاقة؛ الصحة المدركة) في حين مؤشر كتلة الجسم لا يؤثر على كل من الأداء الاجتماعي والصحة المدركة لدى المصابين بالسمنة. من خلال عرضنا وتفسيرنا لنتائج تحليل الانحدار المتعدد (GLM) تبين أنه يوجد تأثير لكل من محور الوظائف البدنية بتباين الكفاءة الذاتية المقدر بـ (F=7.25)؛ ومؤشر كتلة الجسم (F=4.21)، بالإضافة لمحور الصحة البدنية حيث تبين أن كل من الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم دل إحصائياً بتباين على التوالي (F=9.05)؛ (F=15.01) في حين الألم الجسدي بتباين الكفاءة الذاتية (F=30.38)؛ مؤشر كتلة الجسم (F=16.36)، أما الأداء الاجتماعي تبين أن مؤشر كتلة الجسم لا يؤثر على الأداء الاجتماعي إذا أن قيمة التباين (F=0.002) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)؛ أما الكفاءة الذاتية دال إحصائياً بتباين (F=21.70)؛ ونجد أيضاً

كل من محور الصحة النفسية ومحور الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات ومحور الطاقة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة أقل من (0.01)، حيث جاءت على التوالي: ( $F=85.56$ )؛ ( $F=447.30$ )؛ ( $F=11.56$ ) للكفاءة الذاتية و ( $F=25.17$ )؛ ( $F=56.01$ )؛ ( $F=2.00$ ) لمؤشر كتلة الجسم، في حين المحور الأخير الصحة المدركة تبين يوجد تأثير للكفاءة الذاتية ( $F=4.28$ )، أما مؤشر كتلة الجسم غير دال إحصائياً بتباين قدر ب ( $F=0.32$ ) ، عند مستوى دلالة أكبر من المستوى المفروض (0.01) وهذا يتوافق مع نتائج الدراسات السابقة لكل من (Hafizah & Sandeep, 2017) و (Faghri.B et al, 2015) و (Maccaroll et al, 2014) ، أكدوا على ان الكفاءة الذاتية المرتفعة لها تأثير على مؤشر كتلة الجسم، وبالتالي تتعدى العلاقة لتأثير على ابعاد جودة الحياة وفي حال ما كانت الكفاءة الذاتية منخفضة يجب العمل على تعزيز وتنمية الكفاءة الذاتية لتحسين من جودة الحياة المتعلقة بالصحة من خلال انقاص الوزن والتحكم الذاتي في النظام الغذائي واتباع الحمية الغذائية وتناول أغذية صحية لان طبيعة عينة الدراسة لها نمط غذائي متميز عن المناطق الأخرى وبالتالي نجد ان نسبة المشاركين الذين يعانون من مؤشر كتلة الجسم اكثر من 30 ( $BMI \leq 30$ ) وهذا نتاج الوجبات الغذائية المشبعة بالدهون والسكريات والنشويات مع انعدام النشاط البدني.

وتتوافق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Anita Dyb Linge et al, 2021) هدفت الدراسة إلى فحص التغييرات الناتجة في جودة الحياة المتعلقة بالصحة للمشاركين (HRQoL) ، ومؤشر كتلة الجسم (BMI)، الكفاءة الذاتية (SE) باستخدام تحليلات الانحدار الخطي المتعددة، توصلت النتائج الدراسة على ارتباط كبير بين (HRQoL) ومؤشر كتلة الجسم والكفاءة الذاتية (SE)، أوضح نموذج الانحدار 71.8% من تباين HRQoL الاستنتاج أشارت النتائج إلى تغييرات إيجابية في HRQoL ، BMI ، SE، من خط الأساس إلى المتابعة لمدة 12 شهراً. العوامل المرتبطة HRQoL في 12 شهرا المتابعة انخفضت مؤشر كتلة الجسم، وزيادة الكفاءة الذاتية، وتقليل الغياب عن العمل.

تعتبر السمنة حالة متعددة العوامل تنطوي على جوانب طبية ونفسية واجتماعية، السمنة هي اضطراب سلوكي يعكس الإفراط في تناول الطعام مقارنة بإنفاق الطاقة، لذلك يجب النظر في المساهم الجينية في بدء السمنة والحفاظ عليها (F.Pimenta et al, 2015)، وهذا راجع عدة أسباب مثلا الجين المسبب للسمنة من خلال العديد من الأبحاث والدراسات الوبائية الحالية للسمنة على سبيل المثال، وجدت دراسة رئيسية قارنت مؤشر كتلة الجسم (BMI) لتوأم تمت تربيتهم معاً أو على حدى، أن العوامل الموروثة كان لها تأثير أكبر من بيئة الطفولة. الجين الأكثر شيوعاً هو (MC4R)، الذي يشفر مستقبل الميلانوكورتين 4. تم



العثور على التغييرات في MC4R التي تقلل من وظيفتها في جزء صغير (أقل من 5 %) من الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة في مجموعات عرقية مختلفة. يشعر الأطفال المصابون بالجوع الشديد وبصابون بالسمنة بسبب الإفراط المستمر في تناول الطعام (فرط الأكل). حتى الآن، هناك متغيرات نادرة في تسعة جينات على الأقل متورطة في السمنة أحادية الجين، يمكن تصنيف الأسباب الوراثية للسمنة على نطاق واسع إلى: الأسباب أحادية الجين: تلك التي تسببها طفرة جينية واحدة، تقع أساساً في مسار اللبتين-ميلانوكورتين، والسمنة المتلازمة" السمنة الشديدة المرتبطة بأنماط ظاهرية أخرى مثل تشوهات النمو العصبي، وتشوهات الأعضاء/ الجهاز الأخرى، والسمنة متعددة الجينات" ناتجة عن المساهمة التراكمية لعدد كبير من الجينات التي يتم تضخيم تأثيرها في بيئة "زيادة الوزن".

**تفسير ومناقشة الفرضية الثامنة:** يوجد أثر بين الامراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة".

لاختبار هذه الفرضية سنعتمد على نتائج اختبار الانحدار متعدد المستويات ( *Multi-level regression*)، بعد إدراج متنبئ المستوى 1 (الأمراض المزمنة)، ومنتبئ المستوى 2 (مؤشر كتلة الجسم)، من خلال نتائج الجدول رقم (49) هناك تفاعل عبر المستويات، حيث تبين أنه هناك تبيان بين مستويين استنادا لقيمة التقدير (Estimate=1.049) عند مستوى الدلالة أقل ( $\alpha \leq 0.01$ ).

أنه يوجد أثر تفاعل بين الأمراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم (BMI) على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQL) لدى عينة الدراسة المتمثلة في كل من (الوظائف البدنية 5.10؛ الصحة البدنية 2.12؛ الألم الجسدي 1.04؛ الأداء الاجتماعي 4.01؛ الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات 2.05؛ الصحة النفسية 3.11؛ الطاقة 1.28؛ الصحة المدركة 4.08). تفسر نتائج الجدول رقم (50) على انه يوجد أثر تفاعل بين الامراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم (BMI) على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQL) لدى المصابين بالسمنة، وهذه الأخيرة ترتبط بمجموعة من الأمراض المصاحبة المزمنة المذكورة في الجانب النظري مثل "داء السكري، الضغط الدموي، امراض القلب والتنفس، الام المفاصل وهشاشة العظام، السرطان..." تدل على ان المشاركين الذين يعانون من ارتفاع مؤشر كتلة الجسم وامراض مزمنة مصاحبة للسمنة لديهم انخفاض في درجات جودة الحياة المتعلقة بالصحة وخاصة في الابعاد "الوظائف البدنية، الصحة المدركة، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية" بقيم تقدير Estimate من حيث التفاعل بين الامراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة، وبذلك تحققت صحة الفرضية. ان إدراك مفهوم جودة الحياة لدى المصابين بالسمنة يختلف باختلاف معاناتهم.

كما لا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة بايفي كوهونان وزملاؤه (Päivi, et al, 2014)، حيث ركزت على تقييم تأثير زيادة الوزن والسمنة على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) في الأشخاص غير المصابين بأمراض مزمنة على عينة تضمنت 1187 من الأفراد الأصحاء على ما يبدو (متوسط العمر  $57 \pm 7$  سنوات)، منهم 24% تم تصنيفهم على أنهم وزن طبيعي، و49% يعانون من زيادة الوزن، و20% يعانون من السمنة المفرطة، و7% يعانون من السمنة المفرطة. باستخدام أداتين مختلفتين من الاستبيان العام للمسح الصحي قصير النموذج (SF-36)، وتوصلت نتائج هاته الدراسة لانخفاض جميع المكونات الفيزيائية لـ SF-36 خطياً وفقاً لفئات مؤشر كتلة الجسم لدى النساء. أما لدى الرجال، أظهر بعد الأداء البدني مع ارتفاع مؤشر كتلة الجسم انخفاض خطياً، لم تختلف الدرجات على المكونات النفسية لـ SF-36 باختلاف فئات مؤشر كتلة الجسم في أي من الجنسين. انخفض مؤشر EQ-5D ودرجات المقياس التناظري البصري EuroQol خطياً مع ارتفاع مؤشر كتلة الجسم فقط عند النساء. أما الأشخاص في منتصف العمر الذين يتمتعون بصحة جيدة على ما يبدو، ينخفض معدل HRQoL الجسدي مع زيادة مستوى مؤشر كتلة الجسم وأكثر في النساء منه لدى الرجال. لا تختلف المكونات النفسية لـ HRQoL بين فئات مؤشر كتلة الجسم في أي من الجنسين.

أما دراسة ساش واخرون (T.H. Sache, et al, 2007) أوضحت العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم وجودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) باستخدام الانحدار الخطي / اللوجستي المتعدد للتكيف مع العوامل المعروف أنها تؤثر على HRQoL، أفاد الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة أن نسبة HRQoL أسوأ من الأشخاص ذوي الوزن الطبيعي. الأشخاص الذين يعانون من نقص الوزن أبلغوا أيضاً عن أسوأ HRQoL.

**تفسير ومناقشة الفرضية التاسعة:** "يوجد أثر لمدة المرض والأمراض المصاحبة على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة"، تتفرع هذه الفرضية لفرضيتين جزئيتين كالآتي:

✚ للتأكد نتوقع وجود أثر لمدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة.

لحساب أثر مدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة (الوظائف البدنية، الصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات الطاقة، الصحة المدركة) لدى عينة الدراسة استخدمنا تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis)، ومن خلال تحليل نتائج المتحصل عليها الجدول رقم (51) نتوقع وجود أثر لمدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة من خلال التأثير على كل من (الوظائف البدنية،

الأداء الاجتماعي، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات). حيث بلغت قيمة (F) المحسوبة (23.012)، وهي دالة عند مستوى معنوية (0.000)؛ كما بلغ معامل التفسير ( $R^2=0.386$ ) مما يشير إلى أن مدة المرض تؤثر على متغير جودة الحياة المتعلقة بالصحة ما قيمته (38.6%) من التغيرات التي تحدث في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة من وجهة نظر المشاركين، ومن خلال معاملات معادلة الانحدار المتعدد والتي تتمثل في قيمة المعامل (B) تعين على التنبؤ بدرجات المتغير التابع (مدة المرض)، وتشير هذه المعادلة على أنه كلما ارتفعت درجات المستجيب على المتغيرات ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ارتفعت درجاته على مدة المرض، كما ان ترتيب المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار المتعدد على حسب قوة تأثير كل منها على المتغير التابع (مدة المرض) ويوضح لنا الجدول أن يوجد اثر لمدة المرض على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة من خلال التأثير على كل من المحاور التالية (الوظائف البدنية، الصحة النفسية، الحدود التي الاضطرابات والانفعالات) اذ بلغت قيمة "ت" المحسوبة للأبعاد على الترتيب (8.868)، (5.676)، (6.786)، (5.114)، عند مستوى الدلالة اقل 0.01

$$Y=6.133+(0.761)X_1+0.132X_2+0.039X_3+(0.506)X_4+(0.099)X_5+(0.1.145)X_6+0.064X_7+(0.003)X_8+e_i$$

تفسر النتائج المتحصل عليها من هذه الدراسة ان مدة المرض تؤثر في ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة بحيث نجدان نسبة (56%) مقابل تكرار 170 مصابا بالسمنة من سنة الى 5 سنوات وهذا راجع لعدم تقبل المرض وعدم التحكم الوزن في الوهلة الأولى أي ما يسبب صدمة أو حتى رفض العلاج مقارنة بنسبة (13.6%) أي ما يعادل 41 مشاركا يعانون من السمنة اكثر من 5 سنوات الى عشرة سنوات وهذا ما يفسر بان الافراد تكيف مع المرض، وبالتالي تم تعزيز الكفاءة الذاتية الشخصية لديهم وذلك بممارسة الرياضة واتباع حمية غذائية والمواظبة على برنامج علاجي والقيام بالنشاط ابدي والوظائف اليومية" المشي، والعمل، التسوق، زيارة الأقارب، صعود الدرج...." كما ترتبط السمنة بزيادة خطر حدوث العديد من الحالات الطبية، مثل مرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية والتهاب هشاشة العظام الطرف السفلي، والتي يمكن أن تساهم العوامل في تطوير عجز الوظائف البدنية المرتبطة بالسمنة. قد تؤدي السمنة أيضا إلى حث الضغوط النفسية الحيوية الى اضطراب الانفعالات" القلق، التوتر، التي تؤدي إلى صعوبات التنقل والحركة خاصة لدى المصابين بالسمنة المفرطة "درجة ثالثة" وهناك عاملا آخر يمكن أن يتوسط جزئيا من التأثير الضار بالسمنة على الوظيفة البدنية هو ألم جسدي الذي يظهر لدى الفئة العمرية اكثر من [51-60 سنة] وهذا من الطبيعي وتفرضه المرحلة العمرية ونمط الحياة، لكن تختلف اثاره على الصحة النفسية والبدنية

حسب مستوى كفاءة الذاتية ووفقا لباندورا، هناك عاملان يؤثران على ما إذا كان شخص ما يشارك في سلوك معين أم لا: توقع النتائج والفعالية الذاتية. بمعنى آخر، قدرتنا على تحقيق هدف أو إكمال مهمة تعتمد على ما إذا كنا نفكر يمكننا أن نفعل ذلك (الكفاءة الذاتية)، وما إذا كنا نعتقد أنها ستحقق نتائج جيدة (النتائج المتوقعة).

