

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم



كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

مذكرة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم تخصص علم النفس العيادي

فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في العناية بالبدانة وأثره على
تقدير الذات

(دراسة عيادية لثمانية حالات بدائرة المحمدية ولاية معسكر)

تحت إشراف: أ.د بن أحمد قويدر

من إعداد الطالبة: خوجة مليكة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
أ. د منصور مصطفى	أستاذ تعليم عالي	جامعة مستغانم	رئيسا
أ. د بن أحمد قويدر	أستاذ تعليم عالي	جامعة مستغانم	مشرفا، مقررا
أ. د هامل منصور	أستاذ تعليم عالي	جامعة وهران 2	عضوا
أ. د بالعباد عبد القادر	أستاذ تعليم عالي	جامعة وهران 2	عضوا
أ. د بلعباس نادية	أستاذة محاضرة أ	جامعة مستغانم	عضوا
أ. د كروم موفق	أستاذ محاضر أ	جامعة تموشنت	عضوا

2024 / 2023 م

إهداء

أهدي هذا العمل إلى نفسي إنتصارا وفخرا أمام هزائمي القديمة

أهدي هذا العمل إلى زوجي الكريم حسان ورفيق دربي الذي شجعني باستمرار

حفظه الله تعالى من كل سوء

أهديه أيضا إلى أُمي الغالية رحمها الله

أهديه أيضا إلى والدي أطال الله بقاءه وبارك في صحته

أهديه إلى إخوتي الأعزاء وإلى أصدقائي وزملائي في الدراسة

أهديه أيضا إلى أولادي " بوعلام " "جمانة" " عماد الدين " " عدنان "

وإلى أساتذتي الكرام والأفاضل من بداية تكويني الجامعي إلى غاية اليوم

وإهداء أخير إلى كل من آمن بقدراتي وأيدني وشجعني

ووقف إلى جانبي في مشواري التعليمي

أهديكم هذا العمل

مقولة لـ روزالين فرونكلين Rosaline Frankline: " علينا أن نؤمن بكل ما نفعله لأن ذلك الايمان

يجعلنا أقرب لتحقيق النجاح "

الطالبة خوجة مليكة

كلمة شكر

وتشاء أنت من البشائر قطرة
ويشاء ربك أن يغيثك بالمطر
وتشاء أنت من الأمانى نجمة
ويشاء ربك أن يناولك القمر
وتشاء أنت من الحياة غنيمة
ويشاء ربك أن يسوق لك الدرر
وتظل تسعى جاهدا في همة
والله يعطي من يشاء إذا شكر

" من لم يشكر الناس لم يشكر الله "

أشكر الله عز وجل على توفيقى في إعداد هذا العمل شكرا كما يحبه ويرضاه

وأشكر كل من ساعدني في إنجاز هذه الدراسة من قريب أو من بعيد. أتقدم بالشكر والامتنان والتقدير إلى الأساتذة الذين ساهموا على تطويري خلال مسيرتي التعليمية وأقول لهم جزاكم الله عني كل خير. كما أشكر أستاذي الفاضل الدكتور " بن أحمد قويدر " لإشرافه على هذه الرسالة، وعلى كل نصائحه فله منى أسمى معاني الشكر والتقدير والاحترام.

الشكر والتقدير للجنة المناقشة التي وافقت على مناقشة هذا العمل كما أتقدم بشكري الخالص لعينة الدراسة وإلى الحالات التي خضعت للبرنامج العلاجي على انضباطهن بمواعيد الحصص العلاجية فلهن خالص معاني الشكر.

وأقدم بالشكر أيضا لمدير دار الشباب وموظفيه على تعاونهم.

أتقدم بالشكر الجزيل لزوجي حفظه الله تعالى على دعمه غير المحدود

- ملخص:

هدفت هذه الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في علاج البدانة من خلال التركيز على تقدير الذات عند المرأة حيث شملت الدراسة ثماني حالات نساء راشدات تعانين من البدانة تم اختيارهن بطريقة قصدية، مركزين على مؤشر الكتلة لديهن الذي كان يفوق 30 %.

واستخدمنا المنهج العيادي من خلال دراسة الحالات، والمنهج الشبه التجريبي لدراسة أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تطبيق مجموعة من المراحل العلاجية التي يتم قياس فعاليتها بمدى تطور تقدير الذات لدى الحالة وهذا باستخدام مقياس تقدير الذات الذي تم حسابه من خلال القياس القبلي وبعد تطبيق البرنامج.

ولقد توصلت الدراسة إلى أن للبرنامج العلاجي المستخدم فعالية في التخفيف من الوزن كمؤشر ساهم في تطوير مستوى تقدير الذات لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

الكلمات المفتاحية: البدانة؛ تقدير الذات؛ البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

Abstract :

This current study aimed to identify the effectiveness of the cognitive-behavioral therapeutic program in treating obesity by focusing on women's self-esteem. The study included eight cases of adult women suffering from obesity who were chosen intentionally, focusing on their mass index, which was more than 30%.

We used the clinical approach through case studies, and the quasi-experimental approach to study the effect of the cognitive-behavioral therapeutic program in applying a set of therapeutic stages, the effectiveness of which is measured by the extent of the development of the case's self-esteem, using the self-esteem scale that was calculated through the pre-measurement and after the program was implemented.

The study found that the treatment program used was effective in losing weight, as an indicator that contributed to developing the self-esteem among women suffering from obesity.

Keywords: obesity; Self-esteem; Cognitive behavioral therapy program

Résumé:

Cette étude actuelle visait à identifier l'efficacité du programme thérapeutique cognitivo-comportemental dans le traitement de l'obésité en se concentrant sur l'estime de soi des femmes. L'étude comprenait huit cas de femmes adultes souffrant d'obésité qui avaient été choisies intentionnellement, en se concentrant sur leur indice de masse, qui était plus de 30 %.

Nous avons utilisé l'approche clinique à travers des études de cas, et l'approche quasi-expérimentale pour étudier l'effet du programme thérapeutique cognitivo-comportemental dans l'application d'un ensemble d'étapes thérapeutiques dont l'efficacité est mesurée par l'étendue du développement de l'estime de soi des cas, en utilisant l'échelle d'estime de soi calculée lors de la pré-mesure et après la mise en œuvre du programme.

L'étude a révélé que le programme de traitement utilisé était efficace pour perdre du poids, ce qui constitue un indicateur contribuant au développement du niveau d'estime de soi chez les femmes souffrant d'obésité.

Mots clés : obésité ; l'estime de soi; Programme de thérapie cognitivo-comportementale.

**فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في العناية
بالبدانة وأثره على تقدير الذات**

قائمة المحتويات

أ	إهداء.....
ب	كلمة شكر.....
ت	ملخص البحث.....
01	عنوان الرسالة.....
02	قائمة المحتويات.....
06	قائمة الجداول.....
07	قائمة الأشكال.....
	الفصل الأول: مدخل الدراسة
12	- مقدمة.....
18	I. أسباب اختيار الموضوع.....
19	II. أهمية البحث.....
19	III. الهدف من البحث.....
24	IV. الاشكالية.....
34	V.. الفرضيات.....
34	VI. المفاهيم الاجرائية.....
35	VIII مناقشة الدراسات السابقة.....
	الجانب النظري
	الفصل الثاني: البدانة

34	تمهيد
36	1. نظرة تاريخية للبدانة.....
36	II. تعريف البدانة.....
37	III. النظريات المفسرة للبدانة
40	IV أسباب البدانة
47	V - أشكال البدانة
47	VI - أعراض البدانة
48	VII - أخطار البدانة
49	VIII - قياس البدانة
50	IX . اضطرابات التغذية حسب DSM5
51	X - شخصية البدین
52	XI - العوامل الثقافية والاجتماعية الراضة للبدانة.....
53	XII - علاج البدانة.....
55	XIII - قواعد التغذية في الاسلام.....
55	X V - السرعات الحرارية والنظام الغذائي المعتمد في هذه الدراسة.....
	- خلاصة
	الفصل الثالث : تقدير الذات
66	- تمهيد
66	I. مفهوم الذات
74	II. مفهوم تقدير الذات

76	III. نظريات تقدير الذات
81	IV. الثقة في النفس
82	V. النظرة العيادية لتقدير الذات المنخفض
83	VI. الفائدة من تقدير الذات
84	VII. التقدير الذاتي مقياس اجتماعي
85	VIII. نصائح للفرد كيف يمكن أن يقدر ذاته.....
86	- خلاصة.....
	الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي
89	- تمهيد.....
89	I - نظرة تاريخية
90	II. التيار السلوكي
93	III. التيار المعرفي.....
95	IV. تعريف العلاج المعرفي السلوكي
95	V. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
97	VI. العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي.....
97	VII. الايطار العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي
99	VIII. فنيات العلاج المعرفي السلوكي
100	X. الحميات والتقيد المعرفي
101	XI. العلاج الجماعي
103	خلاصة

	الجانب التطبيقي
	الفصل الخامس: الدراسة الاستطلاعية
106	تمهيد.....
106	أ. أهدافها
107	ب. حدودها
107	ج. إجراءاتها.....
122	د. نتائجها
125	خلاصة
	الفصل السادس: منهجية البحث
128	- تمهيد
128	أ. منهج البحث.....
129	ب. أدوات البحث.....
131	ج. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
147	- خلاصة.....
	الفصل السابع: الدراسة الأساسية لثمانية حالات وعلاجها
151	أ. تقديم الحالة الأولى وسيرورة الحصص العلاجية والنتائج.....
169	ب. تقديم الحالة الثانية وسيرورة الحصص العلاجية والنتائج
187	ج. تقديم الحالة الثالثة وسيرورة الحصص العلاجية والنتائج.....
204	د. تقديم الحالة الرابعة وسيرورة الحصص العلاجية والنتائج
220	هـ. تقديم الحالة الخامسة وسيرورة الحصص العلاجية والنتائج

236	.VI. تقديم الحالة السادسة وسيرورة الحصص العلاجية والنتائج
252	.VII. تقديم الحالة السابعة وسيرورة الحصص العلاجية والنتائج
267	.VIII. تقديم الحالة الثامنة وسيرورة الحصص العلاجية والنتائج
	الفصل الثامن: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات
289	- عرض نتائج الدراسة الأساسية للحالات ومناقشة الفرضيات
308	- خلاصة
309	- اقتراحات.....
310	- صعوبات.....
313	- قائمة المراجع
325	- الملاحق.....

. قائمة الجداول .

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	دليل مؤشر كتلة الجسم	50
02	أسماء الأساتذة المحكمين لمقياس تقدير الذات	110
03	معاملات ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه	116
04	معاملات ارتباط بيرسون بين درجات كل بعد والدرجة الكلية للمقياس	117
05	نتائج اختبارات ت للعينتين المستقلتين الخاصة بالصدق التمييزي للمقياس	118
06	نتائج معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية	120
07	نتائج معامل الثبات ألفا كرونباخ	120
08	مستويات تقدير الذات	121
09	عدد وعمر العينة	122

122	لمستوى الدراسي للعيننة	10
147	البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	11
155	الواجب المنزلي سجل التغذية للحالة الاولى	12
156	التحليل الوظيفي للحالة الأولى	13
161	أهم الاستنتاجات للحالة الاولى	14
165	تقييم الحالة الاولى للبرنامج العلاجي	15
166	تغيرات في وزن الحالة الاولى	16
168	التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الاولى	17
174	الواجب المنزلي سجل التغذية للحالة اثنائية	18
175	التحليل الوظيفي للحالة الثانية	19
180	أهم الاستنتاجات للحالة الثانية	20
184	تقييم الحالة الثانية للبرنامج العلاجي	21
184	تغيرات في وزن الحالة الثانية	22
186	التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الثانية	23
192	الواجب المنزلي سجل التغذية للحالة الثالثة	24
193	التحليل الوظيفي للحالة الثالثة	25
197	أهم الاستنتاجات للحالة الثالثة	26
201	تقييم الحالة الثالثة للبرنامج العلاجي	27
202	تغيرات في وزن الحالة الثالثة	28
202	التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الثالثة	29
208	الواجب المنزلي سجل التغذية للحالة الرابعة	30
209	التحليل الوظيفي للحالة الرابعة	31
213	أهم الاستنتاجات للحالة الرابعة	32

218	تقييم الحالة الرابعة للبرنامج العلاجي	33
218	تغيرات في وزن الحالة الرابعة	34
219	التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الرابعة	35
224	الواجب المنزلي سجل التغذية للحالة الخامسة	36
225	التحليل الوظيفي للحالة الخامسة	37
229	أهم الاستنتاجات للحالة الخامسة	38
233	تقييم الحالة الخامسة للبرنامج العلاجي	39
234	تغيرات في وزن الحالة الخامسة	40
235	التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الخامسة	41
240	الواجب المنزلي سجل التغذية للحالة السادسة	42
241	التحليل الوظيفي للحالة السادسة	43
245	أهم الاستنتاجات للحالة السادسة	44
249	تقييم الحالة السادسة للبرنامج العلاجي	45
250	تغيرات في وزن الحالة السادسة	46
251	التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة السادسة	47
256	الواجب المنزلي سجل التغذية للحالة السابعة	48
257	التحليل الوظيفي للحالة السابعة	49
260	أهم الاستنتاجات للحالة السابعة	50
265	تقييم الحالة السابعة للبرنامج العلاجي	51
265	تغيرات في وزن الحالة السابعة	52
266	التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة السابعة	53
271	الواجب المنزلي سجل التغذية للحالة الثامنة	54
272	التحليل الوظيفي للحالة الثامنة	55

276	أهم الاستنتاجات للحالة الثامنة	56
279	تقييم الحالة الثامنة للبرنامج العلاجي	57
280	تغيرات في وزن الحالة الثامنة	58
281	التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الثامنة	59
294	تغيرات الاوزان لدى كل الحالات بين الاسبوع	60
295	تغيرات الاوزان ومؤشر الكتلة قبل وبعد البرنامج العلاجي	61
297	نسبة تحسن التقدير الجسدي	62
298	نسبة تحسن التقدير الاجتماعي	63
301	نتائج اختبار wilcoxon للعينتين المرتبطتين	64
303	نتائج اختبار wilcoxon للعينتين المرتبطتين الخاصة بالمقارنة بين النتائج القياسي القبلي والبعدي في بعد التقدير الاجتماعي	65
305	نتائج التقدير القبلي والبعدي لمقياس تقدير الذات والفرق بين الدرجات لدى الحالات	66

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	رسم بياني يوضح تغيرات الوزن لدى الحالة الاولى	166
02	رسم بياني يوضح تغيرات تقدير الذات لدى الحالة الاولى	167
03	رسم بياني يوضح تغيرات الوزن لدى الحالة الثانية	185
04	رسم بياني يوضح تغيرات تقدير الذات لدى الحالة الثانية	185
05	رسم بياني يوضح تغيرات الوزن لدى الحالة الثالثة	202
06	رسم بياني يوضح تغيرات تقدير الذات لدى الحالة الثالثة	203
07	رسم بياني يوضح تغيرات الوزن لدى الحالة الرابعة	218
08	رسم بياني يوضح تغيرات تقدير الذات لدى الحالة الرابعة	219

234	رسم بياني يوضح تغيرات الوزن لدى الحالة الخامسة	09
234	رسم بياني يوضح تغيرات تقدير الذات لدى الحالة الخامسة	10
250	رسم بياني يوضح تغيرات الوزن لدى الحالة السادسة	11
251	رسم بياني يوضح تغيرات تقدير الذات لدى الحالة السادسة	12
265	رسم بياني يوضح تغيرات الوزن لدى الحالة السابعة	13
266	رسم بياني يوضح تغيرات تقدير الذات لدى الحالة السابعة	14
280	رسم بياني يوضح تغيرات الوزن لدى الحالة الثامنة	15
281	رسم بياني يوضح تغيرات تقدير الذات لدى الحالة الثامنة	16

. مدخل الدراسة

- مقدمة

- أسباب اختيار الموضوع

- أهمية البحث

- الهدف من البحث

- الإشكالية

- فرضيات الدراسة

- المفاهيم الإجرائية

- مناقشة الدراسات السابقة

يعد موضوع البدانة من أهم الموضوعات في الكثير من التخصصات لأنها مشكلة صحية بالدرجة الأولى نظرا لما تخلفه من أمراض عضوية، واضطرابات نفسية، فالبدانة أصبحت متفشية في الدول المتقدمة، ودول العالم الثالث، فالجزائر كغيرها من بلدان السائرة في طريق النمو تواجه خطر البدانة وتسجل أرقاما قياسية، حيث أكدت الدراسات الدولية OMS المنظمة العالمية للصحة على هذا الخطر من خلال الأرقام التالية:

ارتفاع نسبة البدانة لدى الأطفال، والمراهقين انتقل إلى الضعف ما بين سنة 1973-1994 أي أكثر من 50% يتراوح سنهم ما بين 5 . 20 سنة في أمريكا، وفي اليابان ارتفعت ما بين 1% إلى 2% في مدة 20 سنة ما بين 1974 - 1993، وحسب هذه الدراسة توصلت إلى أن كل الأطفال، والمراهقين البدينين أصبحوا راشدين بدناء . (OMS, 2003, p. 34)

تشير الإحصائيات إلى أن ما يقارب 700 مليون من الأشخاص يعانون من السمنة المفرطة بحلول عام 2015 وبتزايد قدرها 75% في خلال 10 سنوات، و يعتبر داء السكري هو النتيجة الرئيسة للسمنة، وإصابة 30 مليون شخص في العالم بداء السكري وهو يؤثر على 220 مليون نسمة، و بتوقع يصل إلى 366 مليون بحلول 2030.

وحسب منظمة التعاون الاقتصادي و التنمية OECD، في عام 2014 نشرت أن البدانة في انتشار مستمر واستنادا لأحدث المسوحات الصحية المتاحة توصلت إلى:

أنه أكثر من 53% من السكان البالغين في الإتحاد الأوروبي يعانون من زيادة الوزن أو السمنة، وأن التقديرات بحلول عام 2025 هي 47% من الرجال و 36% من النساء الذين تتراوح أعمارهم بين 21 و 60 سنة سيعانون من السمنة المفرطة، و بحلول عام 2050 التقديرات تنص على 60% من الذكور و 50% من الإناث يمكن أن تكون لديهم البدانة (Statistics, 2015, p. 16)

وفي عام 2004 أشار بحث **House of commons select committee** في إنجلترا أن 34 من الوفيات تعزى إلى البدانة وهذا يعادل 6,8% من جميع الوفيات بإنجلترا (Statistics, 2015, p. 58)

وهناك دراسة قام بها مجموعة من المختصين في كندا أشارت إلى أن حوالي ربع البالغين الكنديين من ثلث البالغين في الولايات المتحدة يعانون السمنة المفرطة وأن الأطفال البدناء يميلون إلى أن يصبحوا بدناء في سن الرشد مما يؤدي بهم إلى الإجهاد النفسي ، ارتفاع ضغط الدم ، ارتفاع معدل الكوليسترول أو ارتفاع السكر في الدم (CAROLL, 2015, p. 01)

والدراسات العربية تشير إلى انتشار السمنة بشكل كبير، ولا تقتصر على البالغين فقط بل أصبحت خطرا كامنا للأطفال كذلك، حيث يعاني 45.1% من البالغين من البدانة، وتسجل الدراسات ارتفاعا في معدل البدانة بين البالغين في الجمهورية العربية السورية ، العراق، ومصر (التقديرات، 2015، صفحة 16)

ولقد استعرض المؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني بمملكة البحرين في 19-21 يناير 2010، أهم البحوث العلمية التي تم تقديمها في المؤتمر حول البدانة و انتشارها و طرائق قياسها و العوامل المرتبطة بها، وعلاجها والبرامج التي تهدف إلى ضبطها وتشجيع النشاط البدني في بعض الدول العربية وأشار هذا المؤتمر إلى أن الدراسات التي أجريت في الدول العربية تؤكد على انتشار السمنة في معظمها بالرغم من تفاوت الحالة الاقتصادية و الثقافية بينها، وتشير نسبة زيادة الوزن و السمنة لدى الأطفال ما قبل السن المدرسي بين 3% إلى 8% ، و ترتفع النسبة من 8% إلى 12% عند أطفال المرحلة الابتدائية، ومرحلة المراهقة تتراوح بين 30%، و 70% عند البالغين الذين يتعدى سنهم 20 سنة (عبيد، 2010، صفحة 12)

ولقد تناولت دراسة كل من نبال عبد الرحمان أبو العلا، دينا إبراهيم شهاب، مرفت أحمد إسماعيل، عواطف عبد المقصود، بمصر، ما بين سنة 2004-2008، موضوعها السمنة وزيادة معدل انتشار المتلازمة الايضية بين المراهقين المصريين، تمثلت العينة في 4251 تلميذ أعمارهم من 10-18 سنة، الأدوات المستعملة تمثلت في تصميم 3 استمارات طبية، اجتماعية وغذائية تتناول موضوعات خاصة بالسمنة والسكري وضغط الدم والتي تعكس مدى النشاط البدني لديهم.

ولقد أوضحت بعض النتائج التي تمت في قسنطينة في 2001-2002 على وجود ارتفاع في الوزن لدى الأطفال والمراهقين بنسبة 6.9% ، والبدانة 4.7% بأعمار تتراوح بين 10- 16 سنة، وفي سيدي بلعباس في 2007 ارتفاع الوزن 8.3%، والبدانة 1.7% ويتراوح سنهم بين 13-18 سنة، وفي

الجزائر العاصمة في 2008 دلت النتائج على وجود 18% ارتفاع في الوزن، و4% بدانة لدى كل من الأطفال والمراهقين، وسنهم يتراوح بين 12- 17 سنة (EPSP, 2008, p. 43)

ويعتبر التحول السكاني التدريجي في الجزائر نحو أسلوب حياة مختلف يتراجع فيه النشاط الجسدي، ويزداد الاعتماد على نظام غذائي غني بالطاقة، وأغذية نصف مصنعة يقترن استهلاكها بالتغير والإفراط الغذائي والإصابة بالأمراض المزمنة، وهذا ما أكدته دراسات جزائرية على تغير نوع التغذية لدى المجتمع الجزائري وبالتالي الإصابة بأمراض واضطرابات نفسية منها مايلي:

- **مهني فاطمة 2010 - 2011:** دراسة العوامل المشتركة للارتفاع الوزن لدى الأطفال المتمدرسين في ولاية معسكر (الغرب الجزائري)، توصلت هذه الدراسة إلى أن الانتشار العام للارتفاع الوزن تمثل في 6.7 %، والسكري 0.88 % ، والوزن المرتفع ظاهر لدى الذكور الذين أحد أوليائهم يعاني من ارتفاع الوزن وخاصة من جهة الأم، استهلاك الحلويات خارج أوقات الوجبات الرئيسية يظهر لدى الأطفال الذين يعانون ارتفاع في الوزن، وأكثر من نصف الأطفال أكدوا على أنهم يشاهدون التلفاز والكمبيوتر أكثر من مرة في اليوم أثناء الأيام الدراسية (mhani, 2015, p. 49)

- **دراسة عادل بن سالم 2012:** هدفت هذه الدراسة إلى تقييم التغذية حسب المعيار الاجتماعي والاقتصادي لدى عائلات في شرق الجزائر، توصلت الدراسة إلى أن الخبز والمعجنات هي أساس التغذية لدى العائلات، الحليب يأتي في المرتبة الثالثة، والخضر والفواكه بصورة قليلة، البيض واللحوم والأسماك ملاحظة لكن بقلّة، المشروبات المسكرة والغازية بكثرة ويومياء، العائلات الصغيرة تستهلك بكثرة منتجات الحليب والفواكه واللحوم، أما العائلات الكبيرة فتستهلك المعجنات والبقوليات بكثرة، واستهلاك بكثرة لمشتقات الحليب واللحوم والفواكه يظهر لدى العائلات ذات الدخل المرتفع (Bensalem, 2012, p.