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة انجيلا وآخرون (Angela. F.B, 2013 et al) علاقة الألم المزمن بين السمنة والوظيفة البدنية والعجز لدى كبار السن، وخلصت نتيجة هذه الدراسة ان الألم الجسدي يتوسط العلاقة بين السمنة والوظيفة البدنية. هذا ما يجعل تأثير السمنة يرتبط بالوظائف البدنية. كما اكدت دراسة كارلا تراماسكو (carla tramassco,2011) من خلال اطروحتها التي بحثت في تأثير السمنة على البناء الاجتماعي وتأثير البناء الاجتماعي على السمنة، خلصت نتائجها ان الدور الذي يمكن أن يلعبه هيكل النسيج الاجتماعي في الزيادة الحالية في تطور السمنة. لهذا، أستخدم نموذجين عشوائيين: نموذج وبائي مجزأ ونموذج شبكة محوره الفرد، مع الأخذ في الاعتبار نوعين من التأثيرات: خارجية (بيئة - فردية) وداخلية (فردية - فردية). اذ ان السمنة مرض له عواقب متعددة، تزيد السمنة أيضاً من خطر الإصابة بارتفاع ضغط الدم الشرياني وتصلب الشرايين، خاصة بسبب التهاب الشرايين، وكذلك بسبب خلل شحميات الدم، وأمراض الكبد (التهاب الكبد الدهني غير الكحولي)، وأمراض الكلى المزمنة. والسرطانات وداء السكري وهذه النتائج لها تأثير على جودة الحياة المتعلقة بالصحة

✚ للتأكد نتوقع وجود أثر للأمراض المصاحبة على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة

الدراسة.

وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى معنوية  $(\alpha \leq 0.01)$  لمتغير الأمراض المزمنة على كل من (الوظائف البدنية، الصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات، الصحة المدركة) إذ بلغت قيمة (T) المحسوبة للأبعاد على التوالي (1,348)؛ (4,586)؛ (6,788)؛ (2,234)؛ (4,086)؛ (3,748)؛ (5,070) بمستوى معنوية (0.17)؛ (0.000)؛ (0.000)؛ (0.006)؛ (0.000)؛ (0.000) على التوالي وهي قيم أقل من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (0.01)، ومن خلال معاملات معادلة الانحدار المتعدد والتي تتمثل في قيمة المعامل (B) تعين على التنبؤ بدرجات المتغير التابع (الامراض المزمنة)، وتشير هذه المعادلة على انه كلما ارتفعت درجات المستجيب على المتغيرات ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ارتفعت درجاته على الامراض المزمنة، كما ان ترتيب المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار المتعدد على حسب قوة تأثير كل منها على المتغير التابع

(الأمراض المزمنة) ويوضح لنا الجدول ان الأمراض المزمنة لها اثر على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة من خلال التأثير على كل من المحاور التالية (الوظائف البدنية، الصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات، الصحة المدركة) اذ بلغت قيمة "ت" المحسوبة للأبعاد على الترتيب (1.348)، (4.586)، (6.788)، (2.234)، (4.086)، (3.748)، (5.070) عند مستوى الدلالة اقل 0.01 ما عدا بعد الطاقة وبعد الصحة النفسية غير دالين احصائيا، وهذا ما يوضح ان الأمراض المزمنة لها تاثير على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة 19.666 وهي قيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.000 كما بلغ معامل التفسير ( $R^2=0.349$ ) مما يشير الى ان الأمراض المزمنة تؤثر على جودة الحياة المتعلقة بالصحة ما قيمته (34.9%) من التغيرات التي تحدث في ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة من وجهة نظر المشاركين المصابين بالسمنة وما يصاحبها من أمراض مزمنة.

$$Y=0.539+(0.356)X_1+0.913X_2+0.058X_3+(176)X_4+(0.221)X_5+(0.485)X_6+0.080X_7+(0.367)X_8+e_i$$

لتحديد العلاقة بين زيادة الوزن والسمنة ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL) في المرضى الذين يعانون من حالات مزمنة نموذجية لتلك التي تظهر في الممارسة الطبية العامة، تفسر نتائج هذه الدراسة على ان الأمراض المزمنة تؤثر على حياة المرضى بأكملها وليس لها علاج محدد، فإن تحسين جودة حياتهم المتعلقة بالصحة (HRQOL) يصبح أكثر أهمية ولذا تم البحث في العلاقة بين مدة الازمان والأمراض المصاحبة للسمنة.

جاءت دراسة كل من ( bustil,2017& katz.d,2001& jia, 2005& katz, 2007&pimenta, ) (2015& Kavita.S, et al, 2017) لتأكد نتائج دراستنا الحالية تأثير السمنة على جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالأمراض المزمنة والبحث في قوة العلاقة بين المتغيرات المنبئة والمنتبئ بها، خلصت نتائج هذه الدراسات السابقة ان السمنة تؤثر على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة وخاصة المكون البدني "الوظائف البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة البدنية" بالإضافة تأثير مؤشر كتلة الجسم على الصحة العامة أي ان كلما زاد مؤشر كتلة الجسم انخفضت درجات ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة وهذا ما يفسر وفق نظرية المرض " (By Paul.H et al,2016) التي صنفت السمنة" كمرض مزمن" وعليه تشير الأبحاث الحديثة إلى أن هذه النظرة الطبية الحيوية للسمنة قد انتهت من وجهة نظر أقلية قبل ثلاثة عقود فقط وربما يقترح زيادة التعرف بين السمنة باعتباره "مرض" في السنوات الأخيرة أن الطريقة التي يتحدث بها

المسؤولون عن السمعة لها آثار كبيرة على جودة الحياة الصحية. لان جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQOL) هي مفهوم متعدد الأبعاد يوفر منظورا أوسع للصحة من خلال نقل قدرة الفرد على العمل في المجالات الفيزيائية والعقلية والنفسية والاجتماعية من الحياة، لتقييم عبء الأمراض المزمنة عند دمج متغيرات اجتماعية اقتصادية وبيئية ونوعية الحياة التي تتفاعل فيما بينها تحت واطئة الكائن البشري وما يحمله من معتقدات وتصورات حول الامراض وكيفية بناء استراتيجيات وميكانزمات للتحكم والتكيف أو التغلب على الاثر الناتج عن هذا التفاعل النفسي البيولوجي الاجتماعي الحيوي، من اجل تحسين جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

## مناقشة عامة:

تعتبر السمنة ظاهرة عالمية تحظى باهتمام كثير من الباحثين في العديد من المجالات "النفسية، والصحية، والطبية، والاقتصادية، والاجتماعية" بسبب علاقتها بمجموعة متنوعة من المشكلات البدنية الطبية وخاصة المتخصصين في الرعاية الصحية، كما تشير الدلائل والشواهد العلمية الى ان الجزائر صنفت ثاني دولة تعاني من انتشار السمنة بعد الدول الأوربية (سمية فضالة، 2021).

وهناك الكثير من المسببات ذات الطابع متعدد في جميع أنحاء العالم التي جعلت من زيادة الوزن والسمنة ترتبط بالعديد من المشكلات الصحية والنفسية ولما لها من ارعلي الصحة عامة حيث لها عواقب وخيمة تتمثل في الإصابة بالعديد من الامراض المزمنة وهي "داء السكري، الضغط الدموي، أمراض القلب والجهاز التنفسي السرطان، هشاشة العظام ...". إلى جانب ارتباطها بالأمراض المزمنة تؤثر على جودة الحياة الصحية للفرد (Aillison et al,1999). ويختلف هذا التأثير من فرد لآخر بحسب اعتقاده في قدراته، حيث ترجع زيادة الوزن والسمنة إلى العديد من العوامل مثل نمط الحياة غير الصحي، والنظام الغذائي الخاطئ، وعدم ممارسة الرياضة، والتغيير في نمط العيش، والعوامل الوراثية الفيزيولوجية والنفسية والبيئية. قد أوضح دافيد كاتز (David katz,2000) العلاقة بين السمنة وجودة الحياة المتعلقة بالصحة والامراض المزمنة. حيث توصلت ان تأثير السمنة على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة تأثير سلبي وخاصة على الوظائف البدنية والأداء الاجتماعي، أظهر باحثون آخرون أيضًا درجات SF-36 أقل لتصورات الصحة العامة والحيوية في المرضى الذين يسعون إلى علاج السمنة، وزيادة خطر تصورات الصحة العامة السيئة لدى النساء ذوات الوزن الزائد، اقل من الرجال الذين يعانون من زيادة الوزن، ويمكن التوسط في تأثيرات السمنة على مفاهيم الصحة العامة جزئيًا عن طريق الكفاءة الذاتية المنخفضة، والتي تتفاقم بسبب المواقف السلبية للأقران وأفراد الأسرة والمهنيين والصحيين، وعليه يجب البحث مسببات السمنة ومحدداتها والحد منها قدر المستطاع، وبالتالي تتوالى اهمية الدراسة الحالية للتنبؤ بتأثير كل من الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لمؤشر كتلة الجسم، يمكن وصف مؤشر كتلة الجسم بأنه معامل يعكس في الواقع تناسب وزن الجسم مع مربع الطول، ولذا يعد شائع الاستخدام في الدراسات السكانية كمؤشر للسمنة، وطبقا لمنظمة الصحة العالمية (World Health Organisation, 2000) ودرجة المخاطر الصحية المترتبة على ارتفاع مؤشر كتلة الجسم، علما ان فئة زيادة الوزن تصنف تحت مسمى ما قبل السمنة (pre-obese=BMI≤24.99)

اما السمنة ( $obesity=BMI \leq 25-40$ )، وتصنف السمنة درجة 1، السمنة درجة 2، السمنة المرضية" المفرطة .

أظهر الباحثون (Jorge C. Correia & Jafar. A&\_) ان العديد من الأشخاص الذين يعانون من السمنة تزداد لديهم ظهور الاعراض النفسية كتدني الثقة بالنفس، القلق، الاكتئاب والضغط النفسي وتزداد حدة هذه الاعراض عند المصابين بالأمراض المزمنة " كداء السكري والضغط الدموي ... " وهذا ما يتطلب تدخل الاخصائي النفسي بحيث يعمل على تنمية الكفاءة الذاتية للفرد التي تعتبر مسارا محددًا يتبعه الفرد كإجراءات سلوكية أو تقنية لمقاومة المرض وادارته اما بصورة ابتكارية أو نمطية كما ان هذا المسار يمكن ان يشير الى مدى اقتناع الفرد بفاعليته الشخصية وثقته بإمكاناته التي يقتضيها الموقف، لذا تعتمد الكفاءة الذاتية على ادراك الذات، وهي الصورة التي يطورها الفرد على نفسه. حيث تؤثر في مستوى الجهد المبذول في أداء المهمات.

يؤكد باندورا (Bandura,1977) بان الكفاءة الذاتية تقيس ثقة المفحوص في قدرته على الإنجاز بمستويات متباينة في المهام التي توكل لهم أو مجابهة المرض أو التحكم فيه، وهذا ما يتضح من خلال مناقشة الفرضية الأولى " مستوى الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالسمنة، بان المشاركين تتباين لديهم مستوى الكفاءة الذاتية التي تعمل على تأهيل الفرد وتزويده بالمهارات الحياتية السليمة لتمكينه من تحقيق مستوى صحي جيد، وعليه نجد ان افراد العينة يتمتعون بمستوى مرتفع من الكفاءة الذاتية ينبع من مخاو فهم ومعتقداتهم حول إمكانية تطور المرض وقناعاتهم من جهة أخرى بان بإمكانهم السيطرة والتحكم في المرض " السمنة" وهذا راجع لتقدير الفرد لحجم القدرات الذاتية من اجل التمكين النفسي من تنفيذ سلوك معين بصورة ناجح، وتشمل الثبات والمثابرة ومدى استطاعة الفرد.

أكدت العديد من الدراسات التي بحثت في العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم ومستوى الكفاءة الذاتية (alicia carissimi et al,2016 & J Hale · 2014) وبناء استراتيجيات التعايش والتكيف مع المرض أو التحكم الذاتي في إدارة الوزن وإنقاص الوزن، ويرى باندورا (Bandura,1982) " ان معتقدات الكفاءة الذاتية بالتنسيق مع أنظمة الهدف ضمن نظرية اجتماعية معرفية للتنظيم الذاتي على عكس تركيز نظرية التحكم على تقليل الوزن وتغيير السلوك الخاطئ" مثلا تناولوجبات طعام أكثر من حاجة الجسم الي ما يعبر عنه بمعادلة استهلاك الطاقة وانفاق الطاقة .

اما دراسة فخري وزملاؤه (faghri et al,2016) الذي توصلت الى ان الكفاءة الذاتية تلعب دورا مهما في السلوك الصحي والتمارين والنظام الغذائي، حيث وجدت نماذج التي تجمع بين الكفاءة الذاتية والمتغيرات



السلوكية التي استوعب الاختلافات في مؤشر كتلة الجسم لدى المشاركين الذين يعانون من زيادة الوزن/السمنة.

ولذا ربط الدراسة الحالية بين متغيرين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة سعياً للتنبؤ بما ينتج من خلال التأثير والتفاعل القائم بين ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة والكفاءة الذاتية باختلاف ادراك الافراد والنسق البيئي ونمط المعيشة وتداخل المتغيرات السوسيوديمغرافية، وهذا ما اتضح لنا من خلال مناقشة الفرضية التي بحثت في العلاقة بين الكفاءة الذاتية وابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة، ويفسر ذلك بان الارتباط ايجابي وخاصة في الابعاد الاتية (الصحة البدنية، الصحة النفسية، والحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات والطاقة) اذن ترتبط البنية النفسية والبنية البدنية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد (منسي، كاظم، 2006، ص 63) وبناء عليه ان جودة الحياة هي الادراك الذاتي للحياة، كما تعد مؤشراً على الرضا عن الحياة أو السعادة في الحياة.

استنتج من خلال تحليل العديد من الدراسات الوبائية والمسحية ( Pourn D Faghri et al, 2018...ect & Marion Herens et al, 2014 & M.L.McCarroll et al, 2017) التي تنبأت بأثر الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصابين بالسمنة والى ما تؤول اليه درجة الافراد الذين منسب كتلة الجسم مرتفع بان تنخفض وتساء مجالات جودة الحياة المتعلقة بالصحة بدرجات متباينة وذلك باختلاف معامل مؤشر كتلة الجسم.

يؤكد دودسون (Dodson,1994) ان جودة الحياة المتعلقة بالصحة تعكس شعور الفرد بالكفاءة الذاتية وإعادة التعامل مع التحديات ومجابهة المرض والتغلب عليه، حيث بين أهمية الكفاءة الذاتية كوسيط بين السلوك والأفكار وما لها من دور اساسي في اكتساب عادات ومهارات جديدة صحية تتوسط عملية التكيف مع السمنة، وما يصاحبها من امراض مزمنة وهذا جاء به دافيد كاتز (David Katz et al, 2001) حيث توصل من خلال مناقشته للنتائج دراسته تأثير السمنة على جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالامراض المزمنة.