32)

- **سليمة طالب 2014:** زيادة محيط الخصر وعوامل الخطر القلبية الوعائية، جامعة تبسة، توصلت هذه الدراسة إلى أن 60.5 % لديهم محيط خصر مرضي، وأن النساء أكثر تضررا من الرجال، ولقد أشارت هذه الدراسة إلى أن 26 % من المصابين لديهم مرض السكري، و 10 % منهم لديهم ارتفاع في الضغط، 49 % لديهم ارتفاع في الدهون الثلاثية، وهذه النتائج تستدعي التحري والتحصين للوقاية من البدانة (Taleb, 2014, p. 61)

كوزين دهاال مخنشة 2014 Cozine Dahel-Mekhancha : حالة الوزن والممارسات الغذائية لدى الشباب في الجزائر، ولاية قسنطينة، توصلت هذه الدراسة إلى أن الجزائر تأثرت بالعولمة الاقتصادية، بحيث أصبح لدى المستهلك الجزائري اختيارات عديدة من الأغذية مثل أغذية الشوارع Fast food، فمجتمع الشباب يواجه تغيرات عميقة في عاداته الغذائية ونمط الحياة، والحالة الغذائية تتميز بظهور النحافة وكذلك ارتفاع الوزن، فالمرافقات مثلا لديهن مؤشر كتلة مرتفع مقارنة مع الذكور، والمأكولات الحديثة هي حاضرة بأكثرية في تغذيتهم:

مشروبات مسكرة، مأكولات صناعية مملحة ومسكرة بجرعات زائدة، ومأكولات الشوارع، وهناك تخطي وجبة الصباح، الأكل بين الوجبات، فالشباب الجزائري المتمدرس وكذلك المراهقين يبدو عليهم عدم الرضا عن مظهرهم الخارجي الجسدي، ويبدو أن التغذية لدى الجزائريين تبتعد عن حمية البحر الأبيض المتوسط، فالمرافقين يبحثون عن أذواق جديدة، ومتعات نوقية جديدة يجدونها بسهولة في منتجات مثل (الصودا، الحلويات، البسكويت، شيبس، الأجبان) التي تغير التوازن الغذائي في النظام الغذائي للبحر المتوسطي (Mekhancha, 2014, p. 27)

- **سمية قداري 2014** : مسح بأثر رجعي حول العادات والاستهلاك الغذائي لمجتمع راشد في الغرب الجزائري ولاية مستغانم: توصلت هذه الدراسة إلى أن 2 % من الراشدين لا يستهلكون الخضر والفواكه، 15 % لا يستهلكون المنتوجات اللبنية كل يوم، وهناك 9 من 10 جزائريين يستهلكون الحبوب ومشتقاته، واللحوم والبدائل غير مستهلكة بطريقة كافية من طرف 52 % من الراشدين الجزائريين، والسكريات والحلويات مستهلكة من طرف 88 %، والمشروبات 55 %، فالدخل الشهري يؤثر على نوعية التغذية للراشدين الجزائريين، والأفراد الأغنياء لديهم إفراط في التغذية مقارنة ذوي الدخل الضعيف (kadari, 2014, p. 31)

- **عزيزة سميلي 2015**: السمنة مرض التمثيل الغذائي ومقاومة الأنسولين وأعراض متلازمة الأيض لدى المرأة الراشدة، مستشفى باينام الجزائر، توصلت هذه الدراسة إلى أن البدانة في منطقة البطن والمشاركة مع متلازمة الأيض ولدت مقاومة الأنسولين وكونت توتر فسيولوجي، وحفز إفراز الدهون الثلاثية، والكورتيزول وهذا الأخير يشجع بدوره على البدانة ومقاومة الأنسولين (smaili, 2015, p. 63)

- رقية سحنون، مليكة بوشناق 2015 : الالتزام بالنظام الغذائي البحر متوسطي لدى المراهقين الرياضيين في الغرب الجزائري ولاية وهران: توصلت الدراسة إلى أن المراهقين الرياضيين يميلون إلى التخلي عن النظام الغذائي البحر متوسطي، وتواجد عادات غذائية سيئة تستقر في نمط حياتهم، وعليه يجب تحسيسهم نحو تربية غذائية صحية (sahnoune, 2015, p. 31)

ولقد بينت الدراسات مدى العلاقة بين النظام الغذائي وقلة الحركة سببا في ظهور البدانة وانعكس ذلك على مستوى تقدير الذات مما يؤدي إلى ظهور المعاناة النفسية لدى البدنيين نتيجة الصورة السلبية عن جسدهم ونظرة الآخرين عنهم وتلك الإعاقة النفسية التي تحد من طموحاتهم ووجودهم، وفي بعض الأحيان مشاعر الخجل أو الشعور بالذنب، هذه المعاناة النفسية قد يكون سببها جسديا كصعوبات في اللباس، وأيضا وصمة العار stigmatisation التي يكون ضحيتها البدنيين من خلال سخرية الآخرين، ورفضهم لهم مما يزيد من تفاقم الوضع في حياتهم النفسية، وتسبب لهم العزلة الاجتماعية وتجنب الأقران لهم، وتجنب الأنشطة التي يسببها الشعور بالوحدة، والملل يزيد من تدني تقدير الذات والنظرة السلبية للجسد فالمعاناة النفسية، والإحساس بالوحدة يجعلهم يتناولون وجبات خفيفة تؤدي إلى أنماط غذائية مستقرة تساهم في زيادة الوزن، ومن بين الاضطرابات النفسية التي يمكن إيجادها لديهم هي كالتالي:

- اضطرابات المزاج خصوصا الاكتئاب والوهن النفسي.
- اضطرابات القلق بما في ذلك قلق الانفصال والرهاب الاجتماعي.
- اضطرابات النوم مثل النعاس خلال النهار والتي يمكن أن تكون ذات صلة مع متلازمة توقف التنفس أثناء النوم.
- اضطرابات السلوك، اضطرابات سيكوسوماتية، وقد توجد روابط بين اضطرابات المزاج والقلق واضطرابات الأكل بما في ذلك أزمات البوليميا أوعدم التوازن الغذائي أي تفضيل السكر، والشكولاتة (Isnard. P F. M., 2008, p. 202)

إن تقدير الذات لدى الأفراد البدنيين يؤثر على أفكارهم ومشاعرهم وانفعالاتهم، وبالتالي سلوكياتهم، ويساهم كذلك بشكل كبير في اتخاذ القرارات لمواجهة العقبات والصعوبات في الحياة اليومية، فإن تقدير الذات الإيجابي يعني الاستقرار والتوازن النفسي فالأفراد الذين لديهم تقدير ذات ايجابي يتميزون بالثقة في أنفسهم، نظرتهم إيجابية نحو ذواتهم، غير مترددين في قراراتهم، ومتأكدون من قدراتهم، يعبرون بتلقائية

عن أفكارهم، ومشاعرهم تجدهم مهتمين بأحلامهم من خلال التخطيط لتحقيقها، أما بالنسبة للأفراد الذين يتميزون بتقدير ذاتي منخفض تجدهم متوترين، وقلقين، ومكتئبين، والتردد، والتأجيل يطغى على ما يقومون به من أعمال مع توقع الفشل في المستقبل، فالتقدير الذاتي المنخفض يخلف معانات نفسية تهدد الاستقرار والتوازن النفسي، وسلامة الصحة النفسجسدية.

ونظرا لخطورة هذا المرض إلا أنه لا نجد دراسات كافية حول التكفل العلاجي بمرض البدانة، وغياب المتابعة النفسية، وغياب ثقافة غذائية متوازنة، والتوعية بأخطار البدانة، وفوائد التغذية المعتدلة لتخفيض الوزن، وتحسين الحالة النفسية والمزاجية للبدنيين في البلدان العربية وخاصة في بلادنا الجزائر، ولأن هذا المرض يصيب الإناث بنسبة أكبر من الذكور جاء هذا البحث كمحاولة لإيجاد حل للعلاج لفئة الإناث الراشدين، وذلك باقتراح مساهمة علاجية تتمثل في العلاج النفسي المعرفي السلوكي لتخفيف الوزن وأثره على تقدير ذات.

ولمعالجة هذا الموضوع سنتناول في هذه الدراسة الجانب النظري، والذي يحتوي على أربعة فصول، والجانب التطبيقي الذي يحتوي على خمسة فصول.

-**الجانب النظري:** الفصل الأول سيحتوي على تقديم للبحث، والذي تضمن الإشكالية، الفرضيات، والتعاريف الإجرائية بالإضافة إلى أسباب اختيار الموضوع، وأهميته، والهدف منه، الفصل الثاني سيعالج معلومات حول البدانة من خلال التعاريف، أسبابها، التفسير النظري للبدانة، كيف نقيس البدانة، وسبب تزايد الوزن، أنواع السمنة، اضطرابات سلوكيات التغذية تصرفات وشخصية البدنيين، الأمراض والمتاعب المصاحبة للبدانة، علاج البدانة، فصل الثالث سنتناول فيه مفهوم تقدير الذات، نظريات تقدير الذات، وسيضمن الفصل الرابع العلاج المعرفي السلوكي بالتعرف على التيارين، والتقنيات والفنيات التي سنعتمدها.

-**الجانب التطبيقي:** سنتناول فيه الإجراءات المنهجية، وذلك من خلال الفصل الخامس الذي احتوى على الدراسة الاستطلاعية، وتضمن منهجية البحث، الفصل السادس احتوى على تقديم الحالات، وعلاجها من خلال البرنامج العلاجي، الفصل السابع عرض النتائج ومناقشتها وفق الفرضيات المقترحة، ولإنهاء هذه الدراسة قدمنا بعض الاقتراحات والتوصيات.

1- أسباب اختيار الموضوع:

- 1- تأكيد المنظمة العالمية للصحة على أن مرض البدانة أصبح وباء يهدد الإنسانية، ومعدل انتشاره في ارتفاع مستمر، والواجب هو الوقاية والتكفل به من جميع التخصصات.
- 2- انتشار البدانة لدى مختلف الأعمار في الدول العربية، وخاصة في الجزائر حسب الإحصائيات.
- 3- مآل اضطراب البدانة إلى اضطرابات نفسية، و جسدية عويصة مما يؤدي إلى الموت المبكر.
- 4- - قلة الدراسات النفسية في الجزائر التي تهتم بكيفية تنمية تقدير الذات، و بالبدانة، و بعلاجها النفسي.
- 5- لدوافع شخصية، وذلك بسبب إصابة الباحثة بمرض البدانة سابقا وتعرضها لأمراض فزيولوجية منها أمراض القلب والمفاصل.
- 6- لتوضيح أهمية العلاج والدعم النفسي في التكفل بمرض البدانة.
- 7- الرغبة في العمل على إعداد برنامج علاجي نفسي يعتمد على تقنيات محددة ومنظمة تساعد الأخصائيين النفسانيين على تتبع خطة مساعدة لتخفيف الوزن ولتنمية تقدير الذات لدى البدنيات.

II- أهميته البحث:

- 1- تكمن أهمية هذه الدراسة في إلقاء نظرة على واقع المعانات النفسية الجسدية التي تواجهها الحالات البدنية، ومحاولة اتخاذ خطوات إجرائية تتكفل بمرض البدانة واقتراح حلول مناسبة من خلال خطة منظمة تساعدن على الاهتمام بمشكلتهن في الوقت الراهن، و في المستقبل من خلال المعرفة المكتسبة من خلال هذه الدراسة.
- 2- سوف يساهم هذا البحث في التعرف على مرض البدانة وتبعاته النفسية والفزيولوجية، بلاضافة إلى أنه سوف يعطي فكرة إمكانية التكفل من خلال العلاج النفسي.
- 3- يعد هذا البحث إضافة إلى التراث الأدبي من خلال البرنامج العلاجي المستخدم في جامعة مستغانم.

4- سيساهم هذا البحث في توعية الأفراد البدنين بخطورة هذا المرض، وبسلوكياتهم الغذائية غير الصحية، وبالتالي الاهتمام بوضعيتهم الصحية الجسدية والنفسية.

III - الهدف من البحث:

- 1- نشر ثقافة التغذية ومراقبة الوزن والتحكم في الوزن.
- 2- مساعدة الحالات البدنيات على الشعور أنهن قادرات على تسيير سلوكهن الغذائي السلبي وتخفيف أوزانهن.
- 3- مساعدة الحالات البدنيات على التخلص من بعض اضطرابات سلوكيات التغذية المساهمة في استمرارية وضعية البدانة.
- 4- مساعدة الحالات البدنيات على تسيير وتغيير بعض الانفعالات والأفكار السلبية المساهمة في خلق التوتر في المعاش اليومي.
- 5- توعية الأفراد بأهمية إنقاص الوزن لما لها من أهمية لصحة الأطفال والمراهقين والراشدين.
- 6- العمل على إكساب حالات الدراسة بعض التقنيات المعرفية السلوكية حتى يتمكن من استعمالها في حياتهن المستقبلية.
- 7- محاولة التحقق من مدى فعالية العلاج النفسي الجماعي بواسطة المقاربة المعرفية السلوكية في تخفيف الوزن وأثره على تقدير الذات لدى السيدات البدنيات.
- 8- التعرف على الدور الذي سيساهم فيه العلاج النفسي الجماعي بواسطة المقاربة المعرفية السلوكية في تخفيف الوزن و أثره على تقدير الذات لدى السيدات البدنيات.
- 9- التعرف على إذا ما كان للعلاج النفسي بالمقاربة المعرفية السلوكية أثر ايجابي في تخفيف الوزن لدى البدنيات.
- 10- التعرف على ما إذا كان للعلاج النفسي بالمقاربة المعرفية السلوكية أثر ايجابي في تحسين تقدير الذات لدى البدنيات.

لم تعد البدانة رمزا للصحة والرفاهية كما هو شائع لدى البعض، بل أصبح العالم بأجمعه، بما فيهم الباحثين، والمختصين في التغذية في الجزائر يدقون ناقوس الخطر نحو هذا المرض الذي يقتل بصمت.

لمرض البدانة انعكاسات سلبية كبيرة وواضحة على الوحدة النفسجسدية للمصابات به، فتراكم كمية كبيرة من الشحوم في الجسد يجعله غير متناسق، وغير جذاب مما يخلف لديهن انطبعا بعدم الرضا عن الشكل الخارجي حيث تتغير نظرتهم لذاتهن إلى السلبية، وتفقدن الإحساس بقيمتهم لذاتهن.

بالإضافة إلى أن الجسم البدين يعيقهن عن القيام بنشاطاتهن اليومية بحيوية، الأمر الذي يدفعهن للكسل هروبا من الإحساس بألم التعب، والمشقة، ومع مرور السنوات تكن معرضة لأمراض عضوية صعبة، ومزمنة مثل أمراض القلب، أمراض القولون، أمراض المعدة، السكري، الكلسترول والسرطانات، ولاضطرابات نفسية كالحزن، والاكتئاب، ومشاعر النقص، وهذه الأخيرة تجعلهن يقيمن أنفسهن تقييما سلبيا فيتدنى مستوى تقديرهن لذاتهن فيختل التوازن، والتوافق، والتكيف النفسي، وتحاولن إخفاء هذا التوتر بانغماسهن في سلوك التغذية غير المنظم فيصبح الأكل، وبطريقة لا شعورية آلية تعويضية للتخفيف من إحساسهن بالقلق والتوتر، ويستمر الوزن في الازدياد، والحالة النفسية بالسلبية، والتدهور حيث يؤكد بعض العلماء على أن السبب الرئيسي في حدوث الاضطرابات النفسية هو تقدير الذات المنخفض.

وهذا ما يؤكده الدكتور مايكل هالبرستام **M. Halberstam** على أن الانفعالات والعوامل النفسية تلعب دورا بارزا في أمراض الجسم مثل ضغط الدم وأمراض القلب والعيون ودرجة الحرارة والسمنة أيضا، كما يرى أن الدراسات الإكلينيكية بينت أن نسبة 65,62% من حالات السمنة المفرطة ترجع إلى عامل نفسي بحت، لذلك فإن حالة القلق، والانفعال الزائد تؤدي إلى تعطيل مركز الإحساس بالجوع والشبع وبالتالي لا يشعر الفرد بالشبع فيتناول المزيد من الطعام دون أن يدري بذلك إلى أن يشعر الفرد خاصة السيدات فيما بعد بأن الوزن أصبح أكثر من اللازم، وأن منظر الجسم أصبح غير مرضي مع اضطراب المظهر الخارجي للجسم تدريجيا مما يترك أثرا سيئا على جمال الجسم، وعلى نظرة وتقدير الفرد لذاته (الزراد، 2000، صفحة 231)

إن المرأة تنظر إلى جسمها كمركز للذات فشكل الوجه وتناسقه وجماله والطول والوزن كلها تؤثر بشكل كبير في مدى تقبلها لذاتها وتقييمها لها وقد يخلق عندها نوعا من القلق وخاصة إذا كان هناك قصور أو عدم كفاية لبعض أجزاء جسمها إذ أن النقص في أي جانب قد ينمي عندها شعورا بالدونية مما ينعكس سلبيا على رؤيتها وتقييمها لذاتها.

ومن الدراسات التي أجريت في هذا الموضوع دراسة "ستوبيزكوف" و"ريردن" **Stubls koff, Rierden** التي هدفت لمعرفة العلاقة بين الناحية الجسمية ومفهوم الذات وقد شملت عينة هذه الدراسة 92 مراهقا و77 مراهقة واستخدم في هذه الدراسة الأدوات التالية: مقياس صورة الجسم، مقياس الرضا عن الجسم، مقياس مفهوم الذات وتقديرها، مقياس لإدراك الذات أسفرت النتائج على أن المراهقات أكثر انتباها لأجسامهن من الذكور في حين أظهر الذكور تقديرا أفضل لأجسامهم مقارنة بالإناث (الظاهر، 2010، صفحة 147)

- وحسب دراسة كوش وآخرون **Cash & al** في 1990 فيرتبط وجود الوزن الزائد لدى النساء بالمشاعر المرضية، فإنهن يظهرن قلقا أكبر مقارنة مع اللواتي يتمتعن بوزن صحي، فالنساء البدينات يقمن بحمية غذائية أكثر لتخفيف الوزن ولديهن تجارب سلبية عديدة تتعلق مع أجسادهن مقارنة مع النحيفات، ويظهرن مشاعر سلبية متعلقة بصورة أجسامهن وينتقدن مظهرهن الجسدي بشكل متكرر، فهن غير راضيات ويشعرن بأنهن غير جذابات مقارنة مع نساء بوزن صحي (Cash, 1990, p. 167)

- دراسة جراب وآخرين **Grubb et al, 1993** أن المرأة التي تعاني من بعض أشكال اضطراب الطعام يكون لديها تقدير ذات منخفض واكتئاب عال، وتلك المرأة تكون الجاذبية لديها منخفضة، وترى نفسها أنها ثقيلة الوزن، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة بين درجات الاكتئاب ودرجات اضطرابات الطعام، ولم تكن العلاقة دالة بين درجات تقدير الذات وكل من درجات اضطرابات الطعام والاكتئاب، ووجد أن درجات الاكتئاب ترتبط بحجم الجسم وليس بالجاذبية، بينما ترتبط درجات تقدير الذات بالجاذبية وليس بحجم الجسم (Grubb, 1993, p. 10)

- دراسة فوستر **Foster, 1998**، كانت الدراسة على (79) امرأة سميئة و(43) لسن سمينات (عينة ضابطة) وقد أظهرت غالبية النساء السمينات استياء وعدم رضا عن صورة الجسم، ووجد أن عدم الرضا عن صورة الجسم يرتبط بأعراض الاكتئاب وتقدير الذات المنخفض (Foster, 1998, p. 651)

- دراسة سارور وآخرين Sarwer et al, 1998 على عينة مكونة من (79) امرأة سمينية، و(43) غير سمان واتضح من النتائج أن الغالبية من النساء السمان أظهرن عدم رضا واستياء عن صورة الجسم، وهذا يرتبط بالسمنة لديهن، ووجد أيضاً أن عدم الرضا عن الجسم يرتبط بأعراض الاكتئاب وتقدير الذات المنخفض (Sarwer, 1998, p. 651)

- من خلال دراسة بيسا وآخرين Pesa et al في 2000 على عينة مراهقات (زائدات الوزن، منخفضات الوزن، وزن عادي) تبين أن الإناث زائدات الوزن يعانون من تقدير ذات منخفض، وتم تفسير ذلك بأنهن لديهن عدم رضا عن صورة الجسم (Pesa JA, 2000, p. 7)

- كانت دراسة ماتز وآخرين Matz et al في 2002 على عينة مكونة من (79) امرأة سمان، وبيحثن عن إنقاص وزنهن، وتبين من النتائج أن تقدير الذات والمعايير الثقافية والاجتماعية المستدخلة يساعدان في التنبؤ بالاستياء وعدم الرضا عن صورة الجسم (Matz, 2002, p. 44)

- دراسة أكارد وآخرين Ackard et al, 2002 كانت العينة (345) فتاة، وأعمارهن تقرب من عشرين سنة، وقد وجدت الارتباطات الموجبة بين تكرار الحمية الغذائية وأعراض اضطراب الطعام والمشكلات المرتبطة مثل: عدم الرضا عن الجسم، وتصور حجم الجسم الحالي، والاكتئاب ومشاعر عدم الفعالية والإحساس بعدم الأمن وعدم الاستقرار (Ackard, 2002, p. 36)

- دراسة ماسون 2004 Masson ، التي نفذت في فرنسا ، تبين أن 75% من الفرنسيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 18 و 65 عاماً قد اتبعن نظاماً غذائياً وما زالت تفعل ذلك، بالإضافة إلى أن 78% من النساء تتراوح أعمارهن بين 18 و 24 عاماً تعقد أن النحافة هي التزام (واجب) حتى تشعر أنها طبيعية (MASSON, 2004, p. 26)

- وتمت دراسة جريلو وآخرين Grilo et al في 2005 على عينة (260) منها (44) رجلاً بديناً، 216 امرأة بدينة)، وأسفرت النتائج عن أن النساء سجلن مستويات أعلى في عدم الرضا عن الجسم مقارنة بالرجال (Grilo, 2005, p. 347)

- دراسة 2005 Tiggemann توصلت إلى أن مستوى عالٍ من الرضا الجسدي لدى المراهقات يرتبط بمستوى عالٍ من تقدير الذات. بتعبير أدق فإن إدراك الجسد هو أكثر ارتباطاً بتقدير الذات من "الجسد حقيقي" (TIGGEMANN, 2005, p. 129)

- وقامت دراسة لوري وآخرين **Lowery et al** في 2005 بدراسة العلاقة بين تقدير الذات وصورة الجسم على عينة مكونة من (267) طالبة (156) طالبا، بالسنة الأولى بالجامعة، واتضح من النتائج أن تقدير الذات يرتبط بالاستياء وعدم الرضا عن الجسم لدى المرأة، وأن المرأة تبدي صورة جسم سلبية كبيرة عن الرجل (Lowery, 2005, p. 612)

- وهدفت دراسة لاثا وآخرين **Latha et al** في 2006 إلى معرفة ما إذا كانت كتلة الجسم وإدراك وزن الجسم والرضا عن شكل الجسم تتنبأ بمستوى تقدير الذات والاكتماب عبر طالبات الجامعة؟ ومن خلال النتائج اتضح أن الفتيات المراهقات ينشغلن بهيئتهن الخارجية، ووزن الجسم، وشكل الجسم، وأن زيادة الوزن ينظر إليها بشكل سالب ورفض من الفتيات في معظم الثقافات (Latha KS, 2006, p. 78)

- ومن خلال دراسة إيفارسون وآخرين **Ivarsson et al** في 2006 تبين أن الوزن الزائد يرتبط بتقدير الذات السالب لدى الإناث (Ivarsson, 2006, p. 161)

- ودراسة روزنبرجر وآخرين **Rosenberger et al** في 2006 على عينة قوامها (131) فتاة بدينة وأعطت النتائج أهمية للاكتئاب وتقدير الذات في التنبؤ بعدم الرضا عن صورة الجسم لدى النساء البدينات (Rosenberger, 2006, p. 1331)

- دراسة كيم هوان **Hwan kim** 2007 ، أن الميول لاضطراب الطعام يرتبط بتقدير الذات المنخفض، وعدم الرضا عن الجسم، وعدم الرضا عن الهيئة الخارجية ككل وبشكل عام (Kim, 2007, p. 3)

- وقامت دراسة آتا وآخرين **Ata et al** 2007 لمعرفة هل نوع الجنس وتقدير الذات والتدعيم الاجتماعي والأسرة والأصدقاء وضغوط وسائل الإعلام يرتبط بصورة الجسم، واتجاهات وسلوكيات الطعام، عبر الذكور والإناث المراهقين؟، وأظهرت النتائج أن المراهقين غير راضين عن أجسادهم الحالية، وأن الذكور مهتمون بزيادة الجزء العلوي من الجسم، بينما الإناث يردن إنقاص الحجم ككل، وتبين أن تقدير الذات المنخفض، والدعم الاجتماعي، والضغوط الكبيرة لفقد الوزن، ترتبط بتقدير الجسم السالب وصورة الجسم السلبية، واتجاهات الطعام السلبية، كذلك كانت المراهقات لديهن سلوكيات مجازفة

وخطرة للطعام أكبر من الذكور، وكانت الاتجاهات والسلوكيات الخطرة في الذكور ترتبط بالدعم الاجتماعي المنخفض والضغط الكبير ليكون لديهم عضلات (Ata, 2007, p. 1024)

- دراسة بيرد **Baird, 2007**: وجدت أن عدم الرضا عن صورة الجسم وتقدير الذات المنخفض يعتبر من العوامل الأساسية في نمو وتطور اضطرابات الطعام (Baird, 2007, p. 276)

- ومن الدراسات التي تناولت مرض البدانة وتأثيره على الجانب النفسي والاجتماعي دراسة **myres & hosem** في 1999 أجريت حول البدنيين الذين يواجهون مواقف فيها الإحساس بوصمة العار، فلقد لوحظ أنهم ضحايا اللوم والقسوة من الناس التي ليس لديها مشاكل مع الوزن، وحسب هذه الدراسة فوجود ارتفاع في الوزن يسبب تزايد في التمييز في العمل والاستبعاد الاجتماعي، ويواجهون صعوبة أكبر في الحصول على ملابس مناسبة لهم وكثيرا مايشعرون بالسخرية في الأماكن العامة بسبب الوزن الزائد (Myres, 1999, p. 221)

- دراسة **ستك وبيرمان Stice & Bearman, 2001** تبين أن الضغوط علي الفتاة لكي تكون رفيعة القوام، واستدخال أن "الرفع" هو المثالي، وعدم الرضا عن الجسم والحمية الغذائية وأعراض البوليميا، كلها عوامل تتنبأ بزيادة الاكتئاب لدى البنات المراهقات (Stice, 2001, p. 597)

- دراسة **أجلياتا وآخرين Agliata et al 2004** إلى معرفة تأثير وسائل الإعلام على صورة الجسم لدى الذكور بعد أن تبين أن لها تأثيراً سلباً على صورة الجسم لدى الإناث في التراث السيكلوجي، وكانت العينة مكونة من (158) ذكراً، وتم تعريضهم إلى إعلانات "تلفزيونية" تشمل صوراً للذكر المثالي الجسم، واتضح من النتائج أن الذكور أصبحوا أكثر اكتئاباً ولديهم عدم رضا عن الجسم (Agliata, 2004, p. 7)

- دراسة **باتان وآخرين Pattan et al 2006** على عينة عشوائية مكونة من (100 ذكر، 100 أنثى) من المراهقين والمراهقات واتضح من النتائج أن الأولاد الذكور كان لديهم تقدير ذات أعلى من البنات، بينما البنات كان لديهن اعتقادات وآراء حول الحمية الغذائية أعلى من الذكور، وتبين أن تقدير الذات على نحو موجب يرتبط بتقدير الذات الاجتماعي وتقدير الذات للمظهر الجسمي والهئية الخارجية Appearance في العينة الكلية (Pattan, 2006, p. 31)

- دراسة أتا وآخرين **Ata et al 2007** لمعرفة هل نوع الجنس وتقدير الذات والتدعيم الاجتماعي والأسرة والأصدقاء وضغوط وسائل الإعلام يرتبط بصورة الجسم، واتجاهات وسلوكيات الطعام، عبر الذكور والإناث المراهقين؟، وأظهرت النتائج أن المراهقين غير راضين عن أجسادهم الحالية، وأن الذكور مهتمون بزيادة الجزء العلوي من الجسم، بينما الإناث يردن إنقاص الحجم ككل، وتبين أن تقدير الذات المنخفض، والدعم الاجتماعي، والضغوط الكبيرة لفقد الوزن ترتبط بتقدير الجسم السالب وصورة الجسم السالبة واتجاهات الطعام السالبة، كذلك كانت المراهقات لديهن سلوكيات مجازفة وخطرة للطعام أكبر من الذكور، وكانت الاتجاهات والسلوكيات الخطرة في الذكور ترتبط بالدعم الاجتماعي المنخفض والضغط الكبير ليكون لديه عضلات (Ata, 2007, p. 1024)

- أظهرت دراسة قام بها **Puhl & al** في **2008**، على 274 امرأة و48 رجل أن ارتفاع الوزن والسمنة لهما عواقب اجتماعية مهمة لأن وجود هذه المشكلة يساهم في التقييم السلبي الاجتماعي للأفراد، أي أن هناك وجود لصورة نمطية تنقلها المجتمعات تجعل الأشخاص البدنيين يعانون الرفض في بيئتهم الاجتماعية، وهذه خاصة في أماكن العمل من خلال الحكم عليهم بطريقة سلبية، ومن ناحية أخرى فإن الوصمة المرتبطة بالوزن تسبب عواقب نفسية واجتماعية ضارة فيكونون عرضة للاكتئاب والمعاناة النفسية المرتبطة بوجود عدم تقبل الذات (Puhl, 2008, p. 347)

وكذلك ساهم الاعلام في الترويج للجسد المثالي النحيف أمام الجسد البدني المرفوض وهذا ما تأكده دراسات حول البدانة والإعلام منها ما يلي:

- حسب دراسة **Schwartzes & al 1999 Taylor 1998** (SCHWARTZ (Donna), 1999) (TAYLOR (Barr), 1998, p. 31) أن الشباب يواجهون الرسائل التي تنقلها وسائل الإعلام أو والديهم أو حتى الأقران الذين يعززون فكرة الجسد المثالي الأكثر رشاقة.

- في مرجع لـ **Hubert, D Labarre, 2005** أشاروا إلى أن الاهتمام الخاص الموجه إلى مسألة الوزن خاصة لدى الفتيات والنساء، أصله يرجع إلى الانتشار الهائل للمعيار الجسدي المحدد بالنحافة (HUBERT (Annie), 2005, p. 300)

- دراسة **Van den Berg, Paxton, Keery et coll** 2007 عدم الرضا الجسدي يرتبط ارتباطاً مباشراً بالمقارنة بين الجسد المدرك والجسم المثالي الذي تنقله وسائل الإعلام (VAN DEN BERG (Patricia), 2007, p. 257)

ومن خلال مقال منشور عن معالجين نفسانيين للبدانة أكدوا على أنه لكي نتبنى برنامجاً للتخفيف من الوزن يجب الأخذ بعين الاعتبار حاجات الشخص ومعاناته، أهدافه، إمكانياته، كما يجب مراعاة كذلك عدة أبعاد لشخصية البدين، وتتمثل في الجانب المعرفي لأن المعرفة، والفهم تمكن من ضبط التغيير السلوكي، كذلك البعد الانفعالي يأخذ بعين الاعتبار معانات البدين حيث يكون تقديره لذاته مشوه، ومنخفض، و كذلك البعد الإدراكي الذي يهتم بإحساسات الجوع، والشبع، وعلى المعالج أن يهتم بمساعدة الشخص على التفكير في تناقضاته، دوافعه، أهدافه، إستراتيجياته، أيضاً آليات تفكيره، ويهتم بالمقابلات التحفيزية، والتي تعمل على تناقضات الحالة، وتكون مدعمة بعلاج معرفي سلوكي الذي يستهدف اضطرابات سلوكية غذائية، الأفكار السلبية، مشاعر الذنب والانفعالات، كذلك مقارنة غير لفظية مثل الرقص الذي يخاطب الجسم، والإحساسات الانفعالية (Carrard I, 2012, p. 9)

ومن بين الدراسات حول علاجات البدانة ما يلي :

- أظهرت دراسة لـ **Adami et al** في 1997 أنه بعد فقدان الوزن الزائد، الأفراد الذين كانوا يعانون من السمنة أصبحوا يشعرون بأنهم أكثر قبولاً اجتماعياً، وكذلك بالنسبة للنساء البدينات لوحظ تحسن كبير في إدراك صورة الجسم (Adami, 1997, p. 299)

- وحسب دراسة **Foster et al** 1997 لوحظ أن الأفراد الذين يعانون من البدانة وخضعوا لعملية جراحية تتسبب بفقدان الوزن لها آثار إيجابية منها تحسن تقدير الذات، ارتفاع المشاعر الإيجابية، الانخفاض بالنسبة للازدراء فيما يتعلق بصورة الجسم، علاقات زوجية مرضية، وظهور سلوكيات جديدة بالنسبة للتغذية (Foster, 1997, p. 226)

- دراسة لـ **Rean** في 2002 حول التغييرات في صورة الجسم والتي تلي علاج إنقاص الوزن لدى عينة تعاني من السمنة، وكانت عينة المشاركين (53) فرداً سماناً، واتضح من النتائج أن إنقاص الوزن أدى إلى خفض الاستياء وعدم الرضا عن صورة الجسم لدى أفراد العينة (Rean, 2000, p. 25)

- تضيف دراسة إبراهيم **Ebrahim** في 2003 إلى أن التدخلات العلاجية لتخفيف الوزن، وتحسن صورة الذات وتقدير الذات، تشجع على التواصل وتساعد الأفراد على أن يساندوا ويدعموا بعضهم بعضاً، وهذا يمكن أن يمنع تطور الأمر إلى اضطرابات الطعام (Ebrahim, 2003, p. 607)

- دراسة **Westenhoefer & al** وآخرون في 2004 وهدفت هذه الدراسة إلى فحص الخصائص السلوكية للحالات التي نجحت في إنقاص الوزن على المدى الطويل، وتوصلت النتائج إلى ظهور تحسن سلوكي مهم من خلال اختيار الأطعمة قليلة الدسم، والتحكم المرن في سلوك الأكل والتعامل مع الإجهاد، وأن الأشخاص الذين يحافظون على هذه التغييرات بنهاية السنة الأولى لديهم احتمالية أكبر لإنقاص الوزن بنجاح بعد 3 سنوات (Westenhoefer, 2004, p. 334)

- دراسة **Huang & al** وآخرين في 2007 هدفت إلى تحديد أثر التدخل السلوكي لمدة عام والذي يستهدف "النشاط الجسمي وسلوكيات التغذية" على صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقين، ويبحث هل هم قادرون على إنقاص أوزانهم أو المحافظة على أوزانهم خلال عام؟ واتضح أن هناك تحسناً، ونقصاً في الآثار المعاكسة وغير الملائمة على الرضا عن الجسم وتقدير الذات عبر المراهقين الخاضعين للتدخل السلوكي، واقترحت النتائج إمكانية استخدام التدخل السلوكي مع الحالات ذات الوزن الزائد (Hwang, 2007, p. 245)

- دراسة **Grilo & al** وآخرون في 2011 توصلت إلى أن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) هو أفضل علاج معروف لاضطراب الطعام، تم تعيين 125 مريضاً يعانون من السمنة المفرطة مع اضطراب الأكل، توصلت النتائج: أن العلاج المعرفي السلوكي أدى إلى انخفاض أكبر بكثير في الشراهة عند تناول الطعام، وأنتج خسارة أكبر بكثير لمؤشر كتلة الجسم أثناء العلاج (Grilo C. M., 2011, p. 675)

- دراسة **J Vanderlinden & all** في 2012 كان الهدف من هذه الدراسة هو التحقق من فعالية النهج العلاجي المعرفي السلوكي للمرضى الذين يعانون من السمنة واضطراب الأكل، شارك في الدراسة ما مجموعه 56 مريضاً يعانون من البدانة، توصلت النتائج إلى أن نهج العلاج المعرفي السلوكي الذي يتم تقديمه ينتج عنه فوائد على سلوكيات الأكل والوزن والمعايير النفسية التي تستمر حتى 3.5 سنوات بعد العلاج (Vanderlinden, 2012, p. 670)

- دراسة كوهنار وآخرون **Gohner & al** في 2012 برامج التدخل لعلاج السمنة التي تركز على تغيير النظام الغذائي والتمارين البدنية لا تؤدي غالباً إلى التخفيض المطلوب على المدى الطويل، في هذه الدراسة تم تعليم المشاركين الاستراتيجيات السلوكية المعرفية لتحديد الأهداف وتخطيط العمل وإدارة الحواجز والمراقبة الذاتية، استجاب الأشخاص المصابون بالسمنة بصورة ايجابية، وأسفرت النتائج عن شروط تفاعل كبيرة، مما يشير إلى أن التدخل كان له تأثير كبير على اختيار الغذاء ومستوى التمارين البدنية، برنامج التدخل لديه القدرة على إثارة تغييرات دائمة في الإدراك التي افترضنا أنها مسؤولة عن حث البالغين البدناء على بدء ومواصلة التمارين المنتظمة وسلوك الأكل الصحي، مما يؤدي إلى فقدان الوزن بشكل كبير (Göhner W, 2012, p. 91)

- دراسة واستنهوفر وآخرون **Westenhofer & al** في 2013: هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين مكونات كفا الأكل والقدرات المعرفية والحفاظ على فقدان الوزن، توصلت النتائج إلى أن هناك ارتباط ايجابي لضبط النفس المرن بفقدان المزيد من الوزن وتحسين الحفاظ على فقدان الوزن، في حين ارتبط التقييد المعرفي الصارم بفقدان أقل للوزن (Westenhofer J. E., 2013, p. 69)

- دراسة نعيمة بوزناد 2015: تمت هذه الدراسة بالمغرب، وهدفت إلى التعرف على نوعية الحياة لدى حالات تعاني من البدانة المفرطة بعد عملية جراحية لتحويل مسار للأمعاء *chirurgie bariatrique*، توصلت إلى أن هناك تحسن بعد مدة من إجراء العملية، ظهر تحسن في الحالة الصحية والجسدية بانخفاض الوزن، وتحسن في الحالة العاطفية والوظيفية الاجتماعية، علماً أن كل الحالات التي خضعت للعملية الجراحية كانت تقييم وضعها بالمزري (Bouznad, 2015, p. 63)

- دراسة فولري وآخرون **Volery & al** في 2015 بهدف التقييم النفسي للمريض الذي يعاني من السمنة إلى التعرف على عوامل المحافظة على الوزن الزائد، مثل اضطرابات الأكل أو اضطرابات القلق والاكتئاب، ويساهم العلاج النفسي في إدارة الوزن بشكل أفضل، وأظهر العلاج المعرفي السلوكي فعاليته في علاج السمنة، ويتم استكشاف طرق العلاج النفسي الجديدة. يتم تقديم اليقظة والتنويم المغناطيسي لإدارة العواطف والتوتر، ويقلل النهج المستهدف لاضطرابات صورة الجسد من الاستياء من الجسم (Volery, 2015, p. 704)

- دراسة موسيتي وآخرون، Musetti & al في 2018 يعد علاج السمنة والأعراض المزمنة المرتبطة بها من المشكلات الرئيسية التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية العالمية اليوم، والعلاج المعرفي السلوكي من بين أهم العلاجات ويتم تقديم الاستراتيجيات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي وتحليلها: تحديد الأهداف ، والمراقبة الذاتية ، والتحكم في التحفيز ، وتقنية حل المشكلات ، وتقنية تعديل الأفكار، توصلت الدراسة إلى أنه يجب أن تركز علاجات العلاج المعرفي السلوكي على نتائج مختلفة، مع الأخذ في الاعتبار فقدان الوزن كنتيجة للتغيير في أسلوب تناول الفرد بدلاً من كونه نتيجة رئيسية يجب متابعتها (Musetti, 2018, p. 26)

وبما أن هذه الدراسة تهتم بشريحة الايئات الراشدين اللواتي يعانون من البدانة وتهتم بمساعدتهم فهذه الدراسة تعتبر نافذة تمكننا من معرفة خلفيات وخبايا المعانات النفسية للحالات البدنية.

- وفي هذا البحث سنحاول من خلاله تطبيق العلاج الجماعي بإضافة المقاربة المعرفية السلوكية بهدف تخفيف الوزن وملاحظة أثر هذا العلاج على تقدير الذات.

- و في ضوء ما ورد سابقا من معلومات وإحصائيات، ودراسات سابقة يمكن تحديد مشكلة الدراسة المتمثلة في ما يلي:

1- هل يمكن أن يكون للعلاج المعرفي السلوكي في تطبيقه الجماعي دور في تخفيف الوزن وتنمية تقدير الذات لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة؟

أ- أسئلة الدراسة الفرعية:

-هل يمكن أن يكون للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي أثر في تقبل علاج غذائي للتخفيف من الوزن لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة؟

-هل تخفيف الوزن له أثر في تطوير التقدير الجسدي لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة؟

- هل تخفيف الوزن له أثر في تطوير التقدير الاجتماعي لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الجسدي؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الاجتماعي؟

V - فرضيات الدراسة:

1- الفرضية العامة:

يمكن أن يكون للعلاج المعرفي السلوكي في تطبيقه الجماعي دور إيجابي في تخفيف الوزن وتنمية تقدير الذات لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

أ- الفرضيات الجزئية:

يمكن أن يكون للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي أثر إيجابي في تقبل علاج غذائي للتخفيف من الوزن لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة .

- تخفيف الوزن له أثر إيجابي في تطوير التقدير الجسدي لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

- تخفيف الوزن له أثر إيجابي في تطوير التقدير الاجتماعي لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

- توجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الجسدي.

- توجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الاجتماعي.

VI - المفاهيم الإجرائية:

1- **العلاج النفسي المعرفي السلوكي:** هو عبارة عن مجموعة من الإجراءات المبنية على تقنيات العلاج السلوكي المعرفي يتم فيها العمل بصورة جماعية بين المعالج والمرضى البدانة في برنامج محدد حول تخفيف الوزن ومحاولة تحسين تقدير الذات.

2- **تقدير الذات:** هو الدرجة التي تتحصل عليها السيدة البدنية على مقياس تقدير الذات من إعداد الباحثة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، والذي يحتوي على بعدين بعد التقدير الجسدي وبعد التقدير الاجتماعي.

3- **تخفيف الوزن:** هو الدرجة التي تتحصل عليها السيدة البدنية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي في الاختبارات البدنية والتي تؤكد تخفيض نسبة الشحوم في الجسم ما بين 5% - 10% على الأقل.

4- السيدات البدينات: النساء الراشحات اللاتي تعانين من ارتفاع نسبة الشحوم في الجسم، وهي زيادة الوزن عن الوزن المثالي بمؤشر كتلة الجسم من 30% فما فوق.

VIII - مناقشة الدراسات السابقة:

- ✓ معظم الدراسات تؤكد على أن البدانة لها تأثير مباشر وسلبى على الصحة النفسية والجسدية ويجب الاهتمام بهذا المرض الذي أصبح وباءا يهدد الإنسانية.
- ✓ كل الدراسات تؤكد على أن البدانة لها تأثير مباشر وسلبى على تقدير الذات فكلما ارتفع الوزن انخفض مستوى تقدير الذات.
- ✓ اهتمت بعض الدراسات بإعداد وتصميم برامج علاجية نفسية معرفية وسلوكية للتكفل وعلاج البدانة.
- ✓ اهتمت معظم الدراسات بالمنهج الشبه التجريبي وأثره في تحسين وتعديل الأفكار والمشاعر والسلوكات السلبية.
- ✓ اختلفت الدراسات من خلال أدوات البحث المستخدمة والمناهج المتبعة والعلاجات.

فصل البدانة

فصل البدانة.

- تمهيد
- نظرة تاريخية حول البدانة
- تعريف البدانة
- النظريات المفسرة للبدانة
- أسباب البدانة
- أشكال البدانة
- أعراض البدانة
- أخطار البدانة الجسدية والنفسية
- قياس البدانة
- اضطرابات التغذية حسب DSM5
- شخصية البدين
- علاج البدانة
- العوامل الثقافية والاجتماعية الراضة للبدانة
- قواعد التغذية في الإسلام
- السرعات الحرارية والنظام الغذائي والنصائح المعتمدة في هذه الدراسة
- خلاصة

- تمهيد:

أصبحت البدانة وباء يهدد الجانب الصحي والنفسي للأفراد في جميع أنحاء العالم، وهناك عوامل مختلفة تساهم في حدوثها وتفاقم الوضع، بحيث تتسبب في ظهور آثار سلبية عديدة منها النفسية الجسدية والاجتماعية والاقتصادية، وليست البدانة مجرد قلق نحو الشكل الخارجي فقط بل تتعداه إلى مضاعفات واحتمالات الموت المبكر بأمراض القلب والسرطانات، ففي هذا الفصل قمنا بدراسة البدانة من كل نواحيها من الأدبيات العلمية، والنظريات ومختلف الدراسات حول الموضوع، إلا أن المصادر الثقافية تحدد فروقات في صورة الجسد من حيث السمنة والنحافة، ومن حيث مكانة المرأة خاصة أين يتحدد التناقض بين جمالية الجسد ومعاناته.

1 - نظرة تاريخية حول البدانة:

لقد اشتهر العرب الأوائل قبل الإسلام بحب المرأة المكتنزة المليحة والجميلة، وليس مثال عائشة بنت طلحة بن الزبير إلا تأكيداً لذلك، بيد أن الاكتناز يضاف إليه سمات أساسية أهمها البياض وسواد الشعر وحسن العينين، فالعرب تداولوا نموذجاً جمالياً لا نزال نجده في البوادي العربية وفي المتخيل الشعبي عموماً (الزاهي، 1999، صفحة 79)

ويشيد الزاهي إلى أن التصور الجمالي الإسلامي للجسد ينطلق من مسلمة الجمال نفسها، فلقد قيل لرسول الله صلى الله عليه وسلم: أي النساء خير؟ قال: " التي تسره إذا نظر، وتطيعه إذا أمر، ولا تخالفه في نفسها ومالها بما يكره" وعلى هنا يتواشج الديني والديني، والجمال الجسدي بالواجبات الدينية ليتحكم المقدس في الديني من أن يعمل على إلغائه، فهذا الترابط يؤسس لمشروعية الجمال الجسدي ويحدد بعض من شروط مقبوليته، ويجعله مؤطراً بفاعليته الاجتماعية والدينية، فالنموذج النبوي للمرأة يبدو كالتالي: أن تكون كما وصفها كعب بن الزهير: هيفاء إذا هي أقبلت، عجزاء غيداء هي أدبرت، لا يشتكى منها طول ولا قصر، ممثلة" مع أن هذا النموذج الجسدي غير مكتمل الأوصاف فهو يكتمل بالزواج من البكر (الزاهي، 1999، صفحة 76)

إن المرأة الحفصية كانت بدنية، وقد شهد على ذلك " ليون" الإفريقي حيث تحدث عن النساء الإفريقيات فقال: " ونسائهم ممثلات لحما وشحماً أردافهن غليظة وسمينة"، فارتبط الجمال بالبدانة وجعل

المرأة الحفصية حريصة على أن تبدو كذلك فكانت عمليات التسمين رائجة، وقدمت كتب الطب الحفصية وصفات مسمنة يكثر فيها ذكر السكريات والنشويات، أما في منطقة ورقلة فكانت النساء الرحل تأكل لحوم الكلاب يبتغين من ذلك السمنة حيث تمتد فترة التسمين مدة زمنية طويلة، إن العمق الذي نجده في هذه الظاهرة هي الرغبة في إعطاء الجسد قيمة كبرى وذلك رداً على تبخيسه أو لاستجلاب المكانة الكبرى (السحيري، 2008، صفحة 210)

يخضع النموذج الجمالي للتغيير تبعاً لتطور المعارف والبناء الاجتماعي والحضاري، والهجانة العرقية، والثقافية التي ساهمت في تشكيل تصورات جديدة للجسد وللحالات الإنسانية، فبعد أن كان العرب يفضلون الفخمة من النساء، غدوا يفضلون الرشيق المجدولة ويشبهونها بغصن البان فهي بين السمينة والممشوقة مع جودة العود وحسن الخراط، والحقيقة أن هذا التطور ليس خاصاً بالمجتمع الإسلامي فقد عرفته أيضاً أوروبا التي كانت تتطلب من المرأة أن تكون فخمة وسمينة تتغدى بكل ما يمكن أن يزيد من وزنها وصورتها، كما أن أوروبا عرفت أيضاً تغيرات كبيرة في نماذجها الجمالية وفي مقبوليته وحدود المرغوب فيه، وفي الجسد القابل للتأمل والتصوير (الزاهي، 1999، صفحة 82)

تشير "مشيلا مرازانو" **Mechila Marazano** على أن الجسم الوحيد المقبول اليوم هو الجسم المسيطر عليه تماماً، فمنذ الصور الدعائية والأشرطة المصورة المتمثلة في الفيديوهاات والكليبات، نصطدم بعدد متزايد من التمثيلات التي تحليلها بطريقة أو بأخرى على فكرة الضبط، فغرض جسم مسيطر عليه دليل على مقدرة الفرد على تأمين ضبط حياته الخاصة، والحماية من آثار الزمان وإعادة تصميم مظهرهم عبر الأنظمة الغذائية والتمارين الرياضية، والجراحة التجميلية، إن الحقل الدلالي الذي تستخدمه الدعاية شديد الإيحاء فالمنتجات التي يجري إعلاء شأنها هي تلك التي تتيح " النحافة حيث يشاء الفرد و حينما يشاء " و " حرق الشحوم بالبقاء نحيفا " و " المستحضر الذي يعيد الشباب " فصورة الجسم النحيف تأثرت جيداً على الصعيد المجازي، إن الصورة الجسمية هي التي تغري أو تصدم، تثير الشهية أو القرف، ومن هنا واقع الجراحة التجميلية والأنظمة الغذائية والتمارين الرياضية تحض بقيمة كبيرة بوصفها وسائل للتحرر من وزن الجسم والإمساك بزمام حياته (مارزانو، 2011، صفحة 25)

نلاحظ من خلال ما ورد أن الثقافة العربية القديمة والإسلامية وحتى الغربية اهتمت بالجسد وبالمظهر الجسدي وصورته، فبعد أن كانت البدانة رمزاً للجمال والفخامة والمكانة الكبرى، أصبحت رمزاً للكسل والخمول

وعدم السيطرة، وعليه أصبحت النحافة الصورة الجسمية المفضلة ودليل على إثبات الضبط والسيطرة، ويمثل الجسم المعتنى به دليل على السيطرة والتحكم والنجاح الاجتماعي والسعادة والرضا عن الذات.