الى ان مؤشر كتلة الجسم له تأثير على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالأمراض المزمنة، وكانت النتيجة تؤكد على ان المرضى الذين يعانون من مؤشر كتلة الجسم مرتفع ( $BMI \leq 30$ ) أي السمنة الدرجة 2 والسمنة درجة 3 تسوء لديهم ابعاد جودة الحياة بدرجات متفاوتة وخاصة المحاور التالية "الأداء البدني، والوظيفة البدنية، والصحة النفسية بنسبة (3.4، 7.8، 13.8 درجة) على التوالي مقارنة بالمرضى ذوي الوزن الزائد أو السمنة درجة 1 أي مؤشر كتلة الجسم يتراوح بين (24.99 الى 29.99)

(BMI≤24.99-29.99). وكذلك تأثر على بعد الصحة المدركة والطاقة بمقدار (2.8، 4.4 درجة) على الترتيب، كما أوضحت الدراسة انه توجد فروق بين الجنسين في عدة مجالات بالإضافة الى عوامل أخرى مثل السن والأثنية، والمستوى الاقتصادي، والمستوى التعليمي ... وهذا ما وجدناه نحن أيضا من خلال تحليلنا لنتائج دراستنا الحالية التي تبنت توقع تأثير مؤشر كتلة الجسم على ابعاد جودة الحياة لدى المصابين بالسمنة بعد المعالجة الإحصائية لاختبار الانحدار المتعدد اللوجستي ( Multinomial Logistic Regression) وجد ان احصاء وولد " Wald " التي تعبر عن نسبة تغيير معامل بيتا على الخطأ المعياري لكل من مؤشر كتلة الجسم وهي معاملات مرتفعة وأن لها اثر ينبئ بسوء جودة الحياة المتعلقة بالصحة أي ان ارتفاع مؤشر كتلة الجسم بقيم معاملات الانحدار (B) وقيم الاسية B (تغير نسبة الاحتمالية عند التغير بدرجة واحدة فيها وهذا ما نستنتج من المعادلات الاسية المكورة سالفًا، وبناء عليه نجد توافق كبير بين نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات السابقة التي بحثت في العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم وجودة الحياة المرتبطة بالصحة مثل دراسة كل من (Michelle et al, 2013 & R. Apple et al, 2018) حيث اثبتت نتائج الدراسات ارتباطاً مهماً ودقيقاً من الناحية الإحصائية بين مؤشر كتلة الجسم (BMI) والمجالات النفسية والجسدية ل مجالات جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL). كما اكدت على وجود تباين بين الانساء والذكور، ونوهت الدراسة للأخذ بعين الاعتبار يجب أن تهدف البرامج الوقائية إلى الحفاظ على الوزن الطبيعي أو إعادة وضعه. قد تؤدي الحالة النفسية الإيجابية المقيمة للذات للرجال البدنيين المذكورة هنا، والتي ربما تعكس تحولاً في الاستجابة، إلى تعقيد مثل هذه الجهود وعليه يجب التحكم في العوامل النفسية المسببة للسمنة مثل القلق، الاكتئاب، الضغط النفسي... الخ

أكد باندور في كتابه (الكفاءة الذاتية، 1997) إن ممارسة التحكم أي إيمان الشخص بكفاءته وعليه ان الصحة الجسمية والنفسية لا تتحقق بصفة كاملة الا من خلال تنمية الكفاءة الذاتية والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الإيجابية، وهذا ما توصلنا اليه في ورقة البحثية الموسومة بتنمية الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالأمراض المزمنة " البدانة أنموذج" (خمخام دليلة وجار الله سليمان، 2020، ص ص 22-23). ومن مسلمات النظريات المعرفية والسلوكية " نظرية الكبح، والمزاج، والسلوك الخاطيء، والفرضية الداخلية والخارجية والسببية والدائرة السخط ... "التي تؤكد على "ان الناس مدفوعون عموماً للأكل كدالة للإشارات الفيزيولوجية الداخلية والخارجية والتي تتحكم فيه العديد من العوامل البيئية والاجتماعية والوراثية الجينية والفيزيولوجية والنفسية"، وهذا ما أكد عليه باندورا " ان أداء السلوك الصحي وممارسة الفعلية يتم وفق شرطين اساسيين هما (توقعات الكفاءة الذاتية ونتائج الكفاءة الذاتية).

تساهم العواقب السلبية العديدة للسمنة في تدهور نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية (WHO)، يشير إلى منظور الفرد (المتعلق بالحالة الصحية والقيم ومستويات الرضا والرفاهية العامة) لحالة صحية معينة، وتتضمن جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) "المجالات الجسدية والنفسية والاجتماعية للصحة التي تتأثر بتجارب المريض ومعتقداته وتوقعاته عن حالته وعلاجه ولهذا قامت دراسة (Anita Dyb Linge et al, 2021) العمل على دراسة حديثة نشرت في مجلة الصحة العامة تؤكد على التغييرات في مؤشر كتلة الجسم، والكفاءة الذاتية في العمل، ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة، والمشاركة في العمل لدى الأشخاص المصابين بالسمنة بعد إعادة التأهيل المهني: دراسة قائمة على الملاحظة المستقبلية، وعليه أشارت النتائج إلى تغييرات إيجابية في جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL) ومؤشر كتلة الجسم BMI والعودة الى العمل بالكفاءة الذاتية RTWSE ودرجة القدرة على العمل WAS ودرجة المشاركة في العمل DWP من خط الأساس إلى المتابعة لمدة 12 شهراً. العوامل المرتبطة HRQoL في 12 شهرا المتابعة انخفضت مؤشر كتلة الجسم، وزيادة RTWSE، وتحسين WAS وتقليل الغياب عن العمل. يوصى بالدراسات المستقبلية لفحص برامج الواقع الافتراضي مع تدخلات نمط الحياة للأشخاص الذين يعانون من السمنة. وهذا ما تسعى اليه دراسات الحالية بعد تفشي ظاهرة السمنة في المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء.

كما تأكد من خلال نتائج الدراسة وتحليل نتائج الانحدار المتعدد (GLM) ان تفاعل الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم له أثر على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة، قد يتمتع الأشخاص المصابون بالسمنة بحياة عمل وصحة جيدة. ومع ذلك، فإن السمنة (مؤشر كتلة الجسم [BMI] أكبر من 30 كجم / م 2) ترتبط عموماً بمضاعفات صحية خطيرة وضعف وظيفي وانخفاض احترام الذات. وآليات الدماغ، ونفقات الطاقة، وعلم الوراثة، واستهلاك الطاقة البشرية، وميكروبيوم الأمعاء، والمساهمين السلوكيين والبيئيين والنفسيين والاجتماعيين. علاوة على ذلك، قد تؤثر السمنة على إنتاجية الموظف، والتغيب عن العمل، والإجازة المرضية، وانخفاض إنتاجية العمل. للعواقب المالية والاجتماعية السلبية، وانخفاض الثقة بالنفس، والمزاج المكتئب، ومشاعر العزلة. لكن هل هذا نلتمسه لدى كل الأشخاص المصابين بالسمنة أم تختلف وتتباين فيه الآراء؟ وعليه تعد الكفاءة الذاتية أيضاً عاملاً يساعد الأشخاص على تبني خيارات نمط الحياة الصحية الأخرى -مثل محاولة الحفاظ على نظام غذائي صحي أو محاولة الإقلاع عن التدخين. مهما كان ما يرغب المرء في استخدامه من أجله، يعتقد علماء النفس الصحيون أنه يمكن تطبيق الفعالية الذاتية بطرق تعزز أسلوب حياة صحي، فإن وجود مستويات أعلى من الكفاءة الذاتية يمكن أن يساعد المرء على

التمسك بروتين التمرين. يميل هذا إلى أن يكون إيجابياً من عدة أطراف فالهدف من إنهاء التمرين مكتمل نظراً للمستويات الأعلى من الكفاءة الذاتية وروتين التمرين النهائي يساعد في صحتك الجسدية والنفسية وهذا ما يرتبط بالحالة الفسيولوجية التي تشكل مصدراً لتعديل المعتقدات الشخصية المتعلقة بالكفاءة الذاتية. في المواقف الضاغطة غير المألوفة. وهذا ما لاحظته كل من ( et al,2014Ciara Wynne ) في دراسات تشير النتائج إلى أن برامج السمنة يمكن أن تهدف إلى منع/ تقليل السمنة وتحسين HRQoL في الأطفال قبل سن المراهقة المحرومين في المناطق الحضرية بينما تستهدف أيضاً صعوبات الصحة العقلية الأبوية. يجب أن يفحص البحث المستقبلي وسطاء تأثير مؤشر كتلة الجسم على HRQoL

كما تشير دراسة (Heidi Y. Perkins et al,2009) لم تكن عوامل العلاج والأمراض المصاحبة مرتبطة ب الكفاءة لذاتية وللنشاط البدني، ولكن ارتبطت عوامل QOL المرتبطة بالصحة والحيوية والألم الجسدي ب الكفاءة الذاتية، وبالتالي، فإن المقاييس الذاتية للرفاهية هي عوامل مهمة يجب مراعاتها عند تطوير التدخلات المستهدفة لزيادة النشاط البدني والتحكم في الوزن وتخفيض مؤشر كتلة الجسم، اذن تؤكد الدراسة على ان السلوكيات الصحية قد تتداخل مع الية التنظيم الذاتي وإدارة الذات لدى الافراد ذوو الكفاءة الذاتية المرتفعة وهذا ما خلصت اليه نتاج الدراسة الحالية بان يوجد اثر تفاعل كل من الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم على ابعاد جودة الحياة المتعلقة وتتمثل في الوظائف البدنية، والصحة البدنية، الألم الجسدي، والأداء الاجتماعي، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات والصحة النفسية والطاقة والصحة المدركة في حين ان مؤشر كتلة الجسم لا يؤثر على كل من الأداء الاجتماعي والصحة المدركة وهذا راجع لمحددات السمنة التي تتمثل في (البيئية والاجتماعية والاقتصادية والسلوكية والفيزيولوجية) ومستوى كفاءة الذات الشخصية واستراتيجيات التعايش أو التكيف مع المرض وتتداخل بعض العوامل مثل نمط العيش والمستوى الاقتصادي مثلا دول الخليج ودول الثروة والذين ينعمون بالرفاه المعيشي لا يولون اهتمام كبير للمرض السمنة قد يعثرونه رمز القوة والصحة والثراء بناء على معتقداتهم وكذلك المستوى الثقافي والاختلاف البيئي كذلك التحليل الأنثروبولوجي للسمنة بعض المناطق يعتبرونها رمز الجمال وخاصة لدى النساء اما الرجل يعتبرها رمز القوة والرجولة وهذا ما وضحه الباحث (peter b. et Melven K ,1989&) في دراسته السمنة من منظور أنثروبولوجي ان السمنة من سمات الجسم التي تُنسب وتحقق في نفس الوقت للبالغين. الحالة الاجتماعية والاقتصادية هي ترتيب الأفراد داخل المجتمعات المعقدة. في المجتمعات التقليدية توجد علاقة مباشرة بين الحالة الاجتماعية والاقتصادية والسمنة، بينما في المجتمعات الحديثة هناك ارتباط عكسي بين الحالة الاجتماعية والاقتصادية والسمنة لدى النساء البالغات ولكن هناك أنماط مختلطة لفئات العمر/

الجنس الأخرى. يجب استخدام إطار يدرك الفرق بين المتغيرات على المستوى المادي والاجتماعي للتحليل لفحص العلاقة بين السمنة (متغير جسدي) والحالة الاجتماعية واقتصادية (متغير اجتماعي). تشارك آليات مختلفة في المسارات السببية حيث تؤثر الحالة الاجتماعية والاقتصادية على السمنة والعكس. كما تؤثر أيضا الحالة الاجتماعية والاقتصادية على السمنة من خلال التعليم والدخل والمهنة مما يتسبب في اختلافات في السلوكيات التي تغير استهلاك الطاقة وإنفاق الطاقة والتمثيل الغذائي. تؤثر السمنة على الحالة الاجتماعية عندما يتم تفسير تصور السمنة من خلال معتقدات متحيزة، مع وصم وتمييز لاحق يحد من الوصول إلى أدوار الحالة الاجتماعية والاقتصادية. وهذا الطرح يتوافق الى حد كبير مع نتائج الدراسة الحالية حيث أكدنا بان الحالة العوامل السيسويديمغرافية تؤثر في السمنة مما يعكس ان التعامل مع السلوكيات الغذائية والحياة اليومية عامة تختلف باختلاف العوامل السيسويديمغرافية من حيث " السن، والمستوى التعليمي، ومدة الازمان " غير ان الاختلاف يظهر في المتغيرات التالية " الجنس، المستوى الاقتصادي، والحالة الاجتماعية " لمتغير الكفاءة الذاتية وهذا ماله لطبيعة المنطقة السكنية والبيئة والواقع المعيش ونمط العيش من حيث طرق تناول الطعام ونوع الأغذية وأوقات التي يتناول فيها الافراد وعدد الوجبات... والحالة المزاجية أو النفسية والعاطفية، أي يجب على كل واحد منا ان يتساءل متى وكيف ولماذا وماذا يأكل؟

وهذا ما وضحته دراسة (شهرزاد بسيوني، 2011)

إن للثقافة دور كبير في تحديد عادات التغذية المحكومة بالبيئة الاجتماعية والثقافية وما تحتويه من معتقدات وتحريمات لأطعمة معينة، في الغالب أن الشخص المثقف يعلم جيدا دور المواد الغذائية في بناء الجسم، ولعله يبادر إلى تعديل نظامه الغذائي لكنه لن ينكر على نفسه حق العادات الغذائية، فهي صورة مرتبطة بالقيم الاجتماعية والثقافية والبناء الاجتماعي.