II - تعريف البدانة:

1- لغوي: من الفعل بدن، بدانة و بدانا، رجل بادن : سمين الجسم، والأنثى بادن و بدينة، والجمع بُدُنٌ، وِبُدُنٌ، وقد بَدُنْتُ وِبَدَنْتُ، تَبْدُنُ بَدْنًا وِبُدْنًا وِبَدَانًا وِبَدَانَةً، وقال {الرجز} : وإنضم بُدُنُ الشيخِ واسمًا، وعنى بالبدن هنا الجوهر الذي هو الشحم (منظور، 2003، صفحة 56)

2- اصطلاحي: البدانة هي زيادة في الوزن، وهذه الظاهرة مرتبطة بالجهاز العصبي المركزي والذي يعتمد على توازن الغدد الصماء، وأسرار البدانة متعددة منها عدم التوازن بين كمية الطعام المتناول والمجهود المبذول، كذلك اضطرابات نفسية، ووراثية، وعوامل اجتماعية (Norbert, 2003, p. 183)

3- تعريف البدانة حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية DSM5:

لا تعتبر السمنة اضطرابًا عقليًا في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، فهي تنتج بسبب (الدهون الزائدة في الجسم) على المدى الطويل، وعن زيادة استهلاك الطاقة مقارنة بإنفاق الطاقة، وتساهم سلسلة من العوامل الوراثية، والفسولوجية، والسلوكية، والبيئية، والتي تختلف بشكل كبير بين الأفراد في تطور السمنة، ومع ذلك هناك روابط قوية بين السمنة والعديد من الاضطرابات النفسية (مثل الإفراط في تناول الطعام، والاكنتاب والاضطراب ثنائي القطب، والفصام)، وتساهم الآثار الجانبية لبعض الأدوية بشكل كبير في تطوير السمنة، والسمنة قد تكون عامل خطر لتطور بعض الاضطرابات النفسية (مثل الاضطرابات الاكتئابية) (DSM5, 2015, p. 429)

4- التعريف الطبي: البدانة هي عبارة عن ارتفاع في كمية الشحم الموجود في الخلايا الجلدية وتحت الجلدية، العضلية، الغضروفية، والموجودة كذلك بين الأعضاء، ويعرف الوزن الزائد عند الإنسان بحساب قامته حيث أن الوزن يتناسب مع القامة (Mathien, 1973, p. 15)

5- تعريف المنظمة العالمية للصحة OMS: تعرف البدانة على أنها التراكم غير الطبيعي للدهون في الجسم والتي يمكن أن تؤدي إلى نتائج وخيمة على الصحة (OMS, 2003, p. 7)

يمكننا الخلوص إلى تعريف شامل للبدانة مفاده أنها الزيادة في وزن الجسم بمؤشر كتلته يفوق 30 % وذلك نتيجة زيادة تراكم الدهون فيه، وهذا يعني عدم التوازن بين كمية الطعام المتناول والمجهود المبذول أي استهلاك أغذية غنية بالدهون والسكريات وقلة النشاط، وقد تكون كذلك أسباب هذه البدانة وراثية، نفسية اجتماعية أو اقتصادية بحيث تبعات هذا المرض تنعكس على الصحة النفسية والجسدية للمصاب بها وتجعله عرضة لعدة أمراض عضوية، بالإضافة إلى اضطرابات نفسية مهمة في شخصيته خاصة سمة تقدير الذات.

III- النظريات المفسرة للبدانة:

لقد شرح **سيغموند فريد Freud** تفصيلا العلاقة القائمة بين الشهية وبين الحالة النفسية للفرد إذ يشير إلى هذه العلاقة أثناء شرحه للرضاعة فيقول بان العامل الغذائي يؤدي عن طريق التدعيم إلى ولادة أول المثيرات الجنسية وهنا يربط بين اللذة التي يحصل عليها الطفل من الرضاعة وهي أساس اللذة الجنسية لدى البالغ وبين غريزة التغذية، وبمعنى آخر فان العامل الغذائي مرتبط مباشرة باللذة الجنسية المرتبطة بدورها بالموضوع الجنسي هو ثدي الأم أو المرضعة، وهذا الاندماج بين الطعام والجنس ينفصل في مرحله لاحقه لكن **فرويد** لا يشرح كيف يتم الانفصال.

ويجب الإشارة هنا إلى نظريه **بافلوف Pavlov** حول الارتكاز الشرطي إذ يرى تلامذة **بافلوف** بان الرابطة الغذائية الجنسية التي تحدث عنها **فرويد** ماهي إلا واحده من مجموعات روابط تخلفها الظروف المحيطة بالطفل أثناء تناوله لغذائه أثناء رضاعته، ولتفسير هذه الروابط لابد من العودة إلى تجريبه **بافلوف** حيث كان يقدم الطعام للكلب في ذات اللحظة التي يرن فيها الجرس مما أدى مع التكرار إلى رابطة أقامها الكلب بين الطعام وبين رنين الجرس، فكان لعاب الكلب يسيل لمجرد سماع صوت الجرس حتى لو لم يقدم له الطعام، والرضيع يقيم علاقات وروابط شبيهة، فالرضاعة تكون مقرونة بالشبع والحنان والدفء والملامسة الجلدية وكلها مثيرات أكثر فعالية من صوت الجرس.

والحقيقة أن إحساس الجوع وتوازن الحاجات الغذائية هي أمور لا تحدث بشكل واضح وواعي ما لم يتوصل الشخص إلى تحديدها عن باقي أحاسيسه وانفعالاته، واستمرار الروابط بين التغذية وبين بقيه الأحاسيس وإنما يؤدي إلى عجز الشخص عن التفريق بين حاجاته الغذائية وبين بقيه حاجاته من عاطفية وجنسية، وهذا ينعكس على عاداته الغذائية، ومن الناحية البيولوجية نلاحظ بان جوع الرضيع يؤدي به إلى

الشعور بالألم ويدفعه ذلك إلى البكاء، وهنا الرضاعة تكتسب معنى اللذة لأنها تخرجه من الألم ولهذا أولى ضحكات الرضيع تكون كردة فعل لفرحته بالطعام (الثدي والزجاجة) وبعد هذه المرحلة تتعقد الروابط فيرتبط الجوع والاكتفاء بعد الشبع بالحاجة للعطف والشعور بالأمان، باللذة الجنسية، بالأوقات المحددة لتناول الغذاء، برائحة الجسد الأم، وبما أن الأم هي صلة الوصل بين طفلها وبين العالم الخارجي فهي التي تساعد الطفل في تعريف وتحديد كافة أحاسيسه ومن بينها الإحساس بالجوع والعطش.

ويجب على الأم أن تكون استجابتها منسجمة مع حاجاته ومتطلباته فلا يجب أن تفرض على طفلها طعاما لا يستسيغه بحجة انه نافع له، وكثيرا ما يحدث أن الأم تهمل متطلبات طفلها الغذائية أو تعيقها، والأشد تأثيرا أن تعتمد الأم إجابة واحدة لا تتغير على كل رغبات طفلها الغذائية، بحيث يصبح عرضة للارتباك والحيرة في تفسير رغباته الغذائية ويصبح لديه صعوبة في التفريق بين إحساسه بالجوع وبين إحساسه بالعطش، وهذا الأمر يدفع الفرد للأكل عوضا عن الشرب فيؤدي به إلى السمنة، ويؤدي به لعدم التمييز بين إحساس الجوع وبين كافة أحاسيسه الأخرى، وإذا راقبنا البدين نجده يأكل عندما يفرح عندما يحزن عندما يضطرب وعندما يهدئ، فهو يستجيب لكل المثيرات الاجتماعية والنفسية بالأكل (بطرس، 2008، صفحة 299)

وترى النظرية التحليلية لـ فرويد، آدلر، يونج، سوليفان، Freud, Adler, Yong, Solivan بأن الإنسان قد تدفعه عوامل لا شعورية لتناول الطعام بكثرة كما تدفعه عوامل لا شعورية أخرى تؤدي إلى فقدان الشهية للطعام **Anorexie**، وترى عالمة التحليل النفسي " أنا فرويد " **Ana Freud** أن العلاقة بين العوامل النفسية ومرض السمنة ترجع إلى عوامل متعلقة بشخصية هؤلاء الأفراد وظروف تنشئتهم الأسرية وأساليب تربيتهم، فالطفل في المرحلة الفمية من نموه من الولادة إلى قبل سنتين يدرك عالمه الخارجي من خلال الفم الذي يعتبر مصدر اللذة، وأن أي حرمان أو إشباع زائد يؤديان إلى حدوث عملية تثبيت عند المرحلة الفمية في الطفولة كما يؤديان عملية نكوص في الكبر حيث يصبح الطعام بديلا للحب والكرهية، وعملية الاهتمام والإشباع والرعاية الزائدة للطفل تنمي لديه سلوك الاعتماد على الغير، والأنانية مع ارتباط الحب والاهتمام والرعاية بالفم وباللذة الفمية أما الإهمال والحرمان الزائدين فيجعلان الطفل يشعر بالقلق والخوف من العالم الخارجي مع الإحساس بعدم الأمان والحرمان وافتقاد الحب، ولذا فإن التعويض يتم عن طريق الفم حيث يحدث إرضاء مؤقت يهدف إلى التخفيف من مشاعر الحرمان أو الاتكالية التي ارتبطت

بحب الطعام، ويميل بعض علماء النفس والاضطرابات النفسية أمثال **ماكززي**، **ماستر** و**جونسون** إلى ربط السمنة بالهيجانات النفسية وبالبرود الجنسي والبحث عن بديل عن **موضوع الحب المفقود** سواء أكان عاطفة أم زوجا وذلك **للتعويض عن الحرمان العاطفي** وهذا ما يجعل الفرد يشعر بالعداء نحو الموضوع الذي لا يجد منه إشباعا.

ويؤكد الدكتور **مايكل هالبرستام M. Halberstam** على أن الانفعالات والعوامل النفسية تلعب دورا بارزا في أمراض الجسم مثل ضغط الدم وأمراض القلب والعيون ودرجة الحرارة والسمنة أيضا، كما يرى أن الدراسات الإكلينيكية بينت أن نسبة 65,62% من حالات السمنة المفرطة ترجع إلى عامل نفسي بحت ومن جهة أخرى أثبتت الدراسات في مجال علم الجراحة والأعصاب أن مركز الانفعالات هو مركز الشبع يوجدان في منطقة **الهيپوتالاموس** بالإضافة إلى مراكز أخرى مثل النوم والجنس واللذة والألم، لذلك فإن حالة القلق والانفعال الزائد تؤدي إلى **تعطيل مركز الإحساس بالجوع والشبع** وبالتالي لا يشعر الفرد بالشبع فيتناول المزيد من الطعام دون أن يدري بذلك إلى أن يشعر الفرد خاصة السيدات فيما بعد بأن الوزن أصبح أكثر من اللازم، وأن منظر الجسم أصبح غير مرضي مع اضطراب المظهر الخارجي للجسم تدريجيا مما يترك أثرا سيئا على جمال الجسم، وعلى نظرة الفرد لذاته (الزراد، 2000، صفحة 231)

إن القيمة الموضوعية للأكل وأبعادها الرمزية والوجدانية تبين من خلال البحوث العلمية وهو أن خلل التحكم في الشبع ناتج عن اضطراب في **الوظيفة الفمية التي سببها الأم**، وتصبح سلوك انعكاسي لا شرطي له علاقة مع السوابق المرضية البدائية للألم، ويمكن اعتبار الأكل كمحاولة لتقليل الضغط النفسي الداخلي وبهذا يأخذ قيمة تعويضية عاطفية عن طريق ميكانيزم الزحف، وتوجد في بعض الحالات مييزات عصبية واضطرابات تحتية للشخصية حيث تتميز شخصية بالسلبية وفقدان الإرادة، وفقر النشاط الجنسي ويبرز لدى البدنية تناقض وجداني بحيث تعاني منه وترفض في نفس الوقت أن تخفف وزنها (معالم، 2008، صفحة 79)

اختلفت النظريات في تفسيرها للبدانة، فرأي يفسرها كنتيجة للحرمان والإشباع، أو لأساليب التنشئة الأسرية ونوع التربية، ونظرة أخرى تفسر البدانة أنها نتيجة لفقدان الموضوع المحبوب لتعويض الحرمان العاطفي، أو أساليب المعاملة الوالدية السلبية، واتجاه آخر يفسرها على أنها ترجع إلى الانفعال الزائد فيتعطل مركز

الإحساس بالجوع والشبع، وما نستنتجه من خلال هذه الأفكار أن البدانة يمكن عزوها إلى أسباب مختلفة يمكن أن تكون نفسية أو نتيجة للأمراض العضوية أو للسلوكيات الغذائية غير الصحية، وقلة النشاط البدني.

IV- أسباب البدانة:

أهم الأسباب المؤدية إلى البدانة هي:

1- تناول كميات كبيرة من الأطعمة ذات السرعات الحرارية العالية أكثر بكثير من الاحتياجات اليومية.

2- الخمول والكسل وقلة الحركة.

3- الوراثة : أثبتت بعض الدراسات أنه إذا كان أحد الوالدين بدينا، فإن احتمالات البدانة عند الأبناء قد تصل

إلى 40% أما إذا كان كلا الوالدين بدينين فإن احتمالات إنجاب أبناء بدناء ترتفع إلى 80% وهناك عدة

عوامل يرثها الأبناء عن الآباء مثل:

- زيادة عدد الخلايا الدهنية على المعدل الطبيعي

- وراثة خلل في التفاعلات الكيميائية

- وراثة تغيرات في بعض الهرمونات بالجسم مثل زيادة إفراز هرمون الأنسولين

- وراثة الشراهة عن الآخرين والكسل، وقلة الحركة

4- الاضطرابات الهرمونية: زيادة إفراز هرمون الكورتيزول، نقص إفراز هرمون السيروتونين، اضطراب

هرمون الميلاتونين، ونقص إفراز هرمون الغدة الدرقية، نقص إفراز هرمونات الغدة النخامية، إصابة غدة

الهيپوتلاموس بالمخ بأمراض عضوية.

*ملاحظة حول هرمون السيروتونين هو ناقل عصبي أحادي الأمين، مشتق من حمض التريبتوفان الأميني،

يوجد السيروتونين بشكل أساسي في الجهاز الهضمي والصفائح الدموية والجهاز العصبي المركزي، وأن

للسيروتونين دوراً في الشعور بالسعادة والطمأنينة، ويتسبب نقص هرمون السيروتونين في إثارة عدد

من الاضطرابات النفسية واعتلال المزاج، كالاكتئاب والقلق والاضطراب الوجداني ثنائي القطب، كما يساهم

نقصه في عدم التحكم بثورات الغضب، ويساعد في ظهور اضطرابات النوم والجهاز الهضمي، كما يثير أيضاً

النهم للكربوهيدرات وتبعات هذا النهم، إضافة إلى آلام الرأس، وآلام ما قبل الدورة الشهرية ويوجد السيروتونين في بعض النباتات مثل الجوز (عين الجمل) الذي يحتوي على السيروتونين بنسبة 300 ميكروجرام/، كذلك يوجد في الأناناس والموز والبرقوق والطماطم والكاكاو، وفي كل ماينتج من الكاكاو مثل الشوكولاته، كل تلك النباتات تحتوي على نسبة من السيروتونين أكبر من 1 ميكروجرام/جرام (wikipedia, 2022)

- **نستنتج أن** لهرمون السيروتونين دور كبير في الإحساس بالهدوء والارتياح النفسي فهو مسئول عن مشاعر السعادة وعن تخفيف مشاعر القلق فمثلا عندما تمر المرأة بيوم صعب أو متعب أو تجارب سيئة أو العصبية أثناء تدريس الأولاد هنا هرمون السيروتونين ينخفض إنتاجه في الدماغ وبالتالي الدم وعليه يطلب الدماغ كمية كبيرة من السكريات والنشويات لأنها تحتوي على حمض أميني يساهم في تشكيل السيروتونين.

* **ملاحظة حول هرمون الكورتيزول:** هو هرمون ستيرويدي يفرز من قشرة الغدة الكظرية الموجودة فوق الكليتين، وهذا الأخير يفرز بصورة كبيرة أثناء التوتر والقلق، ويحفز الكورتيزول استحداث السكر (تخليق الجلوكوز الجديد) من مصادر غير كربوهيدراتية، للكورتيزول تأثير متساهل على عمل الهرمونات التي تزيد من إنتاج الجلوكوز، تعد تأثيرات كورتيزول على استقلاب الدهون أكثر تعقيداً حيث لوحظ تكوين الدهون في المرضى الذين يعانون من ارتفاع مستويات الجلوكورتيكويد المنتشرة (أي الكورتيزول) بشكل مزمن، على الرغم من أن الزيادة الحادة في الكورتيزول المنتشر يعزز تحلل الدهون. التفسير المعتاد لمراعاة هذا التناقض الظاهري هو أن تركيز الجلوكوز المرتفع في الدم (من خلال عمل الكورتيزول) سيحفز إفراز الأنسولين. يحفز الأنسولين تكوين الدهون، لذا فإن هذا نتيجة غير مباشرة لتركيز الكورتيزول المرتفع في الدم، ولكنه يحدث فقط على نطاق زمني أطول، ويمكن أن يضعف الكورتيزول نشاط جهاز المناعة (wikipedia, 2022)

* **ملاحظة حول هرمون الميلاتونين:** هو هرمون تفرزه الغدة الصنوبرية وهي غدة صغيرة في الإنسان توجد في المخ، والميلاتونين يوجد في جميع خلايا كل كائن حي، وهو مسؤول عن تنظيم الإيقاع الحيوي في كل من الإنسان و الحيوان وعند الإنسان، فعملية إفراز الميلاتونين تحدث حيث تواجه عيناه الظلام ومما يسبب الإحساس بالنعاس أثناء الليل ويساعده على النوم، يضيع تأثيره عند رؤية النور فيصحو الإنسان من النوم، مثلما عند طلوع الشمس كل يوم (wikipedia, 2022)

وهناك العديد من الدراسات التي تؤكد أن مدة النوم لها أهمية في زيادة الوزن، ولاحظت الدراسات التجريبية أن الحرمان من النوم يعدل من سلوك الأكل عن طريق زيادة الشعور بالجوع وتناول الطعام، وتوصلت إلى أنه من الضروري فهم أفضل لتحسين إدارة الأشخاص الذين يعانون من السمنة ومنع زيادة الوزن من خلال احترام إيقاع النوم (George, 2016, p. 142)

دراسة أخرى تؤكد تباين كبير بين الأفراد فيما يتعلق بفقدان الوزن وهذا يعتمد على خصائص كل فرد، وما هو موجود على الطبق ومقدار النشاط البدني الذي نقوم به، وأن اضطرابات النوم وسلوكيات الأكل يمكن أن تعدل من تدخل اختصاصي التغذية المسجل بهدف إنقاص الوزن، ولقد توصلت الدراسة إلى أن التدخل الغذائي المقترن بعادات النوم الجيدة أحدث تغييرات كبيرة في سلوكيات الأكل في الاتجاه المتوقع في سياق فقدان الوزن (Filiatrault, 2014, p. 44)

* **ملاحظة حول هرمون النمو:** هو هرمون بروتيني ببتيدي يقوم بتحفيز النمو وتحفيز تكاثر الخلايا وتجديدها في البشر وبعض الحيوانات الأخرى، وهو عبارة عن حمض أميني، سلسلة وحيدة متعددة الببتيدات يتم إنتاجها وتخزينها ومن ثم إفرازها عن طريق خلايا منمية للجسد في الأطراف الجانبية للغدة النخامية الأمامية في الدماغ، ويملك هرمون النمو تأثيرات أخرى كثيرة في الجسم، ومنها : يزيد الاحتفاظ بالكالسيوم، ويقوي ويزيد من تمعدن العظام، يزيد كتلة العضلات من خلال تضخم القسم العضلي، يحفز تكسير الدهون، يزيد إنتاج البروتين، يحفز نمو جميع الأعضاء الداخلية باستثناء الدماغ، يلعب دورا في التوازن، يقلل من امتصاص الجلوكوز من الكبد، يساهم في معادلة وظيفة البنكرياس يحفز الجهاز المناعي، ولدى البالغين الذين يعانون من نقص هرمون النمو، يكون لديهم مشاكل غير محددة بما في ذلك السمنة مع انخفاض نسبي في كتلة العضلات وفي كثير من الحالات، انخفاض الطاقة ونوعية الحياة (wikipedia, 2022)

ولهذا نستنتج أن الذين يعانون من البدانة يتناولون الكربوهيدرات والسكريات مثل الحلويات أو المشروبات المحلاة أو الشوكولاتة لأنها تحتوي على نسبة سكريات وكربوهيدرات عالية وبذلك يسترجع السيروتونين بشكل طبيعي وبالتالي الشعور بالارتياح، والتوتر يساهم في إفراز كذلك هرمون الكورتيزول بسرعة كبيرة فهذا الهرمون يفتح الشهية ويجعل الفرد يأكل بصورة كبيرة وبالتالي هرمون النمو المسؤول عن حرق الطاقة يقل فيزداد الوزن تدريجيا، ولهذا يجب الاهتمام بتهدئة الذات بالاسترخاء وتناول أغذية غنية بالسيروتونين وقليلة السكريات لأداء المهام اليومية بسهولة وأريحية وتعزيز النوم الجيد.

5- تناول الأدوية مثل: الكورتيزون، حبوب منع الحمل، أدوية مضادة للحساسية، الأدوية المهدئة ومضادات الاكتئاب، هرمون الأنسولين.

6- **المشكلات النفسية:** إن المشكلات العاطفية قد تؤدي إلى التأثير على الشهية إما بالإيجاب أو السلب ويغزو البعض إلى أن الاضطرابات النفسية تكون مصحوبة ببعض التغيرات الكيميائية وهذه المواد لها تأثير على مركز الأكل والشبع بالمخ فتأثر في الشهية لتناول الطعام (منصور، 2004، صفحة 7)

7- **الأكل العاطفي:** هو شكل من أشكال اضطراب الأكل ويعرف بأنه زيادة في تناول الطعام استجابة للمشاعر السلبية، وتستخدم إستراتيجية عدم التأقلم للتعامل مع المشاعر الصعبة، وبعد الأكل العاطفي من أشكال المواجهة التي تركز على العاطفة، والتي تسعى لتقليل وتنظيم ومنع الضائقة الانفعالية.

وهناك دراسة أجراها بينت وآخرون **Bent & all** وجدت أن تناول الطعام العاطفي في بعض الأحيان لا يقلل من الضائقة الانفعالية بل يعزز منها بإثارة مشاعر الذنب الشديد بعد تناول الطعام.

وتشير الأبحاث الحالية إلى أن بعض العوامل الفردية قد تزيد من احتمال تناول الأكل العاطفي كاستراتيجية للتأقلم، تفترض النظرية المسماة باللغة الإنجليزية **(The inadequate affect regulation theory)** أن الأفراد ينخرطون في الأكل العاطفي لاعتقادهم أن الإفراط فيه يخفف من المشاعر السلبية، في حين أن نظرية الهروب تبنى على أساس نظرية **(inadequate affect regulation theory)** والتي يقصد بها أن الأشخاص لا يتناولون الطعام بكثرة لمواجهة المشاعر السلبية فقط، بل لأنهم يجدون أن الإفراط في تناول الطعام يصرف انتباههم عن المنبهات التي تهدد احترام الذات. أما نظرية ضبط النفس فتشير إلى أن الإفراط في تناول الطعام نتيجة للمشاعر السلبية يحدث بين الأفراد الذين يمتنعون عن الأكل، في حين أن هؤلاء الأفراد عندما يواجهون مشاعر سلبية ينخرطون في الأكل العاطفي إلا أنهم عادة ما يأكلون كميات محددة من الطعام.

وتدعم نظرية ضبط النفس فكرة أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات أكل أخرى هم أكثر عرضة للانخراط في الأكل العاطفي، وتشير هذه النظريات الثلاثة إلى نفور الفرد من المشاعر السلبية، وخاصة التي تنشأ

استجابة لتهديد الأنا أو الوعي الذاتي الشديد ونتيجة لتلك المشاعر يميل الفرد لزيادة تناول الأكل العاطفي كوسيلة لمواجهة هذا النفور.

قد تساهم استجابة الإجهاد البيولوجي أيضا في تطوير اتجاهات الأكل العاطفي، عند الأزمات تفرز منطقة ما تحت المهاد هرمون كورتيكوتروبين بينما هرمون القشرية السكرية الذي يجمع الشهية يفرز من الغدة الكظرية هذه الهرمونات الستيرويدية تزيد الشهية بخلاف هرمون كورتيكوتروبين، والتي تبقى في مجرى الدم لفترة طويلة وتؤدي إلى فرط الأكل في أغلب الأحيان، فأولئك الذين يعانون من التحريض البيولوجي تزداد شهيتهم خلال أوقات التوتر وعليه يعتمد على الأكل العاطفي كآلية للتأقلم (wikipedia, 2022)

8- الإحساس بالجوع:

يمثل الإحساس بالجوع ومحاولة إشباعه بتناول الطعام أهم أحد الدوافع الفطرية التي لا بد للشخص أن يقوم بإشباعها حتى تستمر حياته وهناك عدة متغيرات تؤثر في تحكم الهيبوطالموس في الشهية وهي انخفاض مستوى السكر في الدم مما يجعل الشخص يشعر بالهفتان وبالتالي يبحث عن الطعام مدى امتلاء المعدة تقلصات في جدارها مما يؤدي إلى تنشيط الخلايا المسؤولة عن الطعام في مراكز المخ وتبدأ الإشارات الفيزيولوجية العصبية في التنبيه بضرورة البحث عن الطعام وتناوله حيث يزيد تناول الطعام في البيئات الباردة على عكسها في البيئات الحارة وهناك عوامل أخرى مثل الطعم والرائحة والجوع النوعي من خلال تفضيل أطعمة معينة على أخرى والحالة النفسية للفرد (غانم، 2004، صفحة 257)

فالانفعال السلبي يعد سمة من السمات الشخصية والتي تشمل على العواطف السلبية وضعف مفهوم الذات، وقد تبين أن بعض نتائج تنظيم التأثير السلبي أكدت وجود الأكل العاطفي، وهناك دراسة أجراها بينت وآخرون وجدت أن الأفراد لا ينخرطون في الأكل العاطفي إلا عندما يواجهون مشاعر سلبية. وبشكل أكثر تحديدا، فإن عدم القدرة على التعبير وتحديد مشاعر الشخص تجعلهم يشعرون بعدم الكفاية في تنظيم التأثير السلبي وبالتالي يزداد انخراطهم في الأكل العاطفي، في حين أن نتائج سبنس وسبور تختلف إلى حد ما، إلا أن كلا منهما يشير إلى أن التأثير السلبي يلعب دورا في الأكل العاطفي (wikipedia, 2022)

9- السكر وتزايد الوزن:

علينا أن ندرس نسبة وجود السكر بالدم وتأثيرها على عملية تجمع الدهون فالجلوكوز هو الوقود في أجسامنا والدم هو المورد الدائم الذي يؤمن توفر الجلوكوز للأعضاء المحتاجة إليه كالدمغ والقلب والكليتين

لكي تؤدي وظائفها على أكمل وجه، وتساوي نسبة الجلوكوز الطبيعية في الدم 1غ/ل، وهناك طريقتان يحصل بهما الجسم على الجلوكوز ويحافظ على النسبة الطبيعية.

يقوم الجسم بتحويل الشحوم المخزنة في الأنسجة الشحمية إلى جلوكوز، وعند الحاجة يحصل الجسم على الجلوكوز من الأنسجة الهزيلة وتحديدا من البروتينات الموجودة في العضلات.

الحصول على الجلوكوز من خارج الجسم أي من المواد الغذائية المنتمية إلى عائلة الكربوهيدرات مثل السكريات والفواكه والنشويات.

فإذا تناول الفرد الفواكه فإن البنكرياس يفرز كمية قليلة جدا من الأنسولين لتخفيض نسبة السكر في الدم لأن التعويض الذي يحتاجه الجسم قليل جدا أما إذا تناول الفرد الحلويات التي تسبب ارتفاعا حادا للسكر في الدم فالبنكرياس هنا يفرز كمية كبيرة من الأنسولين ليعيد التوازن، وهكذا تبين أن زيادة الوزن والبدانة مرتبط مع وجود خلل وظيفي في البنكرياس، هذا يعني أن البنكرياس في هذه الحالة يفرز جرعات زائدة عن الحاجة من الأنسولين عند ظهور حالة فرط سكر الدم، ويعني أن البدناء يعانون من فرط إفراز الأنسولين أي مقاومة الأنسولين، وهو السبب في تراكم الشحوم وهو السبب الهام والمباشر في تخزينها (مونتينيالك، 2000، صفحة 6)

* نستنتج أن الحل في التخلص من البدانة هو علاج مقاومة الأنسولين.

* ملاحظة: هناك دراسة لـ شو كلا ألبانا وآخرون Shukla, A- & al 2017 والتي وضحت أن ترتيب الأكل يؤثر بشكل كبير في ارتفاع أو انخفاض مستويات الأنسولين، وأنه كلما انخفض مستوى الأنسولين في الدم ازداد معدل الحرق وانخفض الوزن من دون حميات أو رياضة، وتم اختيار ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تناولت أولا الكربوهيدرات ثم البروتينات ثانيا ثم في الأخير الخضروات وبين كل طبق وآخر فاصل 10د، والمجموعة الثانية تناولت البروتينات والخضروات أولا وفي الأخير الكربوهيدرات وبين كل طبق وآخر فاصل 10د، أما المجموعة الثالثة فتناولت الخضار والبروتينات والكربوهيدرات ممزوجة معا، وتوصلت النتائج إلى أن المجموعة الأولى ارتفع سكر الدم بصورة كبيرة جدا، أما المجموعة الثانية ارتفع السكر بدرجة قليلة، والمجموعة الثالثة ارتفع الأنسولين بدرجة قريبة جدا من المجموعة الأولى، وهذا دليل على أن ترتيب

الأكل مهم في ارتفاع معدل الأنسولين، وبالتالي ارتفاع معدل الحرق وانخفاض في الوزن (Shukla, 2017, p. 440)

وتضيف دراسة لورانزو ناستي وآخرون Nesti, L & all 2019 ، أن تناول الفاكهة بعد الأكل مباشرة يعني بعد الوجبة الرئيسية لا يرفع السكر أي امتصاص السكر يكون بطيء، أما إذا تناولت الفاكهة كملحبة ما بين الوجبات فهذا يرفع السكر في الدم يعني امتصاص السكر يكون سريع جداً، في الأولى يهبط سكر الفواكه على معدة ممتلئة فلا يحدث ارتفاع حاد في سكر الدم، ولا يحدث تذبذب لمستوى السكر في الدم وبالتالي يكون هناك الحفاظ على وضعية حرق الدهون، وعدم الشعور بالجوع بسرعة، والصحة تكون أفضل، وعند تناول الفاكهة أو السكريات على معدة فارغة فهذا ما يحدث: السكر يهبط على معدة فارغة، امتصاص سريع وبكمية كبيرة للسكر، يحدث ارتفاع سكر الدم، والنتيجة وضعية تخزين الدهون، الشعور بالجوع بسرعة، وصحة سيئة والإحساس بالتعب (Nesti, 2019, p. 10)

10- إدمان الطعام:

إن البدين ينظر إلى الطعام على أنه موضوع مُغْرٍ، جذاب لا يقاوم، ولكنه مخيف في نفس الوقت، وهذا المشهد يمثل الغذاء بطريقة ساحرة وفاتنة ولكن أيضا فاحشة في ذات الوقت، بحيث يتركز تفكير المريض واهتمامه على الغذاء ولا شيء آخر، فالبدن يحس في جسمه فراغ لا بد من سده حتى لو أزعجه ذلك ولو حتى يجعله يقرف من ذلك ومن نفسه، إلا أنه يحس بنقص لا يمكن احتماله ولا يعوض إلا من خلال الطعام، فالبدن يحس بأن الطعام هو الوحيد القادر على تخليصه من قلقه النفسي وتعويضه شعوره بالفراغ في الوقت ذاته، من هنا ينشأ التعلق بالطعام المحبوب والمكروه في آن واحد (ثنائية العواطف) ويدفع البدن إلى الحالة التي نسميها إدمان الطعام.

فالبدن يحقق كفاية نرجسية من خلال الأكل ولكن هذه الكفاية تتحول إلى جرح نرجسي لمجرد رؤيته لصورته في المرآة وعلى أن مادة الإدمان متاحة ورخيصة ومتوفرة إذ تكفي بعض النقود للشراء الحلويات والشوكولاتة، وهكذا يجد البدن نفسه بسهولة أمام مواد يلتهمها وقد يقوم بهذا العمل بشراهة أو تردد، فالخلاصة أن هؤلاء المرضى هم مدمنوا طعام فهي علاقة إدمانية تمثل نكوص طفولي نحو الغذاء، ويكون

ذلك كلما وجد نفسه أمام ضغوطات نفسية، صراعات، نزوات داخلية، عوامل خارجية، فهنا يحس البدن بحاجة للتعويض الفوري بالطعام، والطعام هو أسهل التعويضات وأقربها (بطرس، 2008، صفحة 305)

11- الأسباب الاجتماعية والاقتصادية للبدانة:

ترتبط السمنة بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي، وبالتحديد فان معدل السمنة يتضاعف ست مرات في النساء التي ينحدرن من طبقات اقتصادية واجتماعية منخفضة الدخل مقارنة بالطبقات الاجتماعية المرتفعة الدخل، وتشير الدراسات أن تأثير المستوى الاقتصادي والاجتماعي على البدانة أقوى من تأثير البدانة على المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وقد يرجع ذلك إلى العادات الغذائية لذوي الدخل المنخفض على الأطعمة النشوية كالبطاطا والأرز والخبز مقارنة بالأطعمة البروتينية ذات الأسعار الأعلى كاللحوم والأسماك (الرحمن، 2009، صفحة 319)

V- أشكال البدانة:

1- السمنة أندرويد **Androide**: في هذا الشكل من السمنة تتركز الدهون في الجزء العلوي من الجسم وهذا النوع من السمنة مثير للقلق لأنه مسئول عن العديد من الأمراض مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية.

2- السمنة جينويد **Gynoide**: في هذا الشكل الدهون تتركز في الجزء السفلي فالمخاطر الصحية في هذه الحالة ليست كما هو الحال في السمنة أندرويد، ولكن يمكن ملاحظة مشاكل على مستوى المفاصل وقلة الحركة.

3- السمنة المعممة **Généralisé**: في هذا الشكل من السمنة العامة يخزن الجسم الدهون الزائدة في الجزأين العلوي والسفلي، والمخاطر في هذا الشكل تكون مضاعفة (Kurtz, 2014, p. 14)

VI- أعراض البدانة:

1. أمراض جهاز القلب والأوعية الدموية مثل هبوط القلب والضغط المرتفع وتصلب الشرايين.
2. التبول السكري.
3. التهاب المرارة وتكوين حصوات بها.

4 . التهاب المفاصل وداء النقرس .

5 . دوالي الساقين .

6 . التهاب الجلد في مناطق الاحتكاك .

7 . داء الفتاق .

8 . سرطان الرحم وانقطاع الطمث .

9 - داء النقرس الناتج عن زيادة كمية حمض البوليك في الجسم .

10 . التهاب المفاصل يصيب تلك التي تحمل وزن الجسم مثل مفاصل العمود الفقري والركبتين .

11 . خطورة الدوالي لا تكمن في ناحيتها الشكلية الجمالية بل في تكون جلطات صغيرة وتمر بها إلى الرئة بعد إجراء أي عملية .

12 . التهابات الجلد تكون بواسطة الفطريات في مناطق الإبطن وتحت الثديين ويساعد ذلك ابتلالها بالعرق .

13 . الدورة الشهرية لدى المرأة تصبح غير منتظمة وكذلك الحامل تعاني من صعوبة حملها الذي يكون أطول من المعتاد مع كبر حجم الجنين مما يعرضها للعملية القيصرية، ومع تقدم السن تتكون الأورام الليفية في الرحم مع قابلية تحولها لأورام سرطانية .

14 . يحجم الطبيب الجراح وطبيب التخدير عن إجراء العملية للبدن بسبب خطورة التخدير وطول فترة العملية وقابلية الجرح للتلوث (الرواجبة، 1996، صفحة 104)

VII - أخطار البدانة الجسدية والنفسية:

تؤدي حالة فرط الوزن والبدانة إلى آثار صحية وخيمة، وتتزايد مع تزايد نسبة كتلة الجسم، وتتسبب في أمراض مزمنة من قبيل:

- 1- الأمراض القلبية الوعائية وهي أولى مسببات الوفاة إذ تفتك بنحو حوالي 17 مليون شخص في كل عام.
- 2- السكري الذي أصبح وباء عالميا، وتشير OMS إلى أن وفيات السكري ستسجل في السنوات العشر القادمة ارتفاعا يفوق 50 % في جميع أرجاء العالم.

3- التهاب المفاصل.

- 4- بعض أنواع السرطانات منها سرطان القولن، سرطان الثدي، سرطان بطانة الرحم (الطفولة، 2009، صفحة 3)

ومن بين نتائج البدانة النفسية **الاكتئاب** فهو سبب ونتيجة السمنة، لأنه مرض يصعب محاربته ويترك آثارا مرئية على المصابين بها وكذلك علامات غير مرئية مثل القلق والاكتئاب، ولهذا التكفل النفسي مهم لدعم هذه الحالات ويمكن أن يكون سبب الاكتئاب هو رفض الفرد لجسمه وعدم فهم المحيطين به بوضعيته، والإعاقة الناتجة عن زيادة الوزن والألم، والتميز هو أحد عواقب البدانة في الواقع، فغالبا ما ينظر إلى الفرد البدين بشكل سيء من قبل من حوله، وينظر له على أنه مريض أو كسول، فالتميز ضد البدناء موجود في دائرة الأسرة وكذلك البيئة المهنية (Kurtz, 2014, p. 32)

VIII- قياس البدانة:

يتم قياس البدانة من خلال التعرف على مؤشر الكتلة لـ **Quetelet** المعروف بـ **L'index de mass corporel** أو **MC I** أو **Body mass index**، أو **BMI** والذي يعبر عن نسبة الوزن بالكيلوغرام على الطول بالمتري المربع من خلال المساواة التالية (Ettale, 2010, p. 110)

$$MC I = \frac{\text{الوزن بالكيلوغرام}}{\text{الطول م}^2}$$

فمؤشر كتلة الجسم يُمكن من تحديد الوزن، وتعيين المجال الطبيعي للوزن بطريقة واقعية. فالحالة يكون وزنها طبيعيا عندما يكون مؤشر كتلة الجسم بين 18,5 و 24,9 كغ/م²، ويعتبر الشخص وزنه زائدا إذا كان مؤشر كتلة جسمه بين 25 و 29,9 كغ/م² ويعتبر الشخص بدينا عندما يكون مؤشر كتلة جسمه بداية من 30%

1- تصنيف المنظمة العالمية للصحة من خلال الجدول التالي (OMS, 2003, p. 894)

الصفة	مؤشر كتلة الجسم
نحيف	أقل من 20 %
طبيعي	20 % - 24.9 %
زيادة في الوزن	25 % - 29.9 %
بدانة	30 % - 40 %
بدانة مفرطة	أكثر من 40 %

جدول (01) دليل مؤشر كتلة الجسم

IX - اضطرابات التغذية حسب الدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية DSM5:

ويتضمن DSM5 الاضطرابات الآتية:

1- اضطرابات غير محدد **ACCES HYPERPHAGIQUES**

مثل **بيكا** PICA وتعني أكل أشياء غريبة مثل الشعر والطين.

2 - فقدان الشهية العصبي **ANOREXIE**

3- الشره المرضي **BOULIMIE**

4- الإفراط في تناول الطعام **HYPERPHAGIE**

5- السرعة في الأكل **Tachyphagie** زيادة في سرعة استهلاك الأكل مع قلة المضغ الجيد للقمات مع قلة مدة التوقفات بين اللقمات.

6- القضم **Grignotage** يتميز بالاستهلاك المتكرر لكميات صغيرة من الأكل بين الوجبات.

7- سلوكيات إنقاص التغذية **Conduite de restriction alimentaire** والتي تكون ضمن حميات التغذية الموصوفة (DSM5, 2015, p. 429)

أ - اضطرابات الأكل وتأثيرها على الجسد والنفس:

إن للغذاء أكثر من وظيفة فهو تعبير عن الحب وتبادل العواطف، فهو يساعد على عملية النمو الجسمي والنفسي، والاجتماعي، ويمد الإنسان بالطاقة والوقاية من الأمراض، ومرتبطة أيضا بالاضطرابات والأمراض النفسية والجسمية والعقلية والسيكوسوماتية، فقد يكون الطعام مصدر للصحة أو المرض أو القوة والعافية أو السقم والضعف.

وتمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد والرغبة في تناول الطعام أو العزوف عنه، وقديما كان ينظر لاضطرابات الأكل ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية إلى أن صدر دليل تشخيص الاضطرابات النفسية والإحصائية الثالث وعاقبه الدليل الرابع في 1994 ووضحا منفصلة تحت مسمى **اضطرابات الأكل**، فعندما يعاني الفرد من اضطرابات تناول الطعام فإنه يشعر بالقلق حول المظهر وضعف الوعي وتشير دراسة في الجامعة أن الطالبات يقيمن أجسادهن وفق النموذج المثالي للمرأة في وسائل الإعلام (العاسمي، 2015، صفحة 325)

وأظهرت دراسة حديثة أن 80% من النساء غير راضيات عن مظهرهن في المجتمع الأمريكي وهذا ما يجعلهم ينفقون أكثر من 40 مليار دولار على منتجات ذات صلة بإتباع نظام (العاسمي، 2015، صفحة 354)

X - شخصية البدين:

لقد حاول بعض علماء الشخصية المعاصرين وعلى رأسهم جون ألبرت، وإبراهام ماسلو ربط السمنة بالشخصية فوجدوا أن الشخص البدين يتمتع بشخصية تعرف **بالشخصية المزاجية الدورية**، وهي شخصية منفتحة على العالم اجتماعية تحب الناس مرحة، ولكنها لا تطبق الحياة بمفردها وتتجح في المجالات الاجتماعية، ولكنها في الوقت ذاته تصاب بنوبة كآبة، وحالة هبوط في الروح المعنوية، وميل شديد للعزلة، والانطواء ثم تعود ثانية للمرح فهي باختصار متقلبة مزاجية (Appart. A, 2011, p. 6)

ويشير معالم صالح أن شخصية البدن تتميز بالسلبية والحالات الانفعالية السلبية مثل: القلق، وفقدان إدارة حياته، وفقر النشاط الجنسي، ويظهر التناقض الوجداني لدى البدن فهو يعاني من وزنه ويرفض في نفس الوقت أن ينحف، والأكل يصبح وظيفة دفاعية ضد الضغط النفسي الداخلي والذي يتفرع أيضا داخليا كسد فراغ وجداني ممتلئ بالطاقة المدمرة، والبدانة تتطور إلى علاقة ذات هيئة عصبية اكتئابية (معالم، محاضرات في الامراض النفسية الجسدية، 2008، صفحة 79)

X I - العوامل الثقافية والاجتماعية الراضة للبدانة:

أصبح المجتمع المعاصر يركز وبإفراط على مسألة الرشاقة حيث غدى دور المرأة في المجتمعات الغربية هو إمتاع الرجل وبذلك فقدت المرأة وظيفتها الحقيقية التي وهبها الله لها، ومنذ فترة قصيرة كان الغرب يفضل المرأة الممتلئة والسمينية، لكن مع خروج المرأة للعمل والموضة تحول العالم إلى تفضيل النحافة، وساعد على ذلك شروط اختيار النسق العام للجسم في مسابقات ملكات الجمال، وهذا أدى إلى صراع بين الواقع البيولوجي والضغط النفسي في خلق اضطرابات الأكل، وهكذا أثرت المحددات الثقافية في التطور السيكلوجي للمرأة من زاويتين:

- أصبح الجمال محور أساسي من محاور الأنوثة الكاملة ولعبت وسائل الإعلام دور خطير في ذلك.

- إن توجه العلاقات البيشخصية للمرأة تتأثر بشكل الجسم وبنيتة وأصبح القبول الثقافي والاجتماعي مرتبط بالجادبية الجسمية ولقد أوضحت الدراسة العلمية ذلك (الرحمن، 2009، صفحة 243)

* ملاحظة تشير إليها السعداوي بقولها: " أن بعض الباحثين في علم النفس وأتباعهم أخطئوا في فهم نفسية المرأة وأحاسيسها ورغباتها ويرجع هذا الخطأ إلى أنهم لم يستطيعوا إدراك القوى الاجتماعية والضغط وأثرها في نفسية المرأة، ولأنهم كانوا رجالا ولم يكونوا نساء" (السعداوي، 2022، صفحة 37)

XI I - علاج البدانة :

1- وسائل العلاج:

أ- **نصائح التغذية:** لا يوجد وصفة لنظام غذائي "قياسية" **standard** فالوصفة تتكون من انخفاض إجمالي لكمية الطاقة المستهلكة حسب مستوى الحرق والذي يتوافق مع وزن الشخص وطوله وجنسه وعمره من خلال صيغ محددة.

ب- **نصائح للنشاط الفيزيولوجي:** يساعد النشاط البدني على الحفاظ على الوزن بعد فقدان الوزن، والحفاظ على الكتلة العظمية ومنع المضاعفات (السكري و أمراض القلب)، والهدف هو الوصول إلى مستوى نشاط موصى به لعامة الناس أي 30 دقيقة في اليوم، ويمكن للمريض إجراء تقييم ذاتي ورصد تقدمه، ويمكن زيادة مدة التمرين.

ج- **التكفل النفسي والسلوكي:** في بعض الحالات يتم اللجوء إلى متابعة نفسية اعتمادا على المواقف وطلب المريض، وتحديد نوع الرعاية المناسبة، (العلاج النفسي، التحليل النفسي، العلاج السلوكي، العلاج بمضادات الاكتئاب)

د- **العلاج بالأدوية:** الهدف من العلاج الدوائي هو المساعدة في إنقاص الوزن والحفاظ عليه ويتوفر حاليا دوائين (أورليستات **orlistat** ، وسيبوترامين **sibutramin**) ، ولا يتم تسديدها من طرف الضمان الاجتماعي، فالأورليستات مثبت لبياز معوي يقلل من امتصاص الدهون بنسبة 30 % والتأثير الجانبي هو الإسهال الدهني، أما سوبترامين هو مثبت إنتقائي للسيروتونين والنورأدرنالين ومثبط امتصاص الدوبامين، له تأثير قهمي والآثار الثانوية هي زيادة ضغط الدم ومعدل ضربات القلب (10, p. 2010-2011, nutrition)

ذ- **الجراحة:** الاجرائان الأكثر استعمالا هما جراحة **Gastroplastie par Auneau** و **By-Pass**

Gastrique ، الجراحة الأولى تعتمد على وضع حلقة من السليكون حول جزء قريب من المعدة وهذا يقلل من حجم المعدة إلى كيس صغير (50مل)، أما الجراحة الثانية فتعتمد على إنشاء جيب معدي صغير مقترنا يتجاوز بين المعدة والصائم بواسطة حلقة معوية مثبتة، هذه العمليات يتم إجرائها من طرف فريق عمل طبي جراحي وأطباء التخدير، لقد أثبتت جراحة السمنة فعاليتها في حدوث بعض المضاعفات مثل مرض السكري من النوع الثاني، ومن بين مضاعفات هذه الجراحة القيء وإمكانية حدوث نقص في فيتامينات الحديد، وعليه

يجب تناول المكملات والفيتامينات وبعد انخفاض الوزن يوجد جراحات تجميلية لاستئصال الجلد المترهل
Abdominoplasti لترميم جلد البطن (rouiller, 2016, p. 290)

* على الرغم من وجود مؤثرات بيولوجية على البدانة إلا أن هذا لا يعني أن العوامل النفسية غير هامة، أو أن الأفراد البدنيين لا يمكنهم إنقاص وزنهم، وتشمل الصورة الفعالة للعلاج عدة طرق منها:

- تعديل السلوك كتغيير عادات الأكل.

- الإرشاد الغذائي لزيادة المعرفة المتعلقة بنظام التغذية الصحي.

- استراتيجيات الضبط الذاتي لتحقيق تغيير في أسلوب الحياة.

- إعادة البناء المعرفي لتغيير الاتجاهات غير الصحية بالنسبة للوزن وشكل الجسم.

- ممارسه الأنشطة الرياضية باستمرار لرفعه معدل اللياقة البدنية.

* **ملاحظة:** طرق العلاج التي تتضمن هذه الإجراءات تساعد الأفراد على خفض وزنهم في ستة أشهر ويترتب عن ذلك عدة فوائد صحية ونفسية مثل انخفاض معدل ضغط الدم ومستوى الكوليسترول، والاكنتاب، ورفع مستوى تقدير الذات (الرحمن، 2009، صفحة 320)

ويرى علماء الاجتماع أن المساندة تدعم الصحة بشكل مباشر، ومن الفروض التي صيغت في هذا الإطار أن المساندة تدعم وتؤيد الإحساس بالمعنى، والالتحام والترابط حول الحياة، وتزود الأشخاص بخبرات ايجابية، وهذه المساندة يمكن أن ترتبط مع السعادة حيث توفر حالة ايجابية من الوجدان والإحساس بالاستقرار في مواقف الحياة، وهكذا يفترض هذا النموذج إلى أن المساندة تؤدي إلى تحسن وطيب الحياة بصرف النظر عن مستوى المساندة (الرحمن، 2009، صفحة 312)

ويرى أنصار نموذج الأثر الواقعي (المخفف من الضغط) أن التأييد والمساندة الاجتماعية سواء كانت مسانده عاطفية أو عملية في المهام التي تثير التحدي تمنح الحصانة ضد الآثار البيولوجية والسلبية للتوتر، وتشمل الآليات التي تربط الضغط بالمرض على سلسلة من اختلال الهرمونات العصبية أو الوظيفية لجهاز المناعة أو إخفاق في الاهتمام بالنفس المتمثل في نقص التغذية أو إدمان المخدرات، ويصاحب ذلك فقدان

تقدير الذات ومشاعر انعدام الحيلة أو العجز إلى انعدام القدرة المدركة على التعامل مع المواقف التي تتطلب استجابة فعالة (الرحمن، 2009، صفحة 311)

XIII - قواعد التغذية في الإسلام:

إن الله سبحانه قد أباح لعباده الطيبات ورجبهم فيها لتكون عوناً لهم فيها على طاعة ربهم وتقوية لأبدانهم على القيام بالعمل الصالح، ولقد روى مسلم عن أنس بن مالك رضي الله عنه قال: قال (ص): " إن الله ليرضى عن العبد أن يأكل الأكلة فيحمده عليها أو يشرب الشربة ويحمده عليها"، لكن شهوة البطن كثيراً ما تسيطر على صاحبها فتتحول من وسيلة للتقوى على الطاعة إلى هدف يسعى الفرد لنيله ويصبح أسيراً لهوى نفسه ووساوس شيطانه، وكما أرشدنا سبحانه إلى الاعتدال في الطعام والشراب لأن لا يؤدي ذلك إلى تسلط شهوة البطن وانحرافها حيث قال تعالى: " وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ " [الأعراف:31]، فالأمانة الأولى التي تدل على تسلط شهوة البطن أن يكثر صاحبها من الطعام فوق الحاجة، ولقد أشار النبي صلى الله عليه وسلم إلى أخطار هذا الإسراف وضرره على الجسد والنفس حيث روى الترمذي عن مقدم رضي الله عنه قال: قال صلى الله عليه وسلم: "ما ملأ آدمي وعاءً شراً من بطنه، بحسب ابن آدم أكلات يُقْمَنُ صُلْبُهُ فَنَ كَانَ لَا مَحَالَةَ فَتَلَّتْ لُطْعَامَهُ، وَتَلَّتْ لَشْرَابِهِ، وَتَلَّتْ لِنَفْسِهِ".