كما وجدنا من بين الدلائل المتنبئ بها في هذه الدراسة ان هناك علاقة وطيدة بين ارتفاع مؤشر كتلة الجسم والأمراض المصاحبة للسمنة من خلال تحليل نتائج الانحدار متعدد المستويات (Regression) يوجد اثر تفاعل بين الأمراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة المتمثل في كل من (الوظائف البدنية، والصحة البدنية، والأداء الجسدي، والأداء الاجتماعي، والحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات، الصحة النفسية، والطاقة، والصحة المدركة) وهذا راجع عواقب السمنة على الصحة العامة للفرد وعلاقتها بالأمراض المصاحبة "داء السكري، الضغط الدموي، وأمراض الكلى..." اغلب الدراسات السابقة والمطلع عليها اثبتت وجود علاقة طردية بين ارتفاع مؤشر كتلة الجسم والأمراض المزمنة يتفاعلان فيما بينهما ويؤثران على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة وهذا ما ثبت من خلال دراسة (سمير

أبو حامد، 2009، ص ص 70-75) الفصل الثاني من كتاب "البدانة من الف الى الياء" وكذا الدراسات المسحية الوبائية (Hua You et al, 2018) التي أكدت التنبؤ بتفاعل المتغيرين على جودة الحياة المتعلقة بالصحة ان زيادة الوزن هو عامل خطر ويختلف حسب الإصابة بالمرض، وكذا دراسة (Manuel B. ) (Huber et al, 2020) التي تختلف نوعا ما في وصلت اليه نتائج الدراسة الحالية، حيث يُظهر تحليل هذا العلاقة غير الخطية بين مؤشر كتلة الجسم وHRQoL في مرض الانسداد الرئوي المزمن، قد يتحسن HRHL للمرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة مع مرض الانسداد الرئوي المزمن الخفيف إلى الشديد بعد فقدان الوزن. لمرض الانسداد الرئوي المزمن الشديد، لا يمكن تأكيد وجود ارتباط سلبي بين السمنة وHRQoL. تشير النتائج إلى الحاجة إلى تقسيم مرضى الانسداد الرئوي المزمن إلى طبقات حسب مرحلة المرض من أجل الإدارة المثلى لمؤشر كتلة الجسم. وما نعرب عنه من خلال تحليلنا لنتائج درستنا بحكم البيئة المتقلة بالرعاية الصحية والتكفل لنفسي بالمرضى وطرق الدعم الاجتماعي، كما يرجع ذلك للعلاقة ببين مدة المرض ومؤشر كتلة الجسم في تأثيرهما على جودة الحياة المتعلقة بالصحة، وهذا ما تبث من خلال تحليل نتائج اختبار الانحدار المتعدد (*Multiple Regression Analysis*) للتنبؤ بأثر مدة المرض على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة هناك أثر لمدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة، ومن خلال التأثير على كل من (الوظائف البدنية، الأداء الاجتماعي، الحدود التي تسببها الاضطرابات والانفعالات) مما يشير إلى أن مدة المرض تؤثر على متغير جودة الحياة المتعلقة بالصحة ما قيمته (38.6%) من التغيرات التي تحدث في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة من وجهة نظر عينة الدراسة، غير انه لا يوجد اثر على الابعاد الأخرى والمتمثلة وهذا مفاده ان السلوكيات والعادات الغذائية وطبيعة الطاقة التي يستهلكها الجسم تختلف من شخص لأخر حسب معتقداته وإمكاناته على أداء مهمة، حيث حدد (Bandura,1997) بان شعور الفرد بالفعالية الذاتية باعتبارها قناعة لتتمكن من تنظيم الإجراءات اللازمة لإنجاز مهمة. يتم تقسيم فكرة الشعور بالفعالية الذاتية إلى "شعور بالكفاءة" (أو الكفاءة) (توقعات الفعالية) التي هي قناعة فرد من اختصاصه للقيام بمهمة أو إجراء في سياق معين وفي "الشعور بقيمة النتيجة" (توقعات النتائج) التي تعكس الشعور بأن الإجراءات التي نفذت ستنتج النتائج المتوقعة. من ناحية أخرى، بالنسبة إلى Bandura ، فإن تصور الفرد من قدراته لأداء نشاط التأثير ويحدد إلى حد كبير طريقه في فكرته ومستوى دوافعه وسلوكه. يسعى الأفراد عموما إلى تجنب المواقف والأنشطة المتصورة والتهديد ولكن لا تتردد في أداء الأنشطة التي يشعرون أنها مناسبة. ولأن فهم آلية ونظرية جودة الحياة أصبحت قضية مهمة بين الأطباء. في الواقع، فإن وجود خلفية جيدة حول هذا الموضوع يسمح للأطباء

بإجراء تقييمات أفضل للمرضى والكشف عن تأثير العلاج الطبي على حياة المرضى هذا ما بحثت فيه العديد من الدراسات التي ربطت بين السمنة وجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة منها البدانة أو ما ينتج عنها من امراض مصاحبة كداء السكري والضغط الدموي وامراض القلب وهشاشة العظام والام المفاصل والكوليسترول والسرطانات... الخ وكذا تأثيرها على الحياة الجنسية وهذا من خلال دراسات (سمير ابوحامد، 2009، ص 69) اجمعت الدراسات على الدور السلبي للبدانة على مختلف أوجه الحياة الجنسية حيث يراجع 30% المصابين بالسمنة الأطباء وذلك بسبب تغيرات في الرغبة الجنسية (كلا الجنسين) صعوبة الانتصاب الناتج عن ارتفاع الانسولين والكوليستيرول الدمويين وكذلك الحال بالنسبة للدور السلبي لإفراز الاستروجين من النسيج الشحمي، كما تعاني النساء البدينات أيضاً من الآثار السلبية لحالتهم على حياتهن الجنسية، تقلل السمنة من الرغبة الجنسية لديهم بعدة درجات، وبالتالي الرغبة الجنسية لشركائهم، لأن الدهون المتراكمة في أماكن معينة (الفخذين والأرداف وأسفل البطن) تجعل الإيلاج صعباً. يؤدي هذا أحياناً إلى انخفاض المتعة التي تشعر بها أثناء الممارسة الجنسية، وصعوبة في الوصول إلى النشوة الجنسية، ومن ثم تجنب النشاط الجنسي، وهذا يؤثر على جودة الحياة الصحية مما يسبب لتوتر والانزعاج والنفور من الأسرة بمعنى تسوء درجة الأداء الجسدي الأداء الجسدي، وبالتالي نجد تداخل عدة عوامل نفسية واجتماعية والبيولوجية في الحياة الجنسية لدى الافراد البدناء، وهذا ما تحققت منه عدة دراسات اجنبية بحكم العمل في المجال النفسي والطبي وما ميز ذلك هو الثقافة الجنسية لدى المشاركين في مثل هذا الطرح بالعكس لما يعاينه المجتمع الجزائري من التحفظ واحجام عن التحدث في مثل هذه المواضيع والمعاناة المترتبة عنها.

من خلال تحليلنا لنتائج الدراسة الحالية عامة مقارنة بنتائج الدراسات السابقة استتجنا النقاط التالية:

✓ ان السمنة وباء عالمي، وصف من طرف منظمة الصحة العالمية لاجتياح الكبير والسريع لجميع بلدان العالم وخاصة في العقدين الأخيرين، وتفاقم نسبة انتشار السمنة مع ظاهرة التحول الغذائي وتراجع النشاط الفيزيائي، وهذا لما لها من محددات وعوامل مسببة للسمنة النتيجة عن نمط العيش وشخصية الافراد.

✓ اما الكفاءة الذاتية هي استراتيجية أو بالأحرى ميكانيزم دفاعي وقائي يحمي الافراد من سوء جودة الحياة التي تتأثر بارتفاع مؤشر كتلة الجسم هو معامل حساب كتلة الدهون في الجسم من خلال المعادلة.

✓ تعتبر هذه الدراسة التنبؤية واحدة من بين الدراسات الأجنبية الوبائية التي ربطت بين المتغيرات علم النفس الإيجابي ولذا تأخذ المنحى الطبي النفسي اجتماعي من خلال تفاعل كل المتغيرات المستقلة

والمتغيرات التابعة "المنبئة والمتنبئ بها" غير اننا نجد تباين نوعا في النتائج المتحصل عليها مقارنة بنتائج الدراسات السابقة. وهذا التفاوت أو الاختلاف يرجع لطبيعة المجتمع وكذا البيئة ونمط العيش والسلوكيات الغذائية والعادات والمعتقدات الافراد وادراكاتهم عن كفاءتهم الذاتية وما يشعرون به من الرضا عن الحياة والرفاه النفسي وحسن الحال لدى هذه الفئة المرضية في المجتمع الجزائري ومنه نخلص الى عدة مقترحات وتوصيات لفتح افاق لأبحاث مكملة/ مثمنا لما توصلت اليه نتائج الدراسة الحالية.



## اقتراحات وتوصيات

من خلال المراجعة المستفيضة للدراسات السابقة والمراجعة الادبية وما خلصت إليه نتائج الدراسة الحالية، حيث توصلنا لمجموعة من الاقتراحات والتوصيات نأمل ان تكون اللبنة الأولى في التصدي للمرض المتزايد والمنتشر لدى الفئات العمرية بالمجتمع الجزائري.

✓ الاهتمام بالحملات التحسيسية والتثقيفية والتوعوية لصالح مرضى السمنة وما يصاحبها من الامراض المزمنة وذلك ب "توعية الفرد المرضى والاصحاء على حد سواء لتجنب تناول الأغذية الغنية بالسكريات والدهون، الأطعمة الجاهزة والمشبعة بالمواد المسرطنة.

✓ تكثيف الدورات التدريبية للتحكم في الوزن والمحافظة على الوزن الطبيعي بتباع حمية غذائية والمداومة عليها، ممارسة الرياضة والقيام بالأنشطة البدنية.

✓ تنمية قدرات الافراد المصابين بالسمنة "البدانة المفرطة" للتحكم الذاتي وإدارة الذات لإنقاص الوزن الزائد ببذل جهد أكبر.

✓ العمل على تحسين جودة الحياة المتعلقة بالصحة أي يجب على الدراسات والأبحاث القادمة ان تعمل على مفهوم "جودة الحياة المعدلة".

✓ تفعيل برامج التربية العلاجية في الوسط الطبي وعلم النفس الصحة والتغذية أي ان يكون تفاعل بين أصحاب الرعاية والتكفل النفسي.

✓ تقترح الباحثة تفعيل البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي بغية تخفيض الوزن والسمنة على المستوى الفردي والمستوى البيئي باتباع الخطوات التالية.

- الملاحظة الذاتية للسلوك.
- تحديد الأهداف العلاجية.
- تحديد وتعديل المنبهات الفلكية.
- تبديل النمط الغذائي.
- خفض مقدار الطاقة المكتسبة.
- زيادة النشاط البدني وممارسة التمارين الرياضية.
- تحديد المكونات المعرفية الانهزامية
- تكثيف الدعم الاجتماعي بالمتابعة المستمرة للتدخلات النفسية.
- التغلب على الألم والتكيف مع الأمراض المزمنة.
- الابتعاد عن الأدوية والعلاجات التقليدية والطبيعية.



---

خاتمة



## خاتمة

تعتبر السمنة وباء عالميا ومرضًا مزمنًا حيث يزداد عدد الأشخاص الذين يعانون منه بشكل كبير، تعرّف حالات السمنة وفرط الوزن على أنّها تراكم الدهون بشكل شاذ ومفرط قد يؤدي إلى الإصابة بالأمراض، ويُعد مؤشر كتلة الجسم مؤشرًا بسيطًا للوزن مقابل الطول يستخدم عادة لتصنيف فرط الوزن والسمنة بين البالغين وفي السكان والأفراد عمومًا، وبحسب ذلك مؤشر كتلة الجسم (BMI=تقسيم الوزن (كغ) على مربع الطول (بالمتر) كلغ/م<sup>2</sup>).

كما تؤدي حالات فرط الوزن والسمنة إلى آثار صحية وخيمة، وتجدر الإشارة إلى أن المخاطر تزيد تدريجيًا مع تزايد مؤشر كتلة الجسم، وعوامل الاخطار الرئيسية المؤدية إلى الإصابة بالأمراض المزمنة مثل الأمراض القلبية الوعائية والسكري والاضطرابات العضلية الهيكلية وبعض أنواع السرطان، وقد تبين أيضا أن ثمة علاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة. لقد اتخذت السمنة أبعادًا وبائية في جميع أنحاء العالم، حيث باتت هي وفرط الوزن وراء وفاة ما لا يقل عن 2.8 مليون نسمة كل عام، وأصبحت السمنة بعدما كانت من سمات البلدان المرتفعة الدخل، تنتشر أيضا في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. ولذا اهتمت العديد من الدراسات بتقييم العلاقة بين السمنة وجودة الحياة المتعلقة بالصحة، وهذا ما توصلت اليه نتائج الدراسة الحالية من خلال تحليل الانحدار اللوجستي المتعدد ان مؤشر كتلة الجسم يؤثر على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة غيران هناك اختلاف في حجم الأثر بين المرضى بحسب الفئات العمرية ودرجة مؤشر كتلة الجسم ومدة المرض وكذلك وجد تفاعل بين بين مؤشر كتلة الجسم والامراض المزمنة (داء السكري، الضغط الدموي الشرياني، امراض الكلى...) وذلك من خلال نتائج اختبار الانحدار متعدد المستويات "GLM" وهذا ناتج عن تفاعل العوامل الجينية والوراثة والنفسية والبيئية والاجتماعية وهذا ما تم تأكيده وتفسيره من وجهات نظر المقاربات والنظريات المفسرة لأسباب البدانة التي تباينت من فئة لأخرى ومن مجتمع لآخر ومن عامل لآخر حيث أكدت دراسة كل من (Fontaine، David، Haomiojia، Valerie)، على أن مؤشر كتلة الجسم يؤثر على ابعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة أي تسوء جودة الحياة، وخاصة الأبعاد التالية: الوظائف البدنية، والأداء الاجتماعي، الطاقة، والصحة العامة والصحة النفسية) وذلك ما تبين في قيمة معامل الانحدار (B) وهذا ما يتطلب من الأفراد التحكم الذاتي في مواجهة المرض والتغلب عليه وهذا ما أكده باندورا في نظرية التعلم الاجتماعي بان قدرة الانسان على التأثير في القوى الخارجية من خلال الكفاءة الذاتية التي تعبر عن تنبؤات الفرد لمسار الأنشطة التي يتطلبها السلوك وانها وحدها لاتحدد السلوك على نحوكاف، بل لابد من الاستطاعة الفسيولوجية والعقلية والنفسية بالإضافة الى وجود دافعية في الموقف (Bandura, 1982)، وعليه تبين لنا ان الكفاءة ليست سمة ثابتة في السلوك بل هي مجموعة من

## خاتمة

الأحكام لا تتصل بما ينجزه الفرد ولكن أيضا بالحكم على ما يستطيع إنجازه اذن هي نتاج للقدرة الفرد الشخصية والية للتمكين النفسي في البيئة الخارجية وما يطرأ من تحولات في نمط الحياة، الكفاءة الذاتية هي الاعتقاد المكون من جزئين بأن:

أ. هناك شيء يمكن القيام به لتغيير الوضع.

ب. الأفراد أنفسهم قادرون على هذا التغيير.