وفي هذا الحديث النبوي بيان للمنهج السوي للاقتدار من الطعام والشراب لأن الإسراف يؤدي إلى الشر الكبير، وليس المقصود بالشر هنا ما يتعلق بأمراض المعدة وحسب، وإنما الشر الذي يصيب النفس حينما تعاد الشره في الطعام والشراب وشدة التعلق بهما فيتحول الطعام من وسيلة للغذاء وتقوية البدن إلى غاية وهدف يسعى صاحبه من أجله ويصبح شغله الشاغل وتصيح همته مصروفة إليه، فمهما شبع بطنه لا تشبع نفسه لأن شهوة البطن أصبحت عنده مقياس السعادة (كرزون، 2003، صفحة 107)

XIV - السرعات الحرارية والنظام الغذائي الذي سيعتمد في الدراسة الميدانية:

إن النظام الغذائي ذو السرعات الحرارية المحدودة في كميات السكر والنشويات، والدهون هو أقوى الأسلحة وأحسن الوسائل لعلاج السمنة، ويقول تعالى " وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ " [الأعراف، الآية 31]

تعتبر السعرة الحرارية وحدة قياس الطاقة الشائعة بالنسبة للتغذية، وتعرف السعرة بأنها كمية الطاقة اللازمة لرفع درجة حرارة الجسم، وجميع المواد الغذائية عند تناولها على هيئة الطعام يقوم الجسم بامتصاصها واستخراج الطاقة الكامنة فيها على شكل سعرات، فان جرام واحد من النشويات يولد 4 سعرات، في حين يكون عدد السعرات التي يولدها 1 غرام من الدهون 9 سعرات (الشعبان، 2015، صفحة 65)

1- غرام دهون يعطي 9 سعرات حرارية.

1- غرام كربوهيدرات يعطي 4 سعرات حرارية.

1- غرام بروتينات يعطي 4 سعرات حرارية.

- الفرق بين الكربوهيدرات (النشويات ، السكريات) والبروتينات هو في مقدار ماينتج منها من سعرات حرارية، فالكربوهيدرات تتحول إلى دهون مسببة للسمنة عكس البروتينات.

ومقدار ما يحتاجه الشخص من السعرات يتوقف على درجة نشاطه و مجهوده كما يلي:

1- 25 سعرة حرارية لكل كيلوغرام من الوزن للشخص ذي النشاط الضعيف مثل الموظفين وأعمال المنزل الخفيفة

2- 30 سعرة حرارية لكل 1 كغ من وزن الشخص ذي النشاط المتوسط مثل أعمال المدرسين والأطباء.

3- 35-40 سعرة حرارية لكل 1كغ من الوزن للشخص ذي النشاط الزائد مثل المزارع، عمال البناء، الرياضيين.

* بمعنى أن المدرس صاحب النشاط المتوسط والذي يصل وزنه 60كغ يحتاج إلى مايلي:

1800 سعرة حرارية = 60 × 30 ، ولو تناول 1800 سعرة حرارية سوف يسد احتياجاته ولن يوفر شيئاً ولا يحتاج إلى تكسير الدهون.

1- النزول المثالي في الوزن:

إن المعدل الطبيعي لفقدان الوزن من خلال الأسبوع الأول من النظام الغذائي هو 1.5 كغ إلى 5.5 كغ، أما الأسابيع الموالية حوالي 0.5 كغ إلى 2 كغ .

السبب في فقدان وزن أكبر في الأسبوع الأول هو أن الجسم يتوجه إلى مخازن الطاقة ليعوض النقص في السعرات وسحب الطاقة من مخازن النشويات الموجودة بالكبد والعضلات وهي مرتبطة بكميات كبيرة من الماء فيكون إيقاع النزول أسرع، أما الأسابيع الموالية فيتوجه الجسم إلى مخازن الدهون في البطن وتحت الجلد ليسحب منها ويكسرها ليعوض النقص وهذا أقل ارتباطاً بالماء فيفقد دهون فقط ولهذا إيقاع النزول أقل (منصور ح.، 2004، صفحة 26)

* ملاحظة حول الماء: للماء عدّة فوائد على جسم الإنسان، نذكر منها:

• نقل كافة عناصر الغذاء داخل الجسم من عضو لآخر.

• تسهيل عملية الهضم والامتصاص والإخراج.

• الحفاظ على مستوى الضغط داخل وخارج خلايا الجسم.

• الحفاظ على التوازن داخل الجسم.

• طرح المواد السامة والضارة خارج الجسم بمساعدة الكليتين.

• الحفاظ على ثبات حرارة الجسم عند حدها الطبيعي (wikipedia, l'eau, 2018)

• * معدل شرب الماء في اليوم: نضرب الوزن (كغ) $\times 0.033 =$ كمية الماء للاحتياج اليومي

(<https://www.webteb.com>, 2018)

• - وحسب أحمد التباوي فإن المرأة الناضجة أي البالغة وزنها 55 كغ يجب أن تستهلك 1300 سعرة

حرارية يوميا (التباوي، 2003، صفحة 88)

ولو أن المدرس السابق الذي يحتاج إلى 1800س/ح تناول أطعمه غنية بالسعرات تقدر 3000 سعرة

يومية فسوف يستهلك 1800 س/ح حسب نشاطه والباقي 1200س/ح سوف يدخره جسمه، ويوما بعد يوم

تزداد الدهون المتراكمة، وتحدث البدانة، وعلى العكس إذا تناوله 800 سعرة حرارية فانه سوف يلجأ إلى

مخازن الدهون بجسمه وتكسيروها ليحصل على فرق سعرات التي يحتاجها، ويوما بعد يوم يزداد التكسير ونقل

السمنة، ولكن لكي تفقد 1 كيلوغرام من وزنك يجب أن تفقد 7700 س/ح في الاسبوع، إما عن تقليل السرعات الحرارية التي تتناولها أو عن طريق زيادة نشاطك وحركتك (منصور ح.، 2004، صفحة 28)

2- النشاط وحساب السرعات الحرارية:

لا بد من حساب حاجتك اليومية من السرعات وهذه الحسبة تساوي مضروب الوزن المثالي في معامل النشاط اليومي فإذا كان احتياجك من السرعات يساوي وزنك المثالي في معامل نشاطك اليومي ويمكنك بالنظر إلى الكارت معرفة وزنك المثالي حسب الطول، أما معامل النشاط اليوم فهو يعتمد على نوعيه الحركة.

* معامل النشاط اليومي لحياه غير نشطة = 26

*معامل النشاط اليومي لحياه متوسطة النشاط = 33

* معامل النشاط اليومي لحياه نشطة جدا = 40

- إذا احتياج سيدة طولها 150 سم تحيا حياة متوسطة النشاط ومتوسطة البنية = $33 \times 35 = 1155$ س/ح ، ولإنقاص 1 كغ من الوزن فلا بد من إنقاص 7700 س/ح من الاحتياج الفعلي أسبوعيا (المنياوي، 2003، صفحة 59)

- واحد ساعة جالس = 68 حريرة (لا يجب القضم **grignotage** لأنه سيخزن في الجسم)

- واحد ساعة أشغال المنزل = 120 حريرة

- واحد ساعة مشي = 240 حريرة

- واحد ساعة جري = 720 حريرة

- واحد ساعة دراجة = 420 حريرة

- واحد ساعة سباحة = 350 حريرة

- واحد ساعة نشاط جماعي = 480 حريرة

- واحد ساعة تنس = 420 حريرة

- واحد ساعة صعود جبال = 480 حريرة

* وحسب رأي الكاتب يجب ممارسة رياضة التحمل (رفع الأثقال) إذا أراد الفرد أن يفقد الوزن مع ممارسة الجري وركوب الدراجة والسباحة في كل مرة نوع من الرياضة، لان الرتابة (الروتين) هي عدو الدافعية، فالتنوع هو حليف الفرد لكي لا يشعر بالملل، ولا يفقد الحماس (Philippe, Bouger, Manger, Maigrisser !, 2009, p. 50)

- وبصورة عامة لكي يكون النشاط البدني مؤثر وفعال ينبغي أن يتسم بالتالي:

* مصدر متعه وبتناسب مع شخصيه الفرد الميزاجية والجسمية

* يبذل الفرد جهد يعادل 50-60% من قدراته الشخصية

* ينفق زمن الممارسة من 20-30 دقيقة ويزيد كل ما تطور في ذلك

* يزاو من 2-3 مرات في الأسبوع كحد أدنى

* ذو مقاومه خفيفة ومتكررة (عسكر، 2000، صفحة 131)

3- الأفكار المفيدة الواجب معرفتها عن التغذية:

*السكريات التي مؤشرها مرتفع المتناولة في آخر الوجبة تتفاعل مثل السكريات البطيئة، لان الغلوسيدات البسيطة تمتزج مع الغلوسيدات المعقدة، والتقليل من استهلاك الجبنة إذا كنت تتناول حلويات دهنية أو تحتوي شوكولاتة والتقليل منها اللحوم الدهنية.

* عدم الخلط في نفس الوجبة اللحم والبيض مع الجبن.

* تجنب الخلط بين الدهون والسكريات مثال حلويات باللوز فطائر بالجبن.

* السكريات بمؤشر عالٍ مثل الحلويات تقطع الشهية قبل الأكل وتمنع الأكل بصورة صحيحة في الوجبة

المقبلة، ولا يجوز تناول الحلويات قبل الوجبة، ستجوع بعدها بسرعة.

* يجب نزع القطع الدهنية من اللحم.

* المرقارين يحتوي على سعرات كثيرة فيجب استعمال مرقارين مخففة.

* إذا تناولت قطعة خبز مع الزبدة فلا يجب إضافة المربي إما زبدة أو مربي.

* الألياف الموجودة في الفواكه مهمة وتبطن امتصاص الغلوسيدات، وتساعد على عدم ارتفاع الوزن
(Philippe, 2009, p. 58)

4- الطريقة الصحيحة لتغذية صحية:

إذا كنت من الذين لا يرغبون في تناول الفطور الصباحي ويكتفون بقدر من الشيء أو القهوة فقط فإن ذلك أسوأ عادة مضره بالجسم، حيث أن جسم الإنسان يحتاج إلى طاقة لغرض القيام بمختلف فعالياته الفسيولوجية منها والواجبات الأخرى، ولذلك يجب تزويده بمصادر الطاقة في الصباح وذلك بتناول فطور صباحي متوازن يحوي نسبة من النشويات وكمية قليلة من الدهون وإذا فعلت ذلك ستجد نفسك غير محتاج لتناول وجبات خفيفة لحين موعد الغداء.

أما بالنسبة لوجبة الغداء فيجب أن تحتوي على كمية متوازنة من حيث النشويات والقليل من الدهون ويجب أن تحتوي على كمية السعرات الحرارية اللازمة لتلبي متطلبات جسمك لفترة الظهرية حتى حلول المساء لموعد العشاء.

أما العشاء يجب أن يكون مصمم فقط لمنع إحساسك بالجوع خلال الليل، وإذا تناولت عشاء غني بالطاقة هذه الأخيرة ستتحول إلى شحوم لتخزن في مختلف أنحاء الجسم.

وفي القاعدة العامة هي وجبة إفطار صباح غنية بالطاقة، والتقليل في وجبتي الغداء والعشاء، وتقادي الأكل الدسم بالليل (الشعبان، صفحة 105)

* والقاعدة المهمة في التغذية: هي طبق من الخضار النيئة أو المطبوخة مع ملعقة زيت الزيتون

* نشويات بمقدار (عجائن، أرز، بطاطا، بقوليات)

* مشتقات الحليب (زيادي، جبن أبيض، على الأقل مرتين في الأسبوع)

* البروتينات قليلة الدسم (لحم البقر، الديك الرومي، الدجاج، السمك بكميات معتدلة حسب السعرات)

* فاكهة واحدة (حسب الموسم)

* واطرح على نفسك في كل وجبه سؤال هل تتناول كل هذه المكونات؟ (Philippe, 2009, p. 50)

5- الأخطاء الشائعة في الأنظمة الغذائية:

* إضافة عسل النحل للمشروبات (التحليه بدل السكر) وعسل النحل يحتوي على سعرات عاليه.

* تناول الموز على أنه عامل تخسيس وهذا ناتج عن شهرة نظام اليوم الواحد المتكرر.

* تناول الشربة (شربة اللحم أو الدجاج)على أنها ماء فبالعكس فهي تحتوي على دهون وسعرات عاليه.

* تناول الفواكه دون تحديد على أنها لا تؤثر في النظم وهذا خطأ.

* التنوع في تناول الوجبة التكميلية، حيث المفروض عند الإحساس بالجوع بين الوجبات تناول (خيار،

الخص، الجزر) ولكن صنف واحد طول اليوم وهذا ما يسمى الوجبة التكميلية، وكذا فان الطماطم لا تدخل

في دائرة الوجبة التكميلية (المنياوي، 2003، صفحة 73)

6- مثال حول غذاء يحتوي على 1000 سعره يوميا:

***الطور:** عصير فاكهة طازجة بدون سكر (برتقال أو عنب)+ م /ك بذور الشيا أو م/ك مطحون بذور الكتان (انظر الملحق)، بيضة مسلوقة واحدة، قطعه خبز صغيرة من (قمح كامل)، كوب قهوة أو شاي بدون سكر.

***الغداء:** طبق من شربة خضروات بدون دهن، قطعة خبز صغيرة (قمح كامل)، ربع دجاج مشوي أو

مسلوقة بدون جلد لا يزيد الوزن عن 200غ، خضروات مطبوخة (فاصوليا خضراء أو كرمب أو كرنبيط)،

كاسة سلطة خضروات بدون زيت، فاكهه (تفاح أو برتقال) لا يزيد عن 100غ، كوب شاي أو قهوة بدون

سكر. (Filiatrault, 2014)

***العشاء:** كاسة سلطة (بدون زيت)، كوب لبن رائب + م /ك بذور الشيا أو م/ك مطحون بذور الكتان،

فاكهه، كوب شاي أو قهوة بدون سكر، كأس من الحليب قبل النوم (الشعبان، 2015، صفحة 127)

7- نصائح غذائية لتخفيف الوزن والتي سوف نوزعها على حالات الدراسة الميدانية:

- شرب الماء بكمية كافية لاحتياج الجسم في اليوم.
- الحد من استهلاك الأطعمة ذات طاقة عالية، غنية بالدهون أو السكريات.
- اختيار الأطعمة ذات طاقة منخفضة (الفواكه و الخضروات) .
- التحكم في كمية الأكل.
- تنويع خيارات الطعام و تناول كل شيء (بدون إلغاء الأطعمة المفضلة وتناولها باعتدال)
- تناول طعام كافي وبيطئ أثناء الوجبات، لا تأكل واقفا، اجلس على الطاولة.
- تنظيم تناول الطعام في الوجبات و الوجبات الخفيفة وفقا لنمط الحياة (بشكل عام 3 وجبات رئيسية وجبة خفيفة محتملة) وعدم تخطي الوجبات لتجنب القضم بين الوجبات.
- يطمئن المريض على حقه في الاستمتاع بتناول الطعام .
- عمل قائمة للتسوق.
- تسوق من دون الشعور بالجوع (تسوق وأنت شبهان).
- تجنب المأكولات الجاهزة.
- تعلم قراءة ملصقات المعلومات على العبوة.
- قم بالطهي بنفسك إن أمكن أو حدد تعليمات لمن يقوم بذلك.
- تقديم نفس الطعام لجميع أفراد الأسرة (تختلف الكميات فقط).
- استخدام المنتجات الموسمية.
- اطبخ كميات محددة، حدد حجم الطبق.
- كرس نفسك للوجبة، كن منتهبا لطبقك.
- انتبه للأحاسيس التي تشعر بها عند تناول الطعام (هل هو حامض، مر، حلو، حار؟).
- املأ الأطباق قبل إحضارها إلى الطاولة (ولا تعد ملئ الطبق).
- وضع الملعقة أو الشوكة بين اللقيمات في حالة السرعة في الأكل.
- استخدام أطباق صغيرة للحصول على حجم مناسب للوجبات.
- الاقتراح على الأفراد الذين يأكلون كرد فعل على المشاعر السلبية (مثل خيبة الأمل، الملل، الغضب) سلوكا

غير متوافق مع الأكل مثل الاتصال بالهاتف، الاستحمام، المشي (تشتيت الانتباه).

- تجنب شراء أو تخزين كميات الأطعمة التي تستهلك عادة أثناء تناول الطعام الإضافي (بين الوجبات)

- في حالة فقدان التحكم يفضل أكل الأطعمة ذات الطاقة منخفضة وتقبل عدم الاختباء وأخذ الوقت الكافي

للتدوق ببطء (HAS, 2011, p. 2)

- الاستماع إلى إشارات الجوع والشبع.

- التوقف عن أكل الطعام عند الإحساس بالشبع حتى لو تبقى في صحنك.

- إذا أحسست برغبة في الأكل بين الوجبات الرئيسية وشعرت بمشاعر سلبية مثل (الحزن، الإحباط، الغضب،

التوتر، الذنب، الخجل) يمكن أن تتعلم أو تعالج هذه المشاعر من خلال إعادة البناء المعرفي

restructuration cognitive الأنشطة البديلة، وإذا كنت تميل للأكل عندما لايمكنك حل مشاكلك يمكن أن

تتعلم كيفية استخدام تقنية حل المشكلات (Goulet, 215, p. 64)

- الخلاصة:

توصلنا في هذا الفصل إلى أن البدانة أصبحت من أكثر مشكلات الصحة العمومية في عصرنا

الحالي، لما لها من تبعات وآثار سلبية على الأفراد المصابين بها خاصة لدى الإناث، فإهمال التغذية الصحية

وعدم الاكتراث والاهتمام بالمظهر الخارجي يجعلهن يطورن حالة صحية ونفسية سيئة تتميز بالقلق والحزن،

والاكتئاب، ومشاعر النقص، وهذه الأخيرة تجعل تقيمن لأنفسهن سلبيا فيتدنى مستوى تقديرهن لذاتهن فيختل

توازنهن، وتوافقهن، وتكيفهن النفسي، وما يجعل الأمر أكثر سوءا نظرة المجتمع الراضة للبدانة، هذا الأمر

يستدعي العلاج والتكفل النفسي، والوصول إلى وزن صحي والحفاظ عليه لتحسين الحالة الصحية والنفسية

عموما، وهذا ما سنتناوله في الفصل التالي الذي سيتناول معلومات حول تقدير الذات وأهميته في شخصية

الأفراد.

فصل تقدير الذات

فصل تقدير الذات

- تمهيد
- تعريف الذات
- تعريف تقدير الذات
- نظريات تقدير الذات
- الثقة في النفس
- النظرة العيادية لتقدير الذات
- الفائدة من تقدير الذات
- التقدير الذاتي مقياس اجتماعي
- نصائح كيف يمكن للفرد أن يقدر ذاته

- تمهيد:

يعتبر تقدير الذات من أهم سمات الشخصية المدروسة في مختلف البحوث النفسية، ولقد نال اهتمام العديد من العلماء والمفكرين والباحثين في علم النفس بحيث تمت دراسته بصورة واسعة، وربطه بعدة متغيرات نفسية أخرى، وتقدير الذات المرتفع والجيد من الحاجات النفسية الأساسية التي يرغب الأفراد اكتسابها عامة، وتم التأكيد أنه من أهم السمات النفسية التي تساهم في بناء الشخصية السوية، والسليمة من الاضطرابات النفسية ولدى الإناث خاصة في هذه الدراسة فهو مظهر من مظاهر الصحة النفسية والجسدية السليمة وأساس جميع الانجازات والنجاحات المحققة، فالتقدير الذاتي المرتفع مصدر لمشاعر السعادة والرضا عن الذات أما التقدير المنخفض فهو مرتبط بمشاعر سلبية من استياء وحزن وقلق، واكتئاب ومشكلات نفسية مختلفة.

في هذا الفصل سوف نركز ونهتم بعرض أهم المعلومات التي تناولت الذات وتقدير الذات، والتقدير الجسدي، والاجتماعي، وأهمية هذا التقدير في نظرة المرأة لذاتها وجسدها، ومدى تأثيره على مشاعرها وأفكارها وسلوكها وما يمكنه أن يخلف من اضطرابات نفسية.

1- تعريف الذات:

يحتل متغير الذات مكانة متميزة في النظريات الشخصية وهو من المتغيرات النفسية الأكثر تناولا في الدراسات من الباحثين وعلماء النفس في مدلولها وماهيتها وتطورها، ومن بين هذه التعاريف الآتي:

1 . لغة : ذات الشيء نفسه وعينه وجوهره، أنا الذات أنا نفسي لا أحد غيري، الثقة في الذات الثقة بالنفس (فؤاد، 2015، صفحة 122)

2 . اصطلاحا: حدد ويليام جيمس **William James** أسلوبين لدراسة الذات، الذات العارفة واعتبرها لا قيمة لها في فهم السلوك إذ تتضمن مجموعة من العمليات كالتفكير والإدراك والتذكر، أما الذات كموضوع وهي الذات التجريبية العملية وتتضمن:

. الذات المادية: وهي تتضمن جسم الفرد وأسرته وممتلكاته.

. الذات الاجتماعية: وتتضمن وجهة نظر الآخرين نحو الفرد.

. الذات الروحية: وتتضمن انفعالات الفرد ورغباته.

ولقد أضاف جيمس بعدا آخر ما يشترك به الفرد مع الآخرين كالعائلة، ومحيطنا ومجتمعنا، وأطلق عليه مصطلح الذات الممتدة، وقد ذكر أن للإنسان من الذوات بقدر عدد الذين يعرفونه من الناس فله ذات معينة لزوجته، وذات أخرى لأولاده، وذات ثالثة لزميله في العمل، وذات رابعة لربه (الظاهر، 2010، صفحة 16)

أما فرويد **Freud** الذي يمثل علماء التحليل النفسي فيعتبر الأنا المركز الأساسي في بناء الشخصية إذ لها دور وظيفي وتنفيذي اتجاه الشخصية فهي التي تتحكم بدوافع الفرد من حيث تفرغها أو التحكم بها للموازنة بين ما يفرضه الواقع من أخلاقيات، والدوافع الطبيعية، أي أن وظيفتها هي التوافق بين الواقع والضمير، ويمكن القول بأن الأجزاء المتفاعلة المكونة للشخصية وهي: الهو والذات، والذات العليا لها خصائصها التي تميزها عن بعضها بالرغم من أن فرويد يعتبر الهو الغريزة الوراثية هي الأساس في نشوء الأنا ولكن لا يمكن أن يشتغل الهو لوحده دون التفاعل مع العالم الخارجي الذي يظهره بوضوح لذلك لا يكون شكلا واحدا وإنما يختلف من شخص لآخر وفق تلك الغريزة الموروثة، وحصيلة لمتغيرات البيئة المتنوعة التي تشكل السلوك الإنساني للفرد (الظاهر، 2010، صفحة 20)

أ- **الذات الحقيقية:** هي قلب ومركز الذات، وهي تعني ما يكونه المرء فعلا، وبصورة عامة فإن الأفراد يشوهون الواقع والنتيجة، وإنه غالبا ما يصبح من المستحيل أن تزيح الغطاء عن الذات الحقيقية، ومن السهل على البشر أن يعرفوها.

ب- **الذات المدركة:** هذا الجانب يتصل بكيفية إدراك الشخص لذاته وهذا الجانب ينمو من خلال التفاعلات مع الناس الآخرين والبيئة، فإذا كان محبوبا ومقبولا فإن الذات ترى ذلك، وإذا علمت انه لا قيمة لها ولا أهمية سترى هذه الذات انه لا قيمة لها.

ج- **الذات الاجتماعية:** يدرك الفرد أن الآخرين يفكرون فيه بطريقة خاصة، ومعظم الأحيان يحاول أن يعيش إلى مستوى هذه التوقعات من جانب الآخرين، وتنشأ الصراعات الداخلية عندما تكون فجوة بين الذات المدركة والذات الاجتماعية.

د- الذات المثالية : إن الأفراد لهم طموحات وغايات يتطلعون إلى تحقيقها وهذا هو الجانب المثالي من الذات، وتعكس الذات المثالية ما يود الفرد أن يعمل، ويكون الفرد في حالة صحية عندما تكون المثاليات في حدود الممكن (العاسمي، 2015، صفحة 325)

وحسب ما أشار إليه موريفي **Morify 1984** أن الذات هي مدركات ومفاهيمه في ما يتعلق بوجوده الكلي، أي كما يدرك نفسه، وأن الأنا عبارة عن جهاز من الأنشطة المعتادة التي تدعم الذات أو تحكيها عن طريق استخدام ميكانيزمات معينة مثل التبرير والتقصص والتعويض (الظاهر، 2010، صفحة 23)

3- مكونات الذات: تتكون الذات من العناصر الآتية:

-الكفاءة العقلية.

-الثقة بالذات والاعتماد على النفس.

-بناء الجسم والجاذبية والكفاءة الجسمية من قوة وجمال.

-درجة النمو في الصفات الذكورية والأنثوية.

-الخجل والانسحابية، والتكيف الاجتماعي (برهوم، 1989، صفحة 90)

أشار "شارل كولي" **C.Cooley** في 1902 إلى تصور تمثل في أن الشعور بالذات هو بناء اجتماعي يتشكل أو يبني من خلال التفاعلات مع المحيط منذ الصغر، وتحدث كذلك عن المرأة الاجتماعية **L'effet miroir social** من خلال نظرة الآخرين التي تبعث إشارات يفهم بها الفرد رأيهم عنه، وهذا الأخير يدمج إلى تصور الذات أي كيف ينظر إليه الآخرون (Sordello, 2004, p. 48)

ويشير كل من بدرة معتصم ميموني ومصطفى ميموني عن "لوكير" أن مفهوم الذات متعدد الأوجه ويتكون من خلال الإحساسات والإدراكات المختلفة وحسب الإمكانيات المتنوعة والمتفاوتة للفرد (ميموني، 2010، صفحة 47)

4- مفهوم الذات الجسمية:

وهي التي يقدم فيها الفرد وجهة نظره عن جسمه، حالته الصحية، مظهره البدني الخارجي ومهاراته، وجنسه (علاوي ..، 1998، صفحة 152)، فهي إحدى الأبعاد الهامة لمفهوم الذات وشخصية الفرد، وتمثل مؤشراً هاماً لجوانب مختلفة لشخصيته، وأن شعور الفرد بأن جسمه كبير أم صغير، جذاب أم غير جذاب، قوي أو ضعيف، قد يفيد كثيراً في التعرف على مفهومه لذاته والتعرف على نمط سلوكه تجاه الآخرين، ويرتبط تقدير الذات بثقته في نفسه وفي طريقة تعامله مع البيئة المحيطة به، ومن ناحية أخرى فإن الأفراد الذين لديهم اتجاهات أو تصورات ايجابية نحو أجسامهم يتمتعون بدرجة مرتفعة لتقديرهم لذواتهم (علاوي م.، 1994، صفحة 219)

ويشير مانوس وآخرون **Manos et al 2005** أنه في معظم الثقافات نجد أهمية كبيرة للهيئة الخارجية لجسم المرأة، حيث يستند تقدير الذات على صورة الجسم لديها، وبالتالي فعندما تعاني من تغيرات جسمية أو تشوهات نتيجة المرض فإنه يحدث تأثير سالب على الاتجاه الانفعالي ونوعية الحياة أيضاً (Manos, 2005, p. 104)

ويضيف لاثا وآخرون **Latha et al. 2006** إلى أن الرجل يميل إلى أن يحصل على تقدير ذاته من خلال الإنجازات التي يحققها، والمراكز القوية والمسيطرة، بينما تقدير الذات لدى المرأة يستند على المرغوبة والجاذبية (Latha KS, 2006, p. 78)

وحسب ما توصلت إليه دراسة لـ **Bruchon-Schweitzer 1990** أن طريقة إدراك الجسد تنطوي على التجربة الذاتية والتقييم سواء كان جيد/سيء هو عملية إدراكية حسية كامنة وراء كل التقييمات الذاتية، حتى عندما يتعلق الأمر بالتقييم الجسدي (Marilou, 1990, p. 26)

* وعليه يمكن استنتاج أن الجسد المدرك هو الطريقة التي يصنف بها الأفراد أنفسهم وقيمون وزنهم (نحيف، طبيعي، زائد الوزن، بدين)، الاختلاف بين الجسد المدرك والجسم المرغوب يسمح بتقييم سلبي للجسد، فمؤشر كتلة الجسم IMC هو شيء آخر غير التصور لأن الأفراد لديهم جسد محسوس.

5- الذات الاجتماعية:

وهي الجانب الذي يدركه الآخرون عن الفرد، وتعني تصور الفرد لتقييم الآخرين له معتمداً في ذلك على أقوالهم وأفعالهم نحوه كما يعرفها الباحث أنها الصورة التي يرى الفرد أن الآخرين يرونه عليها، وأهـي ذاته كـفرد يقوم بعلاقات اجتماعية وقيادية إيجابية في الكيفية التي يدرك فيها الفرد المواقف الاجتماعية (علاوي ..، 1998، صفحة 53)

ويشير كل من بدره معتصم ميموني ومصطفى ميموني نقلاً عن "جان لكان" بأن الأمر لا يكفي بأن تكون لنا تجارب فقط، بل يجب استثمار لجسمنا من خلال علاقاتنا مع الأفراد باستثمارهم لنا ولجسمنا في المحيط الذي نعيش فيه (ميموني، 2010، صفحة 45)

6- تقبل الذات:

تشير موسوعة علم النفس والتحليل النفسي على أن تقبل النفس هو رضا المرء عن نفسه وصفاته وقدراته إدراك حدوده واستعداداته، وهو اتجاه الفرد نحو نفسه وخصائصه الشخصية (الحفني، 1976، صفحة 774)

ويشير ميخائيل إلى أن الفرد الذي يتقبل نفسه وذاته إيجابياً يواجه الحياة بسلبياتها وإيجابياتها وبواقعية، ويشعر أن لديه الحق في أن يتكلم ويعبر عن أفكاره، وأن يستخدم طاقته، ويطور اهتماماته، دون الإحساس بالذم والعار أو الرفض لذاته فهو عكس غير المتقبل لها وغير المرتاح يلومها ولا يعطيها قيمة ويكرهها (أسعد، 1991، صفحة 234)

7- تأكيد الذات:

من أبرز أعراض الضعف الذاتي العجز عن قول كلمه "لا" للذي أمامك وهناك مقولات خاطئة تعقد سلوكياتنا ونبرمجها في قوانين الدماغ ونعتقد أنها صائبة وهي خاطئة، وهي يجب أن أكون محبوب مقبول يجب أن أقدم رغبات الآخرين ومشاعرهم على نفسي، يجب أن لا أزعج مشاعر الآخرين، ولا أرحها بإبداء مشاعري وأرائي وطلباتي، وهنا يجب تلخيص مفهوم تأكيد الذات ويقصد بذلك قدرة الفرد على التعبير الملائم (لفظاً و سلوكاً) عن مشاعره، والمطالبة بحقوقه دون ظلم أو عدوان.

وبشير "بشير معمريّة" نقلا عن "لانج و جاكوبوسك" Lang et Jackobowske بان تأكيد الذات هو الدفاع عن الحقوق الخاصة، والتعبير عن الأفكار والمعتقدات والمشاعر على نحو صريح ومباشر، وبطريقة مناسبة لا يترتب عنها أي أذى للآخرين، أو لا تؤدي إلى انتهاك حقوقهم (معمريّة، 2012، صفحة 224)

- فالمتزن يقدر نفسه حق قدرها بحسب ما تستحقه، أما المتكبر فينفخ ذاته ويعطيها منزله أكبر مما تستحقه، والدليل يبخس نفسه حقها وينزلها أقل من منزلتها (جبر:، 2008، صفحة 283)

أ- خصائص الشخص المؤكد لذاته :

- التوافق بين المشاعر الداخلية والسلوك الظاهري.
- القدرة على إبداء الرأي والرغبات بوضوح .
- القدرة على الرفض والطلب بأسلوب لبق.
- القدرة على التواصل مع الآخرين بطريقه لبقه (التواصل البصري اللفظي).
- فهذه الخصائص تجعل الفرد مؤكدا لذاته بحيث يكون سلوكه وسط، بين الإذعان للآخرين والتسلط عليهم، يتوافق فيه السلوك الظاهري مع المشاعر والأفكار الداخلية، أنه مقبول شرعا وعرفا وعقلا.
- والثمرات التي يجنيها الفرد من سلوكه التوكيدي فيولد شعورا بالراحة النفسية، يمنع تراكم المشاعر السلبية مثل التوتر والكآبة، يقوي الثقة بالنفس، ويحافظ على حقوق الفرد ويحقق أهدافه وطموحاته (جبر:، 2008، صفحة 284)

ب- علامات ضعف الذات:

- الميل إلى موافقة الآخرين ومسايرتهم في أغلب الأحوال.
- الإذعان لطلبات الآخرين ولو على حساب حقوق الشخص ورغباته.
- ضعف القدرة على التعبير عن المشاعر وإظهارها.

- ضعف القدرة على إبداء الرأي ووجهه النظر.
- الحرص الزائد على مشاعر الآخرين وخشيته إزعاجهم.
- ضعف الحزم في اتخاذ القرارات والمضي فيها.
- صعوبة النظر في عيون الآخرين وضعف نبيرات الصوت .
- التواضع الزائد عن حده في مواقف لا تتناسب مع ذلك كأن يكون فيها نوع من الإهابة والإذلال
(جبر:، 2008، صفحة 282)

ج- تحقير الذات:

يقصد بهذا المصطلح تحقير الذات، إذلال الذات وما يصاحبه من مشاعر النقص والإحساس بالدونية وحط المرء من شأن نفسه فعدم إشباع الحاجات وخاصة الحاجة إلى التقدير فهذا الأخير ينمي مشاعر النقص والدونية، والمجتمع بدوره يساهم في تعزيز وتدعيم المشاعر (الحفني، 1976، صفحة 275)

8- الذات والجسد:

إن مفهوم الذات مرتبط بالمظهر الخارجي الذي هو بمثابة جزء من مفهوم الذات ويرتبط بتقييمات الذات (الثقة بالنفس) فلقد أكد "جيلر" Geller 1997 بأن صورة الجسم مشوهة وخاصة شكل الجسم ووزنه له تأثير كبير على مفهوم الذات لأي فرد لأن هذا المفهوم يتضمن المعتقدات والأفكار والجوانب العقلية والانفعالية، ويتضمن الجانب الجسدي، ويطلق عليه "مفهوم الجسد" وهو بحد ذاته النظرة التي يكونها الفرد نحو ذاته الجسمية، ولقد أشارت دراسات إلى ضعف تدني رضا الفرد عن صورة جسمه وتدني تقبلها قد تؤدي إلى سيطرة القلق والاضطرابات الانفعالية، وهذا يولد حالة من الصراع النفسي، فلقد توصل "والنيال" Walniel 1994 ، Greeves ، Fumhamet إلى وجود ارتباط سالب بين صورة الجسم والذات الجسمية والاجتماعية لدى إناث ذوات صورة جسمية سلبية وتوصلوا إلى أن الفشل في المقارنة بين الصورة المثالية والواقعية يؤدي إلى نقد الذات وانخفاض قيمتها والشعور بالذنب وهذا التأثير أقوى عند المرأة من الرجال، لأن الضغوط الثقافية على النساء لتمائل شكل الجسم المثالي أكثر قوة وانتشارا من الواقعة على الرجل (العاسمي، 2015، صفحة 65)

إن مفهوم الفرد عن جسده يشكل محوراً مهماً من عناصر مفهوم الذات، وأي تأثير على أحدهما ينسحب على الآخر وذلك حسب مقولة **سيمون دي بوفوار**: " و التي تشير إلى أن فقدان الثقة بالجسد يؤدي إلى فقدان الثقة بالذات"، أي أنه كلما زاد الرضا عن الجسد كان تقدير الفرد لذاته إيجابياً والعكس صحيح، فكلما انعدم الرضا عن الجسد كلما كان تقدير الفرد لذاته سلبي (العاسمي، 2015، صفحة 328)

إن موقفنا تجاه جسدها يتأثر بالعمليات الاجتماعية، وقد لاحظ **جيلرت و ليرنر gellert et lerner** أن أطفال الحضانه يتسمون بإحساس قوي تجاه الجسد البدني، وهذا الشعور يتواجد عند الأطفال البدنيين، وهذا مؤشر على قبول صورة عقلية، اجتماعية محددة، ويشير **لونور و سكرودير Lonor et Schroder** بيانات مماثلة لأطفال بدنيين بوجود نظرة غير مستحبة للشكل الخارجي، وتتواصل هذه النظرة إلى المراهقة بحيث تكون لدى الصبيان والبنات حساسية اتجاه مواقف زملائهم نحو أجسادهم (العاسمي، 2015، صفحة 65)

ويؤكد **ابراهيم Ebrahim** أن التدخلات العلاجية لتحسين تقدير الذات تشجع على التواصل وتساعد الأفراد على أن يتساندوا ويساعدوا بعضهم البعض وهذا يمنع من تطور الأمر إلى اضطرابات الطعام (Ebrahim, 2003, p. 607)

9 - تحقيق الذات:

يوضح "ماسلو" **Maslow** أن تحقيق الذات هو أن يكون للفرد اتجاهها واقعياً، وأن يكون متقبلاً لنفسه وللآخرين وللعالم الخارجي كما هو، وأن يتمركز حول المشاكل بدلاً من تمركزه حول نفسه، وأن يتسم بالاستقلال الذاتي عن الآخرين (زيد، 1997، صفحة 84)

ويشير كل من " **توم وياودن** " أن " **ماسلو** " كان يعتقد بأن معظم المشاكل النفسية ناتجة عن علة في الروح ومنها فقدان لمعنى الحياة أو القلق بشأن الاحتياجات التي لم يتم إشباعها بحيث لا يستطيع معظم الناس أن يعرفوا وجود هذه الاحتياجات لديهم، مع أنه إشباع هذه الحاجة أمر مهم ولازم حتى يكون الأفراد بشراً كاملين (وياودن، 2012، صفحة 222)

ووضح **ماسلو** أهم الصفات التي يتميز بها الأفراد الذين لديهم مفهوم إيجابي عن ذاتهم وهي كالتالي:
القدرة على تقبل النفس والآخرين، تقبل الآخرين واحترامهم، النظر للمشاكل بعناية، القدرة على الإبداع، عدم

الاعتماد على الظروف المحيطة بهم، اعتماد نظام ديمقراطي في بناء شخصيتهم ومعتقداتهم (معمرية، 2012، صفحة 18)

- ولقد وضع ماسلو قائمة للاحتياجات حسب أسبقيتها في الشكل الهرمي التالي المتكون من مستويات مختلفة:



الشكل (01) سلم الحاجات لماسلو

II- تعريف تقدير الذات:

حسب عالم النفس الاجتماعي "كولي" "Cooley" في 1902 وهو صاحب المقولة المشهورة أن مرآة الفرد مجتمعه من خلالها يرى نفسه بالطريقة التي يراه بها الآخرون، فالذات تنمو من خلال تفاعل الفرد الاجتماعي (احمد حسين، 2006، صفحة 129)

ويعرف كوبر سميث Cooper Smith 1967 تقدير الذات بأنه التقييم الذي يضعه الفرد لنفسه بنفسه ويعمل على المحافظة عليه، فهو ذلك الحكم الذي يقيمه الفرد على درجة كفاءته الشخصية وهو تعبير

عن اتجاهات الفرد نحو ذاته ومعتقداته عنها فهو تعبير الفرد عن ذاته من خلال تقريره اللفظي أو السلوكي الظاهري (Cooper Smith, 1967, p. 5)

ويعرف روزنبرغ **Rozenberg 1979** تقدير الذات بتلك الفكرة التي يحملها الفرد عن ذاته، إنه اتجاه إيجابي أو سلبي نحوها، فصاحب الاتجاه الإيجابي نحو ذاته يعتبر نفسه ذو قيمة وأهمية في حين أن الذي يحمل تقديراً سلبياً عنها يتميز برفض ذاته واحتقارها (Rosenberg, 1979, p. 5)

تقدير الذات حسب أفكار "كوبرسميث" هو مفهوم الذات، أما بالنسبة "لكوير" **L'ecuyer** فتقدير الذات ما هو إلا جانب من جوانب مفهوم الذات وهذا يعني أن مفهوم الذات له جانب معرفي وجانب وجداني يعبر عن تقدير الذات، أما "بولبي" فيوضح بأن تقدير الذات ينتج عن التعلق، وهو إحساس الفرد بأنه محبوب وله قيمه ومكانه في محيطه (ميموني، 2010، صفحة 46)

يرى "ويليام جيمس" أن تقدير الذات له مستويين للوظائف النفسية وهي :

1- تقدير الذات هو حالة شعورية كالثقة في حقنا أن نكون سعداء نشعر بالقيمة والتقدير، وكبح الشهوات، والقناعة، والاطمئنان والرضا.

2- وهو الشعور الجيد الممتد إلى العالم من خلال النجاح والثقة ومواجهة التحديات في حياتنا، فالشعور الجيد مقابل العمل الجيد يمدنا بدعامة أساسية لتحسين تقدير الذات (معمرية، 2012، صفحة 134)

ويشير مانوس وآخرون **Manos et al. 2005** إلى أن تقدير الذات "هو اتجاه موجب أو سالب نحو ذات الشخص، ويستند إلى تقييم خصائصه ويتضمن مشاعر الرضا أو عدم الرضا عن ذاته (Manos، 2005، صفحة 103)

ويشير باتان وآخرون **Pattan et al. 2006** إلى أن تقدير الذات يعكس إحساس الفرد بقيمته أو احترام الذات، وإلى أي مدى الفرد يُعجَب ويُحب نفسه؟ ويعتبر تقدير الذات مكون تقيمي لمفهوم الذات وهو يستخدم لكي ينسب إلى الإحساس باحترام الذات، وهناك مفاهيم مثل: تقدير المظهر الخارجي، أو تقدير الجسم لتدل على تقدير الذات (Healt, 2006, p. 3)

وحسب توانج وآخرون Twenge et al في 2003 تقدير الذات يمكن أن يكون واحداً من أعظم مقومات الحياة السعيدة والصحيحة، فالأفراد الذين لديهم تقدير ذات عالٍ يكونون مشبعين وراضين عن حياتهم، ويخبرون انفعالات موجبة، وأكثر توكيدية، ومستقلين، ومبتكرين (Twenge, 2001, p. 4)

3- الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات: إن مفهوم الذات هو عبارة عن معلومات عن صفات الذات، بينما تقدير الذات هو تقييم أو حكم عن هذه الصفات ومفهوم الذات تتضمن فهم موضوعي أو معرفي للذات، بينما تقدير الذات فهو فهم انفعالي يعكس الثقة بالنفس (الفحل، 2004، صفحة 51)

يمكن استخلاص من خلال التعريفات والأفكار المختلفة بتقدير الذات أنه التقييم والحكم الذاتي بطريقة إيجابية أو سلبية، فهو المحرك أمام الصعوبات الحياة وتحدياتها، وتستمر الحاجة إلى تقدير الذات إلى مدى الحياة فهو ينمو ويتطور، فالأفراد ذوي التقدير العالي يؤمنون بأنفسهم وقدراتهم ومدى كفاءتهم واستحقاقهم للحياة، ويجعلهم يشعرون بالرضا عن ذواتهم والعكس صحيح، باختصار يمكن القول أن تقدير الذات الايجابي هو مفتاح النجاح، والراحة النفسية، وهو حالة شعورية بالثقة وبالتفاؤل والتفهم لما يمكن أن يواجهه الفرد في الحياة.

III- نظريات تقدير الذات:

ظهرت عدة نظريات تحاول تفسير هذا المفهوم ويمكن أن نذكر من بينها ما يلي:

1- نظرية كوبر سميث:

اهتم كوبر سميث بدراسة تقدير الذات لدى أطفال ما قبل المدرسة الثانوية ولم يحاول أن يربط أعماله بنظرية أكثر شمولاً ولكنه ذهب إلى أن تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب، فعلى أن لا نتغلق داخل منهج واحد أو مدخل معين لدراسته بل علينا أن نعتد عليها جميعاً لتفسير الأوجه المتعددة لهذا المفهوم ويؤكد كوبر سميث بشدة على أهمية تجنب اعتماد الفروض غير الضرورية، ويعتبر تقدير الذات لدى كوبر سميث ظاهرة متعددة الأبعاد وأكثر تعقيداً ذلك أنها تتضمن كلا من عمليات التقييم الذاتي وردود الفعل أو الاستجابات الدفاعية لدى الفرد، ويرى أن تقدير الذات يتضمن اتجاهات تقييمية نحو الذات وأن هذه الاتجاهات تتسم بقدر كبير من العاطفة، فهو الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمناً الاتجاهات التي يراها أنها تصفه بدقة، ويصنف تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين:

التعبير الذاتي وهو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها .

- التعبير السلوكي ويشير إلى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته والتي يمكن ملاحظتها.

ويميز كوير سميث نوعين من تقدير الذات :

. النوع الأول هو تقدير الذات الحقيقي ويتواجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذو قيمة .

. النوع الثاني هو تقدير الذات الدفاعي ويتواجد لدى الأفراد الذين يشعرون أنهم غير ذو قيمة ولكنهم لا

يستطيعون الاعتراف بمثل هذا الشعور والتعامل على أساسه مع أنفسهم وكذلك مع الآخرين، ويؤكد أن تقدير

الذات يعبر عنه من خلال نشاطات الفرد وبالتالي فهو قابل للملاحظة والقياس ويقترح أربعة عناصر تحدد

النمو الناجح لتقدير الذات لدى الفرد :

السلطة: وتشير إلى القدرة على التأثير في سلوك الفرد وسلوك الآخرين.

الأهمية: من خلال الاهتمام والعناية والحب من طرف الآخرين عكس الرفض والوحدة.

الفضيلة : إتباع القواعد الأخلاقية والأدبية والمبادئ الدينية.

الكفاءة : من خلال مستويات الأداء العليا (Cooper Smith, 1967, p. 38)

2- نظرية روزنبارغ Rozenberg:

يورد عبد الرحمان سيد سليمان 1999 عن علاء الدين كفاقي أن أعمال روزنبارغ تعتبر محاولة لدراسة

نمو وارتقاء وسلوك تقييم الفرد لذاته وسلوكه من حيث المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي، وقد اهتم

روزنبارغ خاصة بفئة المراهقين من حيث تقييمهم لذواتهم ثم توسعت دراسته لتشتمل على ديناميات نمو صورة

الذات الإيجابية في مرحلة المراهقة، ويعتبر أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه كما أنه طرح

فكرة أن الفرد يكون اتجاهها نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها ويخبرها، وتعتبر الذات أحد أهم

الموضوعات ويكون نحوها اتجاهها لا يختلف كثيرا عن الاتجاهات التي يكونها نحو الموضوعات الأخرى التي

يتعامل معها ولكنه فيما بعد عاد واعترف بأن اتجاه الفرد نحو ذاته ربما يختلف ولو من الناحية الكمية عن

اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى (الرحمان، 1999، صفحة 34)

3- نظرية زيلر Zelar:

ينقل عبد الرحمان سيد سليمان عن علاء الدين كفاي أن نظرية زيلر في تقدير الذات أقل شهرة من نظرتي روزنبارغ و كوبر سميث في تقدير الذات وحظيت بدرجة أقل منهما، غير أنها في نفس الوقت تعد أكثر تحديدا وأشد خصوصية حيث أن زيلر يعتبر تقدير الذات بناء اجتماعيا للذات وينظر لتقدير الذات من وجهة نظر "نظرية المجال في الشخصية" كما يؤكد زيلر على أن تقييم الذات لا يحدث وهذا في معظم الحالات إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي ويصف زيلر تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير الوسيط أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي وعليه فإنه عندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية فإن تقدير الذات هو الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك، فتقدير الذات وفقا لزيلر مفهوم مرتبط بين تكامل الشخصية من ناحية وقدرة الفرد على الاستجابة لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى، وعليه فإنه يفترض أن الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل تحظى بدرجة عالية من تقدير الذات وهذا يساهم في تأدية هذه الشخصية لوظائفها بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي تتواجد فيه، وتأكيدا على العامل الاجتماعي سمي زيلر مفهومه بمفهوم التقدير الاجتماعي ويؤكد زيلر أن المناهج والمداخل الأخرى في دراسة تقدير الذات لم تولي العوامل الاجتماعية حقا في نشأة ونمو تقدير الذات (الرحمان، 1999، صفحة 132)

4- المقاربة السيكودينامية لتقدير الذات:

تتوضح وجهة النظر السيكودينامية لتقدير الذات من خلال إسهامات وايت white سنة 1963 والذي يرى أن تقدير الذات هو الأساس في الكفاءة والقدرة، وبذلك يمكن النظر إليه على أنه مكون نمائي يغطي دورة الحياة من الطفولة إلى الرشد وأن تقدير الذات يرتبط بقدرة وكفاءة الفرد على تحمل القلق الواقع بمعنى آخر قوة الأنا إذ أن العلاقة بين القلق والقدرة هي علاقة تبادلية وإيصال تقدير الذات إلى مستوى القدرة هو المؤشر الإكلينيكي والمكون النفسي الهام في العلاج النفسي (حامد، 2010، صفحة 111)

5 . وجهة النظر الإنسانية:

بدأ مفهوم تقدير الذات من المنظور الإنساني يتجلى في الظهور في أواخر الستينات من خلال مجهودات براندن Branden سنة 1969 وقد ظهر ذلك أيضا في كتابه علم نفس تقدير الذات الذي وصف

فيه تقدير الذات بأنه حاجة إنسانية أساسية تتضمن مشاعر القدرة والاستحقاق التي توجه الأفراد نحو السلوكيات الملائمة أو غير الملائمة بناء على إدراكهم لمستويات من القدرة والاستحقاق، وقد تأثر براندن في ذلك بأراء ماسلو 1954 في تنظيم وترتيب الحاجات الإنسانية.