أكد (باندورا، 1977) على أن الكفاءة الذاتية تختلف باختلاف مجالات الحياة. على سبيل المثال، يمكن تعريف ممارسة الكفاءة الذاتية على أنها "الإيمان بقدرة الفرد على أداء نوبات إضافية من النشاط البدني بنجاح" يمكن تعريف الكفاءة الذاتية للتحكم في الوزن على أنها الإيمان بقدرة الفرد على إدارة وزنه بشكل تدريجي بنجاح. تم العثور على الكفاءة الذاتية للتحكم في الوزن تلعب دورًا مهمًا في السيطرة على مرض السمنة، وتتأثر عدد قليل من الهياكل بفقدان الوزن والحفاظ على فقدان الوزن بطريقة متسقة مثل الكفاءة الذاتية التي تركز على السلوكيات المفرطة، درست العديد من الدراسات العلاقة بين المعتقدات المتصورة للقدرة على الذات وإدارة الوزن. قارن البحث الذي أجراه كيتسونتا (2000) Kitsantas استراتيجيات التنظيم الذاتي لإدارة الوزن التي يستخدمها الأفراد ذوو الوزن الصحي، وأولئك الذين عانوا من مشاكل الوزن في الماضي وفقدوا الوزن بنجاح، وأولئك الذين يعانون من زيادة الوزن حاليًا.

لقد بينت الدراسة ان الكفاءة الذاتية كوسيط بين لمواجهة المرض من خلال ما تبين من نتائج الفرضيات التي تم تحقق من صحتها، حيث نجد ان مستوى الكفاءة الذاتية مرتفع لدى الاشخاص الذين يتبنون العمليات المعرفية لتنشيط مختلف المصادر".

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة صغيرة وفي منطقة محددة ومختلفة من حيث العادات الغذائية ونوعية الاستهلاك والسلوكيات الغذائية والحياة اليومية ونمط العيش والبيئة الخارجية مقارنة بالدراسات المسحية التي تعتمد على عينات كبيرة وضبط العوامل للتحكم في نتائج البحث الجيد وكذا مد يد المساعدة من طرف المختصين والمشاركين والفرق البحث فان جودة الحياة المتعلقة بالصحة تختلف باختلاف اعتقاد الفرد والنسق الذي يعيش فيه. ولإلمام بالموضوع يتوجب علينا كباحثين الاستمرارية للمزيد من البحوث الميدانية حول جائحة البدانة وربطها بعدة متغيرات في مجال علم نفس الصحة وعلم النفس الايجابي مثل " الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة، الصلابة، الجلد، الرفاه انفسى، جودة الحياة المعدلة، تنمية الكفاءة الذاتية، التمكين النفسي، العلاجات المعرفية السلوكية، خطط علاجية.



---

## قائمة المراجع

---



## قائمة المراجع

1. ابتسام الزويني، رائدة حميد، عبد الرضا التميمي(2016): علم النفس الايجابي ( نشأته، أهدافه، تطبيقاته)، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
2. أبو سريع، عبير محمد وآخرون(2006): أثر برنامج تنمية المهارات الحياتية في تجويد جودة الحياة لدى تلاميذ مدارس التعليم العام بالقاهرة. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة.17-19 سبتمبر، قسم علم النفس جامعة السلطان قابوس سلطنة عمان.
3. أبو النور، محمد عبد التواب معوض(2000): الهدف في الحياة وبعض المتغيرات النفسية المرتبطة به لدى عينة من طلبة الجامعة، مجلة البحث في التربية وعلم النفس، 1(4): 113-114
4. أحمد عبد الله الثنيان(2009): جودة الحياة وقلق المستقبل لدى طلاب المرحلة الجامعية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس، تخصص ارشاد نفسي، كلية التربية جامعة أم القرى السعودية.
5. أحمد مسعودي (2015): بحوث جودة الحياة في العالم العربي- دراسة تحليلية.مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 20سبتمبر. جامعة وهران. الجزائر.
6. أمينة حرطاني، كريمة بوزيدي:(2016): علاقة المشكلات السلوكية عند الابناء بجودة الحياة لدى الامهات. دراسة وصفية تحليلية، مجلة العلوم النفسية والتربوية، مارس(2) 1 ، 22-59، الجزائر.
7. بشرى عناد مبارك(2012): جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، العدد99، المجلد2، ص 771-714، جامعة بغداد العراق.
8. حبيب مجدي عبد الكريم(2006): فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق ابعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة.17-19سبتمبر. جامعة السلطان قابوس. سلطنة عمان.
9. حسام الدين عزب (2004): برنامج إرشادي لخفض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، المؤتمر العلمي السنوي: التربية وفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي.27-29مارس.
10. خالد شاهر سليمان (2010): قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها .مجلة رسالة الخليج العربي، السعودية.
11. الدليمي، ناهدة عبد زيد، إيمان مزيل حسن ( 2012): تقدير الذات وعلاقته بجودة الحياة لطالبات جامعة بابل،مجلة جامعة بابل،العلوم الانسانية، مجلد( 20) 4، -1126-1142.العراق.

## قائمة المراجع

12. جولتان حسن حجاز (2013) فاعلية الذات وعلاقتها بالتوافق المهني وجودة الأداء لدى معلمات غرف المصادر في المدارس الحكومية في الضفة الغربية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد9، عدد4
13. الدريير، عبد المنعم أحمد. (2004) : دراسات في علم النفس المعرفين القاهرة، عالم الكتب
14. رامي عبد الله طشطوش (2015): الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك لدى عينة من مريضات سلطان الثدي، المجلة الاردنية في العلوم التربوية، المجلد 11 العدد 04، 449-467.
15. رغداء على نعيسة(2012):جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق و تشرين ،مجلة جامعة دمشق،المجلد 28،العدد 01، جامعة دمشق سوريا.
16. رياض نائل العفاسي(2016): علم النفس الايجابي السريري (الجزء الاول)،ط1 دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع.عمان-الاردن.
17. سلاف مشري(2014): جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي(دراسة تحليلية)، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد8سبتمبر، جامعة الوادي-الجزائر.
18. سلامة يونس (2015): علم النفس الايجابي مفهومه، تطوره،مجالاته التطبيقية و رؤية مستقبلية بالوطن العربي.مجلة الشرق الأوسط لعلم النفس الايجابي1(1)ص من 45-59.
19. السيد الفرجاني، 2012، علم النفس الايجابي للطفل، دار الجامعة الجديدة الاسكندرية، مصر.
20. العارف بالله الغندور(1999):أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة(دراسة نظرية) المؤتمر الدولي السادس(6) من شهر نوفمبر، مركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، جودة الحياة توجه قومي للقرن الحادي و العشرين.. القاهرة-مصر.
21. علي مهدي كاظم، عبد الخالق البهادلي ( 2007 ) : مدى إحساس كلية التربية بالرستاق بجودة الحياة وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، وقائع ندوة علم النفس بجودة الحياة، جامعة السلطان، قابوس- سلطنة عمان.
22. فوقية سيد عبد الفتاح، محمد حسين سعيد (2006) :العوامل الاسرية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة، المؤتمر العلمي الرابع(4)دور الاسرة ومؤسسات المجتمع في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، كلية التربية بني سويف. أيام4-3-ماي 2006-مصر.

## قائمة المراجع

23. المالكي حنان، عبد الرحيم عبد الله: (2011) الاكتئاب والمعنى الشخصي وجودة الحياة النفسية لدى عينة من طالبات كلية التربية، جامعة أم القرى في ضوء بعض المتغيرات، مجلة كلية التربية جامعة الأزهر 145 (3) غزة فلسطين.
24. مجدي عبد الله (2013): مقدمة في علم النفس الايجابي، دار المعرفة الجامعية الاسكندرية، مصر.
25. محمد احمد خدام المشابقة (2015): جودة الحياة كمنبئ لقلق المستقبل لدى طلاب كلية التربية والآداب في جامعة الحدود الشمالية، مجلة جامعة طيبة للعلوم التربوية المجلد 10، العدد 01، -49-33، جامعة الحدود الشمالية السعودية.
26. محمد السعيد ابو حلاوة (2010): جودة الحياة المفهوم والابعاد. ورقة مقدمة ضمن المؤتمر العلمي السنوي السابع (7) من شهر اوت، كلية التربية. جامعة كفر شيخ-مصر.
27. محمد السعيد ابو حلاوة (2014): (ماهيته علم النفس الايجابي ومنطلقاته النظرية وافاقه المستقبلية، اصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية-الكتاب العربي للعلوم النفسية-العدد 34.
28. محمود محمد ابراهيم، عبد الحميد سعيدود، راشد المحرزي (2006): جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة قابوس، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة. 1719- ديسمبر، قسم علم النفس كلية التربية، جامعة السلطان قابوس سلطنة عمان.
29. محمود كاظم محمود وآخرون (2009): أثر برنامج إرشادي وفق أسلوب الفاعلية الذاتية في تنمية الأمانة المهنية والمسؤولية الشخصية لدى موظفي كلية التربية، مجلة ديالي، ع. 41.
30. شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك وآخرون، (ط1)، دار الحامد للنشر والتوزيع عمان-الأردن.
31. عليوة سمية (2015): علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرض السكري النوع الأول، أطروحة دكتوراه، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
32. جمال الخطيب (2017): رجيم السلحفاة" البطيء يفوز كنظام غذائي أفضل لتقليل الوزن.

<https://www.mugtama.com/translations/item/59980>



## قائمة المراجع

33. صليحة عدودة (2015): الكفاءة الذاتية والالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة 1، الجزائر.
34. صليحة عدودة، جبالي نور الدين (2012): الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع9، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
35. اسمهان عزوز(2016): مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجية المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ، أطروحة دكتوراه، العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة باتنة، الجزائر.
36. حامد زهران عبد السلام(1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، الطبعة الثانية، القاهرة، مصر.
37. الجاسر، البندري وعبد الرحمان، محمد (2007) الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من فاعلية الذات وإدراك القبول- الرفض الوالدي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى، رسالة ماجستير غير منشور، مكة المكرمة، جامعة ام القرى، السعودية.
38. فتحي محمد الزيات (2001)، علم النفس المعرفي، (ط1)، ج1، دار النشر للجامعات، مصر.
39. فتحي محمد الزيات (2001)، علم النفس المعرفي، (ط1)، ج 2، دار النشر للجامعات، مصر.
40. قريشي فيصل (2015): التدين وعلاقته بكل من التفكير وفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، أطروحة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
41. العتوم عدنان يوسف، الجراح عبد الناصر نزال، الحموري فراس احمد (2015): نظريات التعلم، ط1، ادار الميسرة، الأردن.
42. اليوسف رامي محمد (2013): علم النفس التربوي بين النظرية والتطبيقات الصفية، حائل، دار الأندلس للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية.
43. رضوان سامر جميل (1997): توقعات الكفاءة الذاتية "البناء النظري والقياس"، مجلة شؤون اجتماعية، ع 1، (55)، 25-51 مدون في: 2019/06/26، 23:46

<https://File1.hpage.com/004814/5B/html/competence.htm>

## قائمة المراجع

44. رضوان سامر جميل (2010): أثر الكفاءة لذاتية في خفض مستوى القلق، دراسة ميدانية على طلاب كلية التربية التطبيقية بسلطنة عمان مجلة دراسات نفسية 1(3)، 09-33 مركز البصيرة للبحوث، الجزائر
45. مفتاح محمد عبد العزيز (2010): مقدمة في علم نفس الصحة (مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات)، ط1، دار وائل للنشر، عمان.
46. محمد أبو هاشم حسن (2005): مؤشرات التحليل البعدي Analysis-Meta البحوث فعالية الذات في ضوء نظرية باندورا كلية التربية، جامعة الملوك سعود، المملكة، مركز بحوث العربية السعودية.
- <http://www.faculty.ksu.edu.sa/shashem/publication/212163>
47. فطامي نايفة وآخرون (1997) علم نفس الطفل، ط1، دار الأرز، عمان، الأردن
48. نيفين عبد الرحمان المصري(2011): قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح الأكاديمي لدى عينة من طلبة جامعة الأزهر بغزة، كلية التربية، علم النفس، فلسطين.
- <http://www.alazhar.edu.ps/arabic/faculties/Edu/adv.asp>
49. دودو صونيا(2017): الفعالية الذاتية وعلاقتها بالتوافق النفسي في ضوء متغيري التفاؤل والتشاؤم لدى الفريق الشبه الطبي، دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف بمدينة ورقلة ومستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة، أطروحة الدكتوراه، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
50. عطاف محمود أبو غالي (2012): فاعلية الذات وعلاقتها بضغط الحياة لدى الطالبات المتزوجات في جامعة الأقصى، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 20، ع1، كلية التربية، جامعة الأقصى، فلسطين.
51. يوسف ولاء سهيل(2016): فاعلية الذات وعلاقتها بالمسؤولية الاجتماعية، كلية التربية، قسم علم النفس، دمشق ، سوريا.
52. حسين زيد (2020): الكفاءة الذاتية ولرضا عن الحياة كمتغيرين دالين على تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة سطيف، الجزائر.
53. مفتاح محمد عبد العزيز (2010): مقدمة في علم نفس الصحة (مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات)، ط1، دار وائل للنشر، عمان

54. يخلف عثمان (2001): علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، (ط1)، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، قطر.
55. احمد الشوا (2016): الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالضغوط النفسية التي يعانها افراد المؤسسة الأمنية الفلسطينية، جامعة الاستقلال اريحا فلسطين، مجلة جامعة النجاح للأبحاث العلوم الإنسانية، المجلد 30(8)، 2016.
56. الجاسر البندري عبد الرحمان محمد (2007): الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من فاعلية الذات وإدراك القبول الرفض الوالدي لدى عينة في طلاب وطالبات جامعة ام القرى، رسالة ماجستير، مكة المكرمة، جامعة ام القرى، السعودية.
- [www.dgpdFwn.com/cacnoscana/scaononanya/KutubpdfcaFe-rsael-tsohFKF5.pdf](http://www.dgpdFwn.com/cacnoscana/scaononanya/KutubpdfcaFe-rsael-tsohFKF5.pdf)
57. ايمان غزاي ثامر سويلم المطيري (2017): فاعلية الذات والعوامل الخمسة الكبرى وعلاقتها في اتخاذ القرار لدى مديرات المدارس لمدينة الرياض.
58. دويدار عبد الفتاح محمد(1999): العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات، دار الفكر العربي، القاهرة
59. رجاء أبو علام(2004): مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية، ط4، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر.
60. رجاء محمود أبو علام(2011): مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، الطبعة السادسة، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر.
61. عزت عبد الحميد محمد محسن(2011): الإحصاء النفسي والتربوي تطبيقات باستخدام برنامج Spss 18، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
62. حدان ابتسام (2015)، فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن-دراسة مقارنة لدى عينة من المرضى وغير المرضى بمدينة ورقلة-رسالة ماجستير، علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة، الجزائر.
63. عقابة عبد الحميد،(2019): استراتيجية مواجهة الاجهاد وعلاقتها بكفاءة الذات ، أطروحة الدكتوراه، قسم علم النفس، جامعة باتنة ، الجزائر.

## قائمة المراجع

64. عبد المجيد سيد أحمد منصور وآخرون (1997): علم النفس التربوي، دار الأمين للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.
65. المشيخي، غالب بن محمد (2009): قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف مكة المكرمة، رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى، السعودية.
66. سارة ناصر الدوسري (2001): إدراك القبول والتحكم الوالدي لدى طلبة الجامعة وعلاقته بتقدير الذات والفاعلية الذاتية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
67. رامي محمود اليوسف (2013): المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالكفاءة الذاتية المدركة والتحصيل الدراسي العام لدى عينة من طلبة المرحلة المتوسطة في منطقة حائل بالمملكة العربية السعودية في ضوء عدد من المتغيرات، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد الحادي والعشرون، ع1، المملكة العربية السعودية.
68. بندر بن محمد حسن الزيايدي العتيبي (1429هـ): اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف، مذكرة ماجستير في علم النفس، تخصص توجيه تربوي ومهني، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة أم القرى، السعودية.
69. ليلى المزروع (2007): الذكاء الوجداني فاعلية الذات وعلاقتها بكل من الدافعية للإنجاز ولدى عينة من طالبات جامعة أم القرى، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 8، العدد 4، كلية التربية، جامعة البحرين.
70. جار الله سليمان (2014): منظور الزمن وعلاقته بالجلد في مواجهة الاحداث الصادمة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا، جامعة سطيف، الجزائر.
71. قريشي عبد الكريم وزعطوط رمضان (2005): نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الحادي عشر، جوان Doi: 10.12816/0007647
72. جبر محمد محمد جبر (2011): علم النفس الإيجابي، مكتبة النهضة، شيبين الكوم، مصر.

<https://scholar.google.com.eg>

## قائمة المراجع

73. محمود عبد الحليم منسي وعلي، مهدي كاظم(2003): مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس.
74. محمد سعيد أبو حلاوة (2007): جودة الحياة، المفهوم، ورقة مقدمة جامعة الإسكندرية <http://arrietty.maktoobblog.com/?post=309353>
75. الأشول، عادل عز الدين(2005): نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، وقائع المؤتمر العلمي الثالث، الانماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر.
76. نعيصة، رغداء علي(2012): جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، مجلة جامعة دمشق، العدد28، سوريا.
77. شيخي مريم (2013) طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة، دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات، رسالة ماجستير، جامعة تلمسان، الجزائر.
78. زعطوط رمضان (2010): نوعية الحياة عند المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه، جامعة ورقلة، الجزائر.
79. بشرى عناد مبارك(2010)، جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، جامعة ديالي، العدد99.
80. شقير زينب محمود (2009): مقياس تشخيص معايير جودة الحياة للعاديين وغير العاديين، ط1، جامعة طنطا، مصر.
81. مسعودي امحمد (2015): بحوث جودة الحياة في العالم العربي دراسة تحليلية، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والدراسات الإسلامية، جامعة قاصدي مرياح ورقلة، العدد20، الجزائر.
82. أبو حامد سمير(2009): البدانة مرض العصر، ط1، خطوات للنشر والتوزيع، دمشق، سوريا
83. نوبيات، قدور(0831): علاقة الكدر الزوجي بكل من الصحة النفسية والرضا عن الحياة لدى عينة من المتزوجين، أطروحة دكتوراه، جامعة قاصدي مرياح ورقلة، الجزائر.
84. عبد الرحمان عبيد مقيصر(2010): السمنة في الوطن العربي الواقع ومأمول ل، وقائع المؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني مملكة البحرين، مركز البحرين للدراسات والبحوث، المركز العربي للتغذية، البحرين.

## قائمة المراجع

85. جولتان حسن حجازي (2013): فاعلية الذات وعلاقتها بالتوافق المهني وجودة الأداء لدى معلمات غزة المصادر في المدارس الحكومية في الضفة الغربية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد9، عدد4، عمان، الأردن.
86. محمد احمد النابلسي(2003): السمنة وعلاجها النفسي، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، مركز الدراسات النفسية والنفسية-الجسدية، العدد الثالث والخمسون - المجلد الرابع عشر يناير / كانون الثاني لبنان، لبنان.
87. مقاوسي كريمة (2011): البدانة ونمط الحياة " دراسة فارقية بين البدنيين وغير البدنيين من المراهقين"، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة باتنة، الجزائر.
88. فوقية أحمد السيد عبد الفتاح، محمد حسين سعيد حسين (2006): العوامل الأسرة والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف، وقائع المؤتمر العلمي الرابع: دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، كلية التربية، جامعة بني سويف.
89. حسن مصطفى عبد المعطي (2005): الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر. المؤتمر العلمي الثالث: الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، في الفترة من 15 . 16مارس، 13 . 23.
90. محمد أحمد النابلسي (2013): السمنة وعلاجها النفسي كتاب إلكتروني. تاريخ الاسترداد01/12/2017، من أكاديمية علم النفس: [www.acofps.com](http://www.acofps.com)
91. ديفيد بارلو (2006): مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، ترجمة صفوت فرج واخرون جامعة القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية
92. جايسون فانغ (2018): شفرة البدانة الكشف في اسرار إنقاص الوزن، ترجمة (ايهم احمد)، ط1، مكتبة 406 بدار التنوير للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
93. العجلوني كامل (2013): كتاب السمنة الصحة وداء السكري، مجلة دورية تصدر عن المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة، عمان، الأردن.
94. تغريد سليمان(18/04/2011): المردود الاجتماعي للسمنة وأثرها على الصحة النفسية، موقع الارشاد والصحة النفسية، الغذاء والصحة النفسية.

## قائمة المراجع

95. ربايعية اسراء واخرون (بدون سنة) السمنة ماهي وكيفية تقييمها وطرق العلاج
96. حجازي مصطفى(2012): إطلاق طاقات الحياة قراءات في علم النفس الإيجابي، دار التنوير للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
97. ليندازاي س، بول ج (2000): مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
98. بسيوني شهرزاد (2011): ثقافة التغذية وعلاقتها بانتشار مرض السمنة - بمنطقة تلمسان- مقارنة أنثروبولوجية، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، قسم الثقافة الشعبية. 223، 187
99. حسن فكري منصور(2004) : كل شيء عن السمنة والجديد في علاجها، دار الصفا والمروة للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
100. مساني فاطمة (2013): قراءة ديموغرافية لانتشار السمنة بين السكان، مجلة معارف العدد 23 / ديسمبر ، السنة الثانية عشر ، جامعة لبويرة، الجزائر.
101. خمخام، جارالله (2021): تنمية الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالأمراض المزمنة-البدانة نموذجاً-، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد (01)، العدد مارس2022.
102. بوقصارة منصور وزياد رشيد(2015): الخصائص السيكومترية للنسخة الجزائرية لمقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، مجلة العلوم النفسية والتربوية 1(1)، 24-52.
103. بكر محمد سعيد عبد الله(2020): نموذج العلاقات بين فاعلية الذات وتنظيم الذات وتقدير الذات في ضوء بعض العوامل الديمغرافية لدى طلاب الدبلومات الجامعية، جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية، مجلة العلوم الإسلامية المملكة العربية السعودية.
104. غسان فيصل محسن وعز الدين خزعل الزبيدي(2021): 1000 سؤال وجواب في كيمياء الغذاء والتغذية، الفصل 12 الغذاء ومرض السمنة، ط1، دار الخليج للنشر والتوزيع، الأردن، عمان.
105. AHMED GHACHEM(2018) : Obésité, facteurs de risque et complications cardiométaboliques chez les personnes âgées de 50 ans et plus: Mieux comprendre pour mieux intervenir, Doctorat en gérontologie, Université de Sherbrooke
106. Ajzen, I. (1985). From intentions to actions : A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action-control : From cognition to behavior* (pp. 11639). Heidelberg: Springer.

107. Abdolreza Sotoodeh Jahromi et al. (2020) : Relation of health-related quality of life with abnormal weight: A cross-sectional study prior to the weight reduction intervention, DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_667\_20.
108. Anita Dyb Lingeet al (2021) : Lifestyle modification for weight loss: effects on cardiorespiratory capacity in Patients with Class II and Class III Obesity, July 2021, Obesity Science & Practice ; DOI:10.1002/osp4.544
109. Abdulrahman O. Musaiger, (2011 : Overweight and Obesity in Eastern Mediterranean Region, Prevalence and Possible Causes, journal of obesity, | <https://doi.org/10.1155/2011/407237>
110. Atek M, Traissac P, El Ati J, Laid Y, Aounallah-Skhiri H, Eymard-Duvernay S, et al : (2013) Obesity and Association with Area of Residence, Gender and Socio-Economic Factors in Algerian and Tunisian Adults. PLoS ONE 8(10) : e75640. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075640>.
111. Angela Fowler-Brown, Christina C(2013) : The Mediating Effect of Chronic Pain on the Relationship Between Obesity and Physical Function and Disability in Older Adults, Journal of the American Geriatrics Society, Volume61, Issue12, Pages 2079-2086, <https://doi.org/10.1111/jgs.12512>
112. Bandura, A (1997): Self- efficacy: the exercise of control, w, H, Freeman, New York.
113. Bandura Albert (1989) : Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy, developmental psychology,
114. Bandura (1989): A. & wood R.Effect of perceived control ability and performance standards on self regulation of compreadision making journal of personality and social psychology Vol (56), (5).
115. -Bandura albert (1993): Perceived self-efficacy in cognitive developmentand functioning. Educational psychologist, 28(2),
116. Bandura, A., & Locke, E. A. (2003) : Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. Journal of Applied Psychology, 88, 87-99.
117. Bandura. Albert(1982) : Self-efficacy Mechanism in Human Agency, Reprinted From American Psychologist, vol, 37, n 2, USA
118. Bandura. Albert (1977) : Self- efficacy : Toward a unifying theory of behavior change, Psychological Review, Vol 84, N02
119. Bandura, A. (1992) : Social cognitive theory and social referencing. In S. Feinman (Ed.), *Social referencing and the social construction of reality in infancy* (pp. 175-208). New York: Plenum Press.
120. Bandura, Albert (2007) : Auto-efficacité-Le sentiment d'efficacité personnelle, éd.De boeck,Bruxelles.



- 121.** Bandura A & Adams (1977): Social learning, Englewood cliffs, Prentice-HalNew york.
- 122.** Bandura, A. (2002). Social Cognitive Theory in Cultural Context. Applied Psychology: An International Review, 51, 269-290.  
<http://dx.doi.org/10.1111/1464-0597.00092>
- 123.** Catarina de M Braga et al (2021), Positive psychology interventions to improve well-being and symptoms in people on the schizophrenia spectrum: a systematic review and meta-analysis .
- 124.** Louis Wirth (2021) : The Sociology of Ferdinand Tonnies, American Journal of Sociology ,V 127, N 1july.
- 125.** Diener ,E., & Diener, M. (1995). Cross cultural correlates of life satisfaction and self esteem. Journal of Personality and Social Psychology.
- 126.** Ellen S. Rome(2011) : Obesity Prevention and Treatment, Pediatrics in Review, DOI: 10.1542/pir.32-9-363;  
<http://pedsinreview.aappublications.org/http://pedsinreview.aappublications.org/content/suppl/2011/08,15/32.9.363.DC1.html>
- 127.** JULES DESSUREAULT(2010) : LES DÉTERMINANTS DE L'OBÉSITÉ ET DU SURPOIDS CHEZ LES JEUNES AU CANADA ; UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
- 128.** Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL: Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin 1999, 125(2):276-302  
Y. B OIRIE(2009) : Obésité physiopathologie et conséquences, Chapitre 16, Service de Nutrition Clinique, CRNH d'Auvergne, BP 321, 58, rue Montalembert, 63009 Clermont-Ferrand cedex 1.
- 129.** Myriam HERNANDEZ – BRIDIER(2016) : Obésité de l'adulte : Pratiques et attentes des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge en Picardie en 2015, THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE, FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS, UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNES
- 130.** Carla Taramasco. Impact de l'obésité sur les structures sociales et impact des structures sociales sur l'obésité. Modélisation et simulation. Ecole Polytechnique X, 2011. Français. pastel-00629904, <https://pastel.archives-ouvertes.fr/pastel-00629904>
- 131.** Ryff,C,etal,(2006) : Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates?. Psychotherapy Psychosomatics .

- 132.** World Health Organization. (1997) : Obesity ,Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of WHO Consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO,
- 133.** WHITE, MARNEY A., PATRICK M. O'NEIL, RONETTE L. KOLOTKIN, AND T. KARL BYRNE(2004) : Gender, race, and obesity-related quality of life at extreme levels of obesity. *Obes Res*;12:949 –95
- 134.** Martin E. P. Seligman, Tracy A. Steen& Christopher Peterson (2005). *Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions.* *Positive Psychology.*
- 135.** Sastre, M. T. M. (1999). Lay conceptions of well-being and rules used in well-being judgments among young, middle-aged, and elderly adults. *Social Indicators Research*, 47, 203-231.
- 136.** Rafanelli, C., Park, S. K., Ruini, C., Ottolini, F., Cazzaro, M., and Fava, G. A. (2000). Rating well-being and distress. *Stress Medicine*, 16, 55-61.
- 137.** Crystal L. Park (2003). The Psychology of Religion and Positive Psychology. *PSYCHOLOGY OF RELIGION. NEWSLETTER, VOLUME 28 , N O . 4, PP. 1-20. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION DIVISION 36.*
- 138.** Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- 139.** Gagan Bajaj et al (2014) :Self-efficacy and Verbal Fluency — Does Age Play a Role?: *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly* 2014(6):17DOI:10.4137/HACCE.S14292
- 140.** Gable, S.L., & Haidt, J. (2005). What (and Why) Is Positive Psychology ? *Review of General Psychology*, Vol. 9, No. 2, 103–110.
- 141.** Evans, D.R., Burns, J.E., Robinson, W.E. & Garrett, O.J. (1985). The Quality of Life Questionnaire : A multidimensional measure. *American Journal of Community Psychology*, 13, 305-322.
- 142.** Christian, Guillevic. (2003). *Psychologie du travail comprendre et analyser le comportement de l'homme au travail: Théories et applications*, Paris
- 143.** Berlin,M.T., & Fleck ,M.P .(2003) .Quality Of Life :abrand new concept for research and,practice in practice in psychiatry.*Revista Brasileirs de Psiquiatria*.25(4).249-52.
- 144.** Brousse, C., &Boisaubert, B.(2007). la qualité devie et ses mesures. *La revue du médecine,interne*. 28(7).

- 145.** Dodson, W. E.(1994) : Quality of life measurement in children with epilepsy. In M. R. Trimble & W. E. Dodson(Eds), *Epilepsy and Quality of Life*. New York: Raven Press Ltd.
- 146.** Rat, A .C., Pouchot, J., Coste, J., Baumann, C., Spitz, E., Retel-Rude, N., Baumann, M.Giraudet-LeQuintree, J.S., Dumont-Fischer, D. & Guillemin, F.(2006). Développement et validité d'un questionnaire de qualité de vie spécifique de l'arthrose de hanche et de genou :L'AMIQUAL(Arthrose des membres Inférieurs et qualité de vie). *Revue du Rhumatisme*. 1364.1372.
- 147.** Shalock.R, (2004).The concept of quality of life : what we know and do not no. *Journal of,intellectual disability research* .vol 48 ;N03.PP203-216.
- 148.** Reine G,Lancon C, lucci S,Sapin and Aquier P (2003):depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic and opatients ,act psychitrica ,scandinavica ,vol 108
- 149.** Vreeke, G.J., Janssen, S., Resnick, S., & Stolk J. (1997). The quality of life of people with mental retardation: in search of an adequate approach. *International Journal of rehabilitation Research*.Vol 20. 280-301.
- 150.** The Nature of Social Support: Self-Efficacy in Overweight and Obese Adolescents
- 151.** Maddux (1987): Self-efficacy theory and research Application in Elinical and conseling psychology.164
- 152.** Maddux James E (2002): Self efficacy. The power of believing you can, in handbook of positive psychology, New York: Oxford university Press.
- 153.** Maddux, J. E. (1995) *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment Theory, Research, and Application*. Plenum Press, New York .
- 154.** Zimmerman (2000) : Self-efficacy ; an essential motive to learn contemporary educational psychology.
- 155.** Pajares, Frank. (1996a). Self-efficacy Beliefs in academic settings. *Review of educational Research*, 66 (4), 543-578. Doi:10.3102/00346534066004543
- 156.** Pajares, Frank. (1996b). Self-efficacy Beliefs and mathematical problem-solving of Gifted students. *Contemporary educational psychology*. (21), 325-344.Doi: 10.1006/Ceps.
- 157.** pagares et miller (1994): Self-efficacy in academic settings review of educational research.
- 158.** Shabé. S, (2001), *Hand book of cultural health psychology*, academie press.

- 159.** Zimmerman, B, (1989) : Models of self regulated learning Academic achievement, In B, J, Zinerman& D.H, Schunk, Self Regulated learnig and Academic Achevement theory Research, and Practice, New york springer.
- 160.** Krueger, Norris Jr; Dickson, Peter R (1994) :How believing in ourselves increases risk taking: Perceived, Decision Sciences ; May/Jun ; 25, 3 ; ABI/INFORM Global ,pg. 385
- 161.** Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health: An International Journal*, 9, 161-180.
- 162.** Sanders, woolley (2005): self-efficacy beliefs among parents of youngchildren,specifically three level of self-efficacy, journal of child and familywww.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1565896
- 163.** -Schwarzer, Ralf, Mueller, John, Greenglass Esther (1999). : Assessment of perceived general Self-efficacy on the internet : data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, et coping: an international Journal*, 12 (2), 145-161. Doi: 10.1080/10615809908248327
- 164.** Mayer, Christiane. (2007). No-adherence to treatment : a psychological and communications perspective. Ce Lesson, Canada. Trouvé le : 29/03/2015 à 12:53, dans : www.canadianhealthcarenetwork.ca.
- 165.** Martin.E. Seligman, Mihaly Csikszentimihaly(2000): Positivepsychology, American psychological association.January.vol 55.No1-5-14.
- 166.** Martin.E.Seligman,Tracy.A,(2005):Positivepsychologyprogress.Empirical validation of interventions. *American psychologist*.copyright by American psychological association. July- August- vol 60.N05.
- 167.** Martin.E.Seligman and others(2006): Positive psychotherapy.positive psychology center,University of Pennsylvania
- 168.** Shell, Duane F., Murphy, Carolyn Colvin, Bruning, Roger H. (1989). Self-efficacy and outcome expectancy mechanisms in reading and writing achievement. *Journal of educational Psychology*, 1 (81), 91-100, American Psychological association. Doi: 10:1037/0022-0663.81.1.91
- 169.** Shelly gable et jonathan hanitt (2005) : what (and why) is positive Psychology , June 2005Review of General Psychology 9(2),DOI:10.1037/1089-2680.9.2.103
- 170.** Kirsch, I. (1985) : Response Expectancy As Determinate Experience and Behavior. *American Psychology*, V. NH,
- 171.** Kirsch, V, Ruane, A. (1985). Non graded versus and social skills. *Aiberta, Jounal afeducational Research*, vol (46), N(4),

172. -Chabrol Claude & Radu Miruna :( 2008) *Psychologie de la communication et persuasion*. Bruxelles , De Boeck, collection « Ouvertures psychologiques », <https://doi.org/10.4000/rfp.1323>
173. - Thierry, M, & Jean-François, V (2004), Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ? , *Savoirs 5/ (Hors-série)*, ([www.cairn.info/revue-savoirs-2004-5-page-117.htm](http://www.cairn.info/revue-savoirs-2004-5-page-117.htm). 03/01/2015:10:15)
174. World Health Organization,, (2021/09/09) <https://www.who.int/ar/newsroom/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
175. World Health Organization,(2019): World Anti-Obesity Day, <https://mena.org.eg/news/dbcall/table/webnews/id/8141127>
176. World Heath Organisation, (2016): Overweight and obesity .[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2020\\_a47d0cd2-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2020_a47d0cd2-en)
177. Wang, H., Hall, N. C., Rahimi, S. (2015). Self-efficacy and casual attributions in teachers: Effects on burnout, job satisfaction, illness, and quitting intentions. *Teaching and Teacher Education*, 47, 120-130.
178. Schneider, Marie P. (2005) : L'adhésion au traitement : les clés du succès. Université de Lausanne, Suisse
179. Cormier, S., & Nurius, S. P. (2003) : Interviewing and change strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions(5th Ed.). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole
180. Ky-yang Chen et al(2020) : Predictors of Health-Related Quality of Life and Influencing Factors for COVID-19 Patients, a Follow-Up at One Month, *Front. Psychiatry*,<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00668>
181. Akibul Islam Chowdhury et al(2021) :Does higher body mass index increase COVID-19 severity? A systematic review and meta-analysis, doi: 10.1016/j.obmed.2021.100340
182. Gist, M. E., & Mitchell, T. R. (1992). Self-efficacy : A theoretical analysis of its determinants and malleability. *The Academy of Management Review*,
183. Valerie H.Taylor et al, (2013), The impact of obesity on quality of life, <https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.04.004>
184. Katz DA, McHorney CA, Atkinson RL. (2000), Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. *J Gen Intern Med* ; 15: 789–796
185. Fontaine K, Cheskin L, Barofsky I(1996). Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *J Fam Pract* ; 43:265–70.

186. World Health Organization. (1995) Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser
187. Flegal K, Carroll M, Kuczmarski R, Johnson C.( 1998) Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960–1994. Int J Obes
188. Kuczmarski R, Carrol M, Flegal K, Troiano R.( 1997) Varying body mass index cutoff points to describe overweight prevalence among U.S. adults: NHANES III (1988 to 1994) Obes Res
189. World Health Organization. (1996). What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum
190. World Health Organization. (2009). Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda. Geneva : World Health Organization.
191. WHO/FAO. (2003) Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneve.
192. World Health Organization (2012) : Obesity and overweight. Fact sheet Number 311. September 2006. Accessed January 25.
193. WHO (2000) Obesity : preventing and managing the global epidemic. (WHO Obesity Technical Report Series No. 894.) World Health Organization,Geneva
194. World Health Organization. (2014) :Constitution of the World Health Organization. 48th ed.Basic documents of the World Health Organization. Geneva.
195. Motahar Heidari-Beni, Fatemeh Azizi-Soleiman,et al(2021) : Relationship between obesity and depression, anxiety and psychological distress among Iranian health-care staff, EMHJ – Vol. 27 No. 4
196. Kushner, R. F., and Foster, G. D. (2000). Obesity and quality of life. Nutrition 16, 947–952. doi: 10.1016/S0899-9007(00)00404-4
197. Delphine Martin(2016) : Étude prospective contrôlée de l'évolution de la qualité de vie des patients atteint d'obésité maladie au sein du parcours médical ou chirurgical du groupe d'étude recherche obésité maladie du centre hospitalier Métropole de Savoie, HAL Id: dumas-01333487,https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01333487
198. Kolotkin, R. L., Meter, K., and Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. Obes. Rev. 2, 219–229. doi: 10.1046/j.1467-789X.2001.00040.x

- 199.** Wilson IB, Cleary PD(1995) : Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA ; the journal of the American Medical Association ;273:59–65
- 200.** Jia, H., and Lubetkin, E. I. (2005). The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. J. Public Health 27, 156–164. doi:
- 201.** 10.1093/pubmed/fdi025
- 202.** Gandek B, Sinclair SJ, Kosinski M, Ware JE Jr. Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. *Health Care Financ Rev* 2004;25(4):5-25
- 203.** Stéphanie Bégin(2016) : Étude de variations génétiques et épigénétiques de gènes candidats des complications métaboliques de l’obésité, Québec, Canada
- 204.** GEORGE A. BRAY et CLAUDE BOUCHARD(2013) HANDBOOK OF OBESITY Etiology and Pathophysiology ,Second Edition, CRC Press Version Date: 20130726 ,International Standard Book Number-13: 978-0-8247-5975-9 (eBook – PDF
- 205.** Allam, O., Oulamara, H., Agli, A.N., 2016. Prévalence et facteurs de risque du surpoids chez des enfants scolarisés dans une ville de l’est algérien (Constantine). *Antropo*, 35, 91-102. [www.didac.ehu.es/antropo](http://www.didac.ehu.es/antropo)
- 206.** Heather Rozjabek, John Fastenau Anne LaPrade et Nikoletta Sternbach (2021) : Adult Obesity and Health-Related Quality of Life, Patient Activation, Work Productivity, and Weight Loss Behaviors in the United States This article was published in the following Dove Press journal: *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity, Targets and Therap*
- 207.** Haomiao Jia and Erica I. Lubetkin(2005) : The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population, *Journal of Public Health* Vol. 27, No. 2, pp. 156–164, doi:10.1093/pubmed/fdi025
- 208.** Marie-Aline Charles et al(2004) Obésité : quels moyens d’action contre l’épidémie du XXIesiècle ? Fondation Recherche Médicale [www.frm.org](http://www.frm.org)
- 209.** Alfred Wirth, Martin Wabitsch, Hans Hauner(2014) : The Prevention and Treatment of Obesity, *Dtsch Arztebl Int* ; 111:705–13. DOI : 10.3238/arztebl.2014.0705.
- 210.** Hassan, M. K., Joshi, A. V., Madhavan, S. S., and Amonkar, M. M. (2003). Obesity and health-related quality of life : a cross-sectional analysis of the US population. *Int. J. Obes.* 27, 1227–1232. doi: 10.1038/sj.ijo.0802396

- 211.** Kolotkin, R. L., Meter, K., and Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obes. Rev.* 2, 219–229. doi: 10.1046/j.1467-789X.2001.00040.x
- 212.** Taylor, V. H., Forhan, M., Vigod, S. N., McIntyre, R. S., and Morrison, K. M. (2013). The impact of obesity on quality of life. *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.* 27, 139–146. doi: 10.1016/j.beem.2013.04.004
- 213.** Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL, (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999–2000. *J Am Med Assoc* 288: 1723–1727.
- 214.** James WPT, Jackson-Leach R, Ni Mhurchu C, et al(2004). Chapter 8 : Overweight and obesity (high body mass index). In: World Health Organization.
- 215.** Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva
- 216.** Melanie K Bean , Karen Stewart, Mary Ellen Olbrisch (2008) :Obesity in America: implications for clinical and health psychologists, DOI: [10.1007/s10880-008-9124-9](https://doi.org/10.1007/s10880-008-9124-9)
- 217.** Frank B Hu. New York, (2008) : **Obesity Epidemiology**, Oxford University Press, pp. 512. \$55 ISBN 978 0195312911.
- 218.** Per Björntorp (1April /2001) : international tex book of obesity, doi: 10.1007/s11136-013-0433-6. Epub 2013 May 19, DOI : 10.1002/0470846739
- 219.** Päivi E Korhonen , Tellervo Seppälä, Salme Järvenpää, Hannu Kautiainen (2014) Body mass index and health-related quality of life in apparently healthy individuals
- 220.** Doak CM, Adair LS, Monteiro C, Popkin BM (2000) Overweight and underweight coexist within households in Brazil, China and Russia. *J Nutr* 130: 2965–2971
- 221.** Mihalko, S L; McAuley, E; Bane, S M(1996) : Self-Efficacy and Affective Responses to Acute Exercise in Middle-Aged Adults, *Journal of Social Behavior and Personality*; Corte Madera, CA Vol. 11, Iss. 2, (Jan 1, 1996) : 375
- 222.** Manuel B Huber et al (2020) : The relationship between body mass index and health-related quality of life in COPD : real-world evidence based on claims and survey data, *Respir Res.* 21: 291. Published online Nov 3. doi: 10.1186/s12931-020-01556-0



- 223.** Caroline Sentcal and Arie Nouwen, David White(2000) Motivation and Dietary Self-Care in Adults With Diabetes: Are Self-Efficacy and Autonomous Self-Regulation Complementary or Competing Constructs? , opyright 2000 by the American psycholo~l Aide.lion, Inc. 2000, Vol. 19, No. 5, 452-457 0278-6133/00/\$5.00 DOI: 10.10371/0278-6133.19.5.452
- 224.** J. Felix, Yali Renee Stark et al(2020) : Wang, Lingzhong Xu, et al(2019) : Gender Difference in General Self-Efficacy among Young-Old Elderly Aged 60–74 in Rural ShandongChina: A Cross-Sectional Survey, March 2020, Health and Quality of Life Outcomes 18(1)DOI:10.1186/s12955-020-01309-z
- 225.** Claude Bouchard et Louis Pérusse,(2003 ,July) : The Genetics of Human Obesity, 12(3),DOI:10.1002/0470862092.d0502,In book: International Textbook of Diabetes Mellitus.
- 226.** Enrique Regidor, Gregorio Barrio et al (1999) Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults, Epidemiology,Ministry of Health,Madrid, Spain.
- 227.** Laura Krause et Ute Ellert Health-related quality of life of overweight and obese adolescents : What differences can be seen by socio-economic status and education, 57(4) :445-54 [www.mdpi.com/journal/ijerph](http://www.mdpi.com/journal/ijerph)
- 228.** Jonas Minet Kinge , Stephen Morris(2010) : Socioeconomic variation in the impact of obesity on health-related quality of life, Nov ; 71(10):1864-71.doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.001. Epub 2010 Sep 21
- 229.** Doreen Liou, Lauren Kulik (2020) : Self-efficacy and psychosocial considerations of obesity risk reduction behaviors in young adult white Americans; 15(6) : e0235219. Published online 2020 Jun 24. doi: 10.1371/journal.pone.0235219
- 230.** CHERFI. Z. et. ATEK. M(2010) : L'Obésité chez l'adulte de 35 à 70 ans en Algérie, Transition épidémiologique et système de santé Projet TAHINA, Institut National de Santé Publique, Contrat n° ICA3-CT-2002-10011.
- 231.** María J, José Miguel Carrasco, et al (2009) :Role of educational level in the relationship between Body Mass Index (BMI) and health-related quality of life (HRQL) among rural Spanish women, National Centre for Epidemiology, Carlos III Institute of Health, Madrid, Spain, Published online 2009 Apr 30. doi: [10.1186/1471-2458-9-120](https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-120)
- 232.** Sach TH, Barton GR, Doherty M, et al(2007) : The relation-ship between body mass index and health-related quality of life : comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. Int J Obes (Lond) 2007 ; 31:189–96.

233. Dictionnaire encyclopedique , Larousse , 1998
234. (29): علم السعادة نشأة علم النفس الإيجابي وتطبيقاته/11/أبو زيد كريم (2015)
235. <https://www.sasapost.com/opinion/science-of-happiness/> at 23 :20
236. <https://www.sasapost.com/opinion/science-of-happiness/>
237. <https://arabic.sputniknews.com/amp/20210306/> فضالة/ (01/05/2020) سمية  
،نتائج-مخيفة-عن-مرض-السمنة-في-الجزائر-50-مليون-خبزة-يوميا-1048291424
238. خلاصي كريمة ، ، (03/05/2021) ، 20 مليون جزائري مصاب بالسمنة،  
الجزائر <https://www.echoroukonline.com>
239. وداد فاطمة (22/04/2017): تأثير زيادة الوزن على القدرة الجنسية، مجلة حياتك  
<http://hayatouki.com/sexual-education/content/>
240. خوجة عبد الحفيظ يحيى (06 /ديسمبر/ 2019): مليون شخص يعانون من السمنة في العالم " البدانة في آسيا" على جدول أعمال مؤتمر «الاتحاد الدولي للسكري والسمنة، الجمعة -9 شهر ربيع الثاني 1441 هـ -م رقم العدد14983
241. <https://aawsat.com/home/article/2023161/650->
242. السمنة، تقرير منظمة الصحة العالمية. (2000). تاريخ الاسترداد، 01، 20، 2018،  
من [www.who.int/topics/obesity/ar](http://www.who.int/topics/obesity/ar)
243. خالد صلاح. (2016): احصائيات السمنة في العالم. تاريخ الاسترداد، 01، 20، 2018،  
من [www.youm7.com](http://www.youm7.com)



---

الملاحق



## استمارة البيانات الشخصية

عزيزي(ة) المشارك(ة) فضلا وليس أمرا أن تقدم لنا يد المساعدة لإدلاء بالمعلومات التي تساعدنا في إتمام موضوع بحثنا " أطروحة الدكتوراه "الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصابين بالسمنة"، تأكد المعلومات التي تدلي بها تبقى سرية في مضمون البحث العلمي لا غير. وذلك بوضع الإشارة امام العبارة المناسبة (X).

الجنس:  ذكر  أنثى

السن:  من 20-30  من 31-40  من 41-50  من 51-60

المستوى التعليمي:  ابتدائي  متوسط  ثانوي  جامعي

المستوى الاقتصادي:  منخفض  متوسط  جيد

الحالة الاجتماعية  أعزب (ة)  متزوج(ة)  مطلق(ة)  أرمل(ة)

مدة المرض:  من 1 سنة - 5 سنوات  من 5 سنوات - 10 سنوات  من 10 سنوات فأكثر

الأمراض المصاحبة:  الضغط الدموي  داء السكري  أمراض الكلى

الطول  الوزن  مؤشر كتلة الجسم

أمراض أخرى.....

.....

## مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة

أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص، اقرأ كل عبارة وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام، وذلك بوضع دائرة حول كلمة واحدة فقط مما يلي كل عبارة منها وهي (لا، نادرا، غالبا، دائما)، ليس هناك إجابة صحيحة واجابة خاطئة، وليست هناك عبارات خادعة، أجب بسرعة ولا تفكر بالمعنى الدقيق لكل عبارة، ولا تترك أي عبارة دون إجابة.

العبارة	لا	نادرا	غالبا	دائما
1 عندما يقف شخص ما في طريق تحقيق هدف أسعى إليه فإنني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي				
2 إذا ما بذلت من الجهد كفاية، فإنني سأنجح في حل المشكلات الصعبة				
3 من السهل علي تحقيق أهدافي ونواياي				
4 أعرف كيف أتصرف مع المواقف غي المتوقعة				
5 أعتقد أنني قادر على التعامل مع الأحداث حتى لو كانت هذه مفاجئة لي				
6 أتعامل مع الصعوبات لأنني أستطيع دائما الاعتماد على قدراتي الذاتية				
7 مهما يحدث فإنني أستطيع التعامل مع ذلك				
8 أجد حلا لكل مشكلة تواجهني				
9 إذا ما واجهني أمر جديد فإنني أعرف كيفية التعامل معه				
10 أمتلك أفكارا متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني				

## سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة (SF-36V2)

### تعليمات:

السلم الآتي يستفسر عن آرائك حول صحتك، وكيف تشعر وتعيش، ومدى قدرتك على تسيير نشاطاتك اليومية، من فضلك أجب على هذه الأسئلة بتحديد دقيق لاختيارك، وذلك بوضع دائرة حول الإجابات التي تلي السؤال.

### الأسئلة:

1- تقيم صحتك عموماً بأنها:

1. ممتازة  2. جيدة جداً  3. جيدة  4. متوسطة  5. ضعيفة

2- مقارنة بنسبة من قبل، كيف تقيم بصفة عامة صحتك الحالية؟

1. أفضل بكثير من السنة الماضية   
2. أفضل نوعاً ما من السنة الماضية   
3. تقريبا مثل السنة الماضية   
4. أسوأ نوعاً ما من السنة الماضية   
5. أسوأ بكثير من السنة الماضية

3- الأسئلة التالية تتعلق بالنشاطات التي يمكن أن تقومون بها في يوم معين: هل صحتك الحالية محددة بهذه النشاطات؟

- إذا كانت الإجابة بنعم إلى أي مدى؟

النشاطات	نعم محددة جداً	نعم محددة قليلاً	لا غير محددة تماماً
1. النشاطات القوية: مثل الركض، رفع الأشياء الثقيلة، المشاركة في نشاطات رياضية؟			
2. النشاطات المعتدلة: مثل تحريك طاولة، دفع المكنسة الكهربائية، لعبة الكرة الحديدية؟			
3. رفع أو حمل أكياس معبأة؟			
4. صعود بضعة سلالم؟			
5. صعود سلم؟			
6. الانحناء، الركوع أو التقوس؟			
7. المشي أكثر من ميل؟			

			8. المشي لبعض أميال؟
			9. المشي لميل واحد؟
			10. الاستحمام أو ارتداء الملابس؟

4- خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل تعرضت للمشاكل التالية في العمل أو أثناء نشاطاتك اليومية، نتيجة لصحتك الجسمية؟

لا	نعم	
		1. تخفيض كمية الوقت الخاص بالعمل أو بنشاطات أخرى؟
		2. انجاز أقل مما كنت تريد؟
		3. كانت محدودة بنوع العمل أو نشاطات أخرى؟
		4. تواجه صعوبات في انجاز العمل أو نشاطات أخرى (مثل بذل جهد إضافي)

5- خلال الأربعة الأسابيع الماضية، هل تعرضت للمشاكل التالية في العمل أو أثناء نشاطاتك اليومية، نتيجة لصحتك النفسية (كأن تكون مكتئبا أو قلقا)؟

لا	نعم	
		1. تخفيض كمية الوقت الخاص بالعمل أو بنشاطات أخرى؟
		2. انجاز أقل مما كنت تريد؟
		3. عدم القدرة على القيام بعمل أو نشاطات أخرى بالعناية المعتادة؟

6- خلال الأربعة الأسابيع الماضية، إلى أي مدى أثرت صحتك الجسدية أو المشاكل النفسية على نشاطاتك الاجتماعية مع العائلة، الأصدقاء، الجيران، أو الجماعات؟

1. أبدا  2. قليلا  3. متوسط  4. كثيرا  5. كثيرا جدا

7- إلى أي مدى تألمت جسديا خلال الأربعة أسابيع الأخيرة؟

1. أبدا  2. قليلا جدا  3. قليلا  4. متوسط  5. كثيرا   
5. كثيرا جدا

8- خلال الأربعة أسابيع الماضية، لأي مدى ألامك تعارض مع عمك اليومي (بما في ذلك العمل خارج المنزل وداخله)؟

1. أبدا  2. قليلا جدا  3. قليلا  4. متوسط  5. كثيرا   
6. كثيرا جدا

9- الأسئلة التالية تتعلق بكيفية احساسك وكيفية تماشي الأحداث خلال الأربعة أسابيع الماضية، من فضلك أجب على الاختيار الأقرب من احساسك.

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	
					1. هل كنت تشعر بأنك مليء بالحيوية؟
					2. هل كنت تشعر بأنك شخص عصبي جدا؟
					3. هل أحسست بخيبة لم يستطع أحد أن يشجعك بعدها؟
					4. هل كنت هادئ؟
					5. هل كنت مفعما بالطاقة؟
					6. هل كنت مكتئبا أو حزينا؟
					7. هل كنت مرهقا؟
					8. هل كنت تشعر بأنك شخص سعيد؟
					9. هل كنت تشعر بالتعب؟

10- خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل أثرت صحتك الجسدية أو المشاكل الانفعالية على نشاطاتك الاجتماعية (زيارة الأصدقاء، العلاقات، .... الخ؟

1. دائما  2. غالبا  3. أحيانا  4. نادرا  5. أبدا

11- أجب بصحيح أو خطأ عن التقريرات التالية الخاصة بك؟

صحيح جدا	صحيح نوعا ما	لا أدري	خطأ نوعا ما	خطأ جدا	
					1. يبدووا لي بأني أمرض بسهولة أكثر من الآخرين؟
					2. أنا بصحة جيدة مثل أي شخص أعرفه؟
					3. أتوقع تدهور صحتي؟
					4. صحتي ممتازة؟



## ملخص:

تهدفت الدراسة للكشف عن قوة العلاقة بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة لدى المصابين بالسمنة في عينة من المجتمع الجزائري "مدينة بسكرة"، نتوقع ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالسمنة. اعتمدت الدراسة على عينة قصدية (302) مشاركا من الجنسين (إناث، ذكور)، تراوحت أعمارهم بين (20-60) سنة بمتوسط وانحراف معياري (M= 28.33) و (SD=5.10)، بالاعتماد على مقياس الكفاءة الذاتية العامة لـ رالف شوارتزر (R. Schwarzer, 1994) ترجمة سامر جميل رضوان، ومقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة (SF-36.v2) المرخص من (WHO, 1996)، ويعد التأكد من الخصائص سيكومترية. بينت نتائج الدراسة على ان المشاركين يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة مقدرة بـ (T=49.9)، وكذا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة بـ (R=0.164)، يوجد أثر للكفاءة الذاتية على مؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة من خلال نتائج الاختبار اللوجستي الرتبي حيث بلغت قيمة (R<sup>2</sup>=0.382). كما بينت نتائج اختبار انحدار اللوجستي المتعدد المقدرة بقيمة (X<sup>2</sup>=33.428) كما أسفرت نتائج اختبار النموذج الخطي العام المتعدد ، وكذا يوجد أثر تفاعل كل من الكفاءة الذاتية ومؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة، يوجد أثر تفاعل بين الأمراض المزمنة ومؤشر كتلة الجسم على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ، يوجد أثر تفاعل بين الأمراض المصاحبة ومدة المرض على أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة الدراسة من خلال نتائج تحليل الانحدار المتعدد نجد ان معامل تفسير أثر مدة المرض (R<sup>2</sup>=0.389)، ومعامل تفسير أثر الامراض المصاحبة (R<sup>2</sup>=0.349) .

الكلمات المفتاحية: الكفاءة الذاتية، جودة الحياة، مؤشر كتلة الجسم، السمنة.

## Abstract:

The Current study aimed to reveal the strength of the Relationship between self-efficacy and quality of life among obese people in a sample of the Algerian society "Biskra city", We expect a high level of self-efficacy among people with obesity. The study relied on a purposive sample of (302) participants of both sexes (females, males), their ages ranged between (20-60) years (M = 28.33) and (SD = 5.10), Based on the two scales General Self-efficacy( Ralph Schwarzer,1994) Translated by Samer Jamil Radwan; and Health Related Quality of Life Scale (SF-36.v2) licensed by (WHO,1996), After confirming the psychometric characteristics, the results of the study showed that the participants had a high self-efficacy estimated at (T = 49.9), Also, there is a correlation between self-efficacy and health-related quality of life with (R = 0.164), there is an effect of self-efficacy on the body mass index of the study sample through the results of the logistic ordinal test, where the value of (R<sup>2</sup> = 0.382), It also showed the results of the multiple logistic regression test estimated at a value of (X<sup>2</sup>=33.428) and the results of the multiple general linear model test, The results of the multiple general linear model test showed, as well as the effect of the interaction of both self-efficacy and BMI on health-related quality of life dimensions. There is an interaction effect between chronic diseases and BMI on health-related quality of life dimensions, there is an interaction effect between chronic diseases and body mass index on health-related quality of life dimensions. There is an interaction effect between comorbidities and disease duration on health-related quality of life dimensions in the study sample. Through the results of multiple regression analysis, we find that the coefficient of interpretation of the effect of duration of illness (R<sup>2</sup> = 0.389), and the coefficient of interpretation of the effect of comorbidities (R<sup>2</sup> = 0.349).

**Key words :** self-efficacy, quality of life, body mass index, obesity.