ويرى براندن أن رغبة الإنسان في تقدير الذات هي رغبة ملحة وحاجة أساسية فلا أحد يمكن أن يبالي بسؤال كيف يمكن للفرد أن يقدر أو يحكم على نفسه، فطبيعة الفرد لن تسمح له بهذا الخيار ويؤكد أنه إذا ما أحس الفرد بصورة شديدة بحاجته إلى النظرة الإيجابية لذاته فإن ذلك ربما قد يفتح له آفاقاً جديدة أو يحرف حكمه أو تقديره ويتفلسف عقله كي يتجنب أن يصبح وجهاً لوجه مع الحقائق التي ربما قد تؤثر على تقديره لذاته على نحو عكسي فإذا ما افترق الأفراد إلى تقدير الذات فإنهم سيشعرون بالإجبار على تزييفه ولصنع تقدير ذاتي وهمي مدفوعين بواسطة الإحساس اليائس لمواجهة العالم دون تقديراً للذات تماماً مثلما يقفون عرايا مجردين من السلاح في طريقهم إلى الهلاك (حامد، 2010، صفحة 103)

6- النظرية التجريبية المعرفية:

يعتبر إبيشتاين Epstein الذي يعد رائد ونصير وجهة النظر المعرفية في تقدير الذات، قد رأى أن الأفراد ينظمون المعلومات والخبرات التي يكونونها حول أنفسهم والآخرين وبيئتهم فيما يسمى "النظريات الشخصية للواقع" وأحد الافتراضات الرئيسية لهذه النظرية هو أن عقل الأفراد يميل إلى أخذ المعلومات وعمل ترابطات بين الأحداث ثم يتم تنظيم هذه الترابطات داخل أنظمة تكاملية مختلفة تتكون من مكونات أكبر وأصغر وذلك سيؤدي تباعاً إلى ما يسمى بالنظريات الشخصية حول الواقع والتعميمات التي تستخدمها كخطط معرفية من أجل خلق الإحساس بعالمنا، وافترض إبيشتاين أيضاً أن النظريات الشخصية للواقع تعمل على تسيير النمو الشخصي والحياة لدينا كأفراد وهي تساعدنا في التفاعل مع الآخرين، ولتحقيق التوازن بين السعادة والألم في المستقبل وكذلك تساعدنا في الحفاظ على درجة مناسبة من تقدير الذات، ويصف إبيشتاين تقدير الذات على أنه حاجة إنسانية أساسية للجنس البشري باعتباره مستحقاً للحب وأنه قوة دافعة تدفع الفرد للتغيير (حامد، 2010، صفحة 115)

7- نظرية المقارنة الاجتماعية:

تم وضع هذه النظرية من قبل "فستنجر" **1954 Festinger** وفقا لهذه النظرية فإننا نرغب في تقويمات موضوعية ودقيقة لقدراتنا واتجاهاتنا وحينما نكون غير قادرين على تقويم أنفسنا فإننا نسعى إلى إشباع هذه الحاجة عن طريق المقارنات مع الآخرين، و قد تكون هذه المقارنات الاجتماعية لاشعورية وخارج التحكم الإرادي، وحسب هذه النظرية يمكن أن تتبأ الناس قد يستخدمون صورا مسقطه بواسطة الإعلام ك معايير للمقارنة، فان كانت النماذج المقدمة الجسمية تتسم بالحنافة والجاذبية فسيؤدي هذا إلى تقويمات غير مفضلة للجسم المدرك.

أما النظرية الثانية فهي نظرية صياغة الذات التي وضعها "ماركوس" **1977 Markus** وتركز على كيفية معالجة الأفراد لمحتوى وسائل الإعلام ومدى تأثيرها على مفهوم الذات لدعم الفرد، فصيغة الذات هي تصور الفرد الذهني لتلك العناصر التي تجعله منفصلا عن الآخرين، فحسب هذه النظرية فالناس ينمون الإحساس بالذات عن طريق الانعكاس لسلوكياتهم الخاصة ومن ملاحظة ردود فعل الآخرين للذات، ومن خلال معالجة المعلومات الاجتماعية التي عن طريقها تُقدر إلى أقصى مدى مظاهر الذات (العاسمي، 2015، صفحة 326)

ويؤكد بانديورا **Bandera** أن البحوث أظهرت أن الأفراد الذين ينظرون لأنفسهم أنهم ذوي كفاءة تفضيلهم يكن فقط للتحديات، فهم أيضا مثابرين في حل المشاكل المرتبطة باختياراتهم (Bandera, 1997, p. 160) ، ويضيف أنه تبين تجريبيا أن الأفراد الذين يشككون في قدراتهم يستسلمون عند وجود الصعوبات، لكن الذين يتقون ويؤمنون بقدراتهم يكثفون جهودهم عندما يفشلون ويواصلون على المثابرة حتى ينجحوا (Bandera, 1983, p. 128)

توصلنا من خلال مختلف التفسيرات وشرح تقدير الذات بطرق متعددة وبنظريات مختلفة من طرف العديد من العلماء، والباحثين ف "كوبر سميث" يرى أنه التقييم والحكم الذي يصدره الفرد عن نفسه من خلال التعبير اللغوي، والسلوك الذاتي، ووصفه لذاته، أما "روزنبارغ" فسر على أنه مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه أما "زيلر" فيفسره على أنه البناء الاجتماعي للذات فتقييم الذات يحدث حسبه في الإطار المرجعي الاجتماعي، وهو مرتبط بين تكامل الشخصية من ناحية، وقدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها فهو يسمي تقدير الذات بالتقدير الاجتماعي، أما الاتجاه السيكودينامي فيرى تقدير الذات مكون

نمائي يتطور من الطفولة إلى سن الرشد، ويرتبط بالقدرة والكفاءة على تحمل القلق، وفيما يخص وجهة النظر الإنسانية فترى تقدير الذات على أنه حاجة إنسانية أساسية تتضمن مشاعر القدرة والاستحقاق، والتي توجه الأفراد إلى سلوكيات متكيفة أو العكس وأخيرا نظرة التجريبية المعرفية والتي تصف تقدير الذات على أنه حاجة إنسانية لاستحقاق الحب، وأنه قوة دافعة تدفع الفرد إلى التغيير فتقدير الذات يظهر من خلال عملية التقييم المعرفي للذات فهو يؤثر على كل شيء يقوم به الفرد ويعبر عن التصور الإيجابي لقيمة النفس ويتحدد من خلال التجارب والأفكار الإيجابية.

نستنتج أن الرضا عن الجسد وتقبله له أثر فعال وإيجابي في تقدير الذات وتحقيق السعادة والصحة النفسية، ويظهر على الفرد الراضي عن ذاته الجسدية تقبل الذات والآخرين، وقوة الدافعية النابعة من حب الذات والحياة، وتجدد مستمر في مشاعره بالاستحقاق، والفرد الذي يتمتع بهذه الخصائص عن ذاته الجسدية يكون قادرا على تحقيق مايرغب فيه من حاجات ويكون قويا وواثقا من قدراته فضلا عن مكانته عند الآخرين وهذا يشعره بالثقة في النفس وينعكس ايجابيا على أفكاره ومشاعره وسلوكياته.

IV- الثقة بالنفس:

يقول **عسكر علي 2000** نقلا عن "جيرادنو و دوسيك" Giradno et Dusek أن الثقة بالنفس تدل على الشعور الذاتي للفرد بإمكانيته وقدرته على مواجهة الأمور المختلفة في الحياة، وتتمو هذه الثقة من خلال تحقيق الأهداف الشخصية التي تبدأ كالأفكار في ذهن الفرد وتجد طريقها إلى أرض الواقع بالتخطيط والاستفادة من مخزون الخبرات (عسكر، 2000، صفحة 157)

و يقترح كل من "باجلري و ماكس" Baggelery et Max 2005 أن هناك خمس مكونات للثقة بالنفس وهي كالآتي :

- امتلاك نماذج مناسبة من التعزيز وذلك من نماذج الدور.
- التفاؤل بالمستقبل والنظرة الايجابية للحياة.
- النظر إلى الذات على أنها قادرة على عمل الأشياء كالأخرين.

- مواجهة الفشل بالنظر إليه على أنه تجربة وخبرة وفرصة للتعلم والنمو في الحياة (Max, 2005, p. 391).

1- مقومات الثقة بالنفس:

* من أبرز مقومات الثقة بالنفس التي تعمل على تعزيز الشخصية القوية هي كالآتي :

أ- **المقومات الجسمية:** إن سلامة الجسم وخلوه من الأمراض التي يمكن أن تعيقه عن القيام بالأعمال المسندة إليه والجاذبية الشخصية وبهاء المنظر والقدرة التعبيرية بالحركات والإشارات مع استخدام نبرات صوت بما يتناسب مع الموقف، كلها كفيلا بان تعزز الثقة بالنفس (العبيد، 1995، صفحة 5)

ب- **المقومات النفسية:** هناك عنصر مهم وهو احترام المرء لنفسه كفرد، فالاحترام هو أساس كل ثقة بالنفس، وهذا يعني أن يحترم كعضو في الجماعة، فكلما كان هناك احترام المرء لنفسه زادت الثقة بها وارتفعت معنوياتها (ران، 1963، صفحة 111)

ج- **المقومات الاجتماعية:** إن الفرد جزء من المجتمع يؤثر فيه ويتأثر، فالمجتمع يقدم المعارف التي تعود على الفرد نفسه بالفائدة وعلى المجتمع الذي يعيش فيه حتى يكون عنصرا فعالا واثقا من نفسه قادرا على مواجهة الحياة بكل شجاعة لكن في بعض الأحيان تختل العلاقة بحيث يمكن للفرد أن ينحرف عن المجتمع وربما يقف ضده ويقاومه، وهنا يصعب عليه التكيف ويمكن أن يأخذ المجتمع منه موقفا مضادا فيصبح غير مقبول اجتماعيا، وعندها سيشعر بعدم الثقة بالنفس ينعزل وينسحب من هذه العلاقة (العبيد، 1995، صفحة 5)

IV- النظرة العيادية للتقدير المنخفض:

إن نوعية الأفراد الذين يعانون من تقدير منخفض يركزون على عيوبهم والنقص فيهم وعلى صفاتهم غير الجيدة، ويتميزون بالميل للتأثر بظغوط الجماعة والانصياع والخضوع لآرائها وأحكامها، ويضعون توقعات متدنية لواقعهم (سليم، 2003، صفحة 18)

1. العلاقة مع الذات : أحكام ذاتية سلبية، الحوار الداخلي من خلال النقد الداخلي.

2. السلوك : التجنب، الخضوع، التعويض من خلال معتقدات النقص أو عدم الكفاية.

3. الانفعال: عدم انتظام الانفعالات الاجتماعية من خلال التوتر الاجتماعي، الخجل، الحرج (André, 2011, p. 7)

أ- و تتحدد استجاباتهم لظروف الحياة من خلال:

- مشاعر النقص اتجاه أنفسهم من خلال الشك في قدراتهم.
- معتمدين على الآخرين في ملاحظة أعمالهم، ويلومون أنفسهم، فالمديح يسبب لهم الإحراج بسبب شعورهم بالنقص وهذه المشاعر مهلكة لصحتهم النفسية.
- الشعور بالغضب من أنفسهم ومن الآخرين فهم يعانون من مشاكل في حياتهم وهذا يطور لهم الرغبة في الانتقام من الآخرين، وهذه التصرفات العدوانية تعتبر وسيلة دفاعية لحماية الذات للتخفيف من القلق والتوتر الناتج عن الإحباط (santé, 2015، صفحة 435)

V- الفائدة من تقدير الذات:

من بين الوظائف الأساسية والأكثر سهولة لملاحظة تقدير الذات تخص القدرة على التطوع وبفعالية في الفعل **la capacité de s'engagé dans l'action** فمفهوم الثقة بالنفس، والذي يمكن إدماجه إلى مكون جزئي من تقدير الذات ويشير ذلك إلى الشعور الذاتي لدى الفرد أن يكون قادراً أو غير قادر على النجاح فيما يعمل، فمعظم الدراسات تؤكد أن الأفراد ذوي تقدير ذات متدني يتعاملون بحذر كبير وتكتم في الفعل فهم يستسلمون بسرعة في حالة وجود الصعوبات ويعانون في كثير من الأحيان من التسويف وهذا الميل للتردد وتأجيل أخذ القرارات كما كتب عليه "جول رونار **Jule Renard** " في كتابه "بمجرد أن أتخذ قراراً أتردد طويلاً...." وعلى العكس فإن ذوي التقدير العالي يقررون بسرعة للفعل ويتأبرون أكثر أمام العقبات.

فالتفسير لهذه الاختلافات هو على كيفية إدراك الفشل، فالحالات التي تقدير ذاتها منخفض عند الفشل حوارها الداخلي يميل إلى الإسناد الداخلي **des attribution interne** "إنها غلطتي" فهي عامة، "هذا يثبت أنني غبي" ومستقرة "سيكون هناك إخفاقات أخرى" بينما ذوي التقدير العالي حديثهم الداخلي يميل إلى الإسناد الخارجي "لم تكن لدي فرصة" فهي محددة "أنا عامة شخص صالح" وغير مستقرة " بعد المطر سيأتي الجو اللطيف ويأتي النجاح"، إن هذه الديناميكيتان تصانان ذاتياً **auto-entretien** فالأولى تدفع الفرد إلى تقدير

ذات منخفض خوفا من الفشل وبالتالي عدم الاستفادة من مكافئات النجاح بالإضافة إلى مزيد من الشكوك، بينما تشجع الثانية الفرد الذي لديه تقدير ذات عالي أن يكون أقل انشغالا بالفشل وإلى مضاعفة الإجراءات والأفعال التي سوف تغذي تدريجيا وتعزز الثقة في نفسه وتدفعه إلى تجديد مبادراته (André, 2013, p. 29)

VI - التقدير الذاتي مقياس اجتماعي:

لا يمكن تصور تقدير الذات خارج إطار نظرة المجموعة الاجتماعية، ولهذا يعتبر العديد من الباحثين أن تقدير الذات قبل كل شيء هو انعكاس المشاعر الشعبية **popularité** والقبول **approbation** من قبل الآخرين ومقارنة تقدير الذات بالمقياس الاجتماعي فإن مستوى تقدير الذات هو مرتبط بالتجارب الذاتية المعبرة عن القبول أو الرفض من طرف الآخرين، فكلما اعتقد الفرد أنه موضوع مقيم إيجابيا من الآخرين كلما رفع ذلك من تقديره لذاته.

إن هذه الظاهرة مختلفة عن الرضا الذاتي المرتبط بالقيادة **leadership**، بالنسبة لتقدير الذات الشيء الإيجابي هي أن يشعر الفرد أنه محبوب أكثر من أن يكون أو يشعر أو يظن أنه مسيطر، وعليه التغذية العلائقية لتقدير الذات هي أن يكون الفرد مقدر **apprécier** بلا شك أن ذلك سيكون وزنه أثقل من التغذية المادية أي أن يكون الفرد كفئا **performant**.

إن المؤلفين الذين عملوا على اكتساب تقدير الذات أكدوا على أهمية التنمية الجيدة والحسنة لتقدير الذات من خلال تعبير الوالدين عن حبهم غير المشروط لأطفالهم وليس على كفاءتهم، فهنا الطفل يستدخل **intériorise** بأن قيمته لا تعتمد على كفاءته ولكن تمثل معطى متزن ومستقل ومتعلق على الأقل في المدى القصير بمفاهيم الفشل، والنجاح، وعلاوة على ذلك الحساسية الشديدة للفشل المرتبطة بمستوى تقدير الذات فهي مشكلة وبقوة من العوامل العلائقية، فالأفراد الذين لديهم تقدير ذات متدني يتميزون بالتردد في اتخاذ القرارات لأنهم يعرفون أنهم سيكونون تحت الملاحظة والتعليق من طرف مقيمين، بالفشل يكون هنا له طابع شعبي عام وعلى العكس فالقرارات التي لا تخضع للتقييم تنفذ بسهولة وهنا الخوف من الفشل لا يربكهم (André, 2013, p. 27)

٧٧- نصائح كيف يمكن للفرد أن يقدر ذاته:

* تعلم حقيقة أن تحب نفسك، والحب يعني العناية والثقة والتقدير، وفي إطار هذه الرحلة وما يترتب عنها من سلام داخلي في أعماقك.

* عليك أن تضع معالم مهمة في تحقيق الذات وتقديرها وهي على النحو الآتي:

- ضع قائمة تتضمن 10 أعمال إيجابية تفخر بإنجازها.
- كن مع الذين يحبون رفقتك و يقدرونك و يحترمون رأيك.
- كن جريئاً في التعبير عن رأيك، وقل أفكارك بصوت عالٍ.
- لا تنتظر أن يصفق لك الآخرون، كن دائماً أول من يصفق لنفسه.
- ميز بين الأبيض والأسود، أطرِد أفكار الشؤم والإحباط.
- تذكر بأن الناس سواسية، فلا تتنابك أفكار ومشاعر النقص.
- لا تلم نفسك عن الأخطاء، بل حاول تعلم الدروس منها، لا توبخ نفسك حاسب نفسك دون أن تكون قاسياً ولا تبالغ في المحاسبة خشية وصولك لحالة الجلد الذاتي.
- لا تؤجل عمل اليوم إلى الغد.
- حافظ على مستوى الاستقامة في مشيتك وجلوسك وسلوكك.
- إياك أن تحتقر نفسك، أو أي عامل فاشل فالفشل أساس النجاح.
- اقبل ذاتك كما هي، في شكلك الخارجي والداخلي و بادر إلى تحسين ما ترغب تحسينه وليس ما يرغبه الآخرون.
- لا ضرر من ارتكاب الأخطاء، فكلنا بحاجة إلى استراحة قصيرة بين الفينة والأخرى.
- الخطوة الأولى تبدأ بحب النفس، والخطوة الأخيرة تنتهي مع حب النفس (جبر:، 2008، صفحة 281)

- خلاصة:

إن الذات مرتبطة ارتباطاً وثيقاً مع المظهر الخارجي والجسد خاصة الجسم ووزنه، فالدراسات العلمية أكدت أن عدم الرضا عن الجسد يؤدي إلى وجود صراعات واضطرابات نفسية، وإلى فقدان الثقة في النفس وفي الذات وهذا يؤدي مباشرة إلى تقييمات سلبية عن الجسد خاصة لدى الإناث البدنيات، إضافة إلى الضغط النفسي الذي يشكله المجتمع وثقافة النحافة والجسد المثالي في الإعلام هذا الأخير تأثيره قوي وسلبي على نفسية المرأة البدنية مما يولد لديها مشاعر سلبية من إحساس بالنقص والدونية ومقارنة نفسها بمثيلاتها النحيفات، وما يجعل الوضعية تتفاقم نظرة المجتمع غير المتقبلة والرافضة للبدانة هذا يُفعل تفكير سلبي عن الذات والجسد وتوتر اجتماعي مستمر، وبالتالي مشاعر وسلوكيات غير متوافقة مما يصعب الأمور لدى البدنيات فتفقدن الثقة في أنفسهن ويتدنّى مستوى تقديرهن لذاتهن.

وتؤكد الدراسات والبحوث التجريبية على ضرورة الاهتمام ورعاية هذه الحالات والتكفل بها من مختلف النواحي الغذائية والطبية والنفسية، وبما أننا نهتم بالجانب النفسي للأفراد سنحاول عرض أهم العلاجات النفسية التي حققت نجاحات كثيرة، والمتمثلة في العلاج المعرفي السلوكي، وسنحاول بناء برنامج علاجي من خلال مختلف المعلومات والمعارف المجمعّة في الفصل الموالي.

فصل العلاج المعرفي السلوكي

. فصل العلاج المعرفي السلوكي

- تمهيد

- نظرة تاريخية

- التيار السلوكي

- التيار المعرفي

- تعريف العلاج المعرفي السلوكي

- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

- العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي

- الإطار العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي

- فنيات العلاج المعرفي السلوكي

- الحميات والتقنييد المعرفي

- العلاج الجماعي

- خلاصة

- تمهيد:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي طريقة علاجية نفسية تعتمد على التفاعل النشط وتبادل الخبرات والمحادثة بين المفحوص والمعالج، بهدف مساعدة المريض على إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية، وجعلها طريقة أكثر إيجابية وواقعية، فحسب النظرية المعرفية السلوكية فهي تتمثل في نظرة ثلاثية الأبعاد البعد معرفي أي الأفكار والمعتقدات، وبعد وجداني أي المشاعر والانفعالات، وبعد سلوكي أي الأفعال وردودها، وكل من هذه الأبعاد تتفاعل وتؤثر في بعضها البعض بطريقة مستمرة.

فهذا العلاج يركز على تغيير التشوهات المعرفية والسلوكية، ولقد صُمم في البداية لعلاج الاكتئاب ونظرا لنجاحه تم توسيعه على مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية، فهو يركز على المشاكل الحالية وليس المشاكل والقضايا التي حدثت في الماضي، فهذا العلاج يساعد الأفراد على التخفيف من التوتر والضغط والإحساس بالضيق، وذلك بتعلم مهارات جديدة وتعلم كيفية إدارة ظروف الحياة ومواجهة صعوباتها بطريقة أفضل، في هذا الفصل سنهتم بدراسة مختلف المعلومات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي، وكيف يمكن أن يطبق في علاج مرض البدانة لمساعدة حالات الدراسة على تغيير طريقة تفكيرهن، ومشاعرهن، وسلوكهن لتحقيق صحة نفسية وجسدية جيدة.

-1- نظرة تاريخية:

إن تطور العلاجات السلوكية، وبعده العلاجات المعرفية حدث أولا في الدول الأنجلوساكسونية، وفي أوروبا الشمالية في بداية 1960، وبعدها انتشرت في جميع أنحاء البلدان المتقدمة، ويشهد على ذلك الطابع الدولي والمتعدد الجنسيات من البحوث، والمقالات التي تم نشرها، وتواجدت في فرنسا منذ بداية سنة 1970 من خلال جمعيات خاصة منها الجمعية الخاصة للعلاج السلوكي، والمعرفي، والتي تأسست سنة 1972، والجمعية الفرانكفونية للبحث والتكوين في العلاج السلوكي والمعرفي المؤسسة سنة 1994 هاتان الجمعيتان تقومان بتكوين قاعدي، ومستمر في شكل حلقات عمل، ومؤتمرات كل منها تقدم دليلا للمعالجين موجها لمهن الطب المختلفة (Réctor Neil A, 2010, p. 2)

ويفترض العلاج المعرفي السلوكي أن كل فرد يستحضر في الموقف نفسه مدى مختلفا من المشاعر والاستجابات الفيزيولوجية والسلوك، وتعتبر الأفكار هي الموجهة لهذه المكونات الثلاثة حيث أنها ليست

ناشئة عن الموقف بشكل أساسي وإنما تتوقف على الطريقة التي ينظر بها كل منا للموقف نفسه، ومن ثم فقد تم الإشارة إليه منذ عصور قديمة قبل التاريخ حيث دون إبيكتيتوس Epictétus أن الناس لا يضطربون بسبب ما يملكون به من أحداث ومواقف بل بسبب نظرتهم الخاطئة تجاه هذه الأحداث والمواقف ولقد حذا حذوه في هذه الوجهة من النظر علماء العصر الحديث مثل أرنولد 1960 Arnold ، وبيك 1962 Beck ، وإليس 1962 Eliss ، وكيلي 1955 Kelly ، ولازروس 1969 Lazarus (بالمر، 2008، صفحة 29)

II - التيار السلوكي:

لقد وصف كل من ثورب وأولسون Thorpe et Olsons سنة 1997 العلاجات المشابهة للعلاج السلوكي والتي تم التطرق إليها ووصفها في الكتابات القديمة، وأشارا على سبيل المثال إلى شكل من أشكال إعادة التحسس المنهجي *désensibilisation systématique* والتي استعملها الفيلسوف John Luke في القرن 17 للحد من رهاب الضفادع لدى طفل صغير هذا الأخير تم مساعدته على الاقتراب من موضوع خوفه تدريجياً (Sophie, 2005, p. 5)

إن أول من أدخل كلمة السلوك هو بلاز باسكال blaise pascal في اللغة الفرنسية الكلاسيكية فكلمة السلوكية *behaviourisme* أخذت من الأدب الإنجليزي وأدخلت في فرنسا من خلال كتابات كل من نافيل Naville وبعد ذلك تيلكين tilkin سنة 1945 حيث أن هذه الكتابات استعرضت أعمال واطسون watson سنة 1913 حيث تنص أن واطسون قام مع زميله رينار Rynar بتجربة إشرافية للخوف لدى الطفل المشهور ألبرت Albert وأن ماري كوفر Mary Couver أول من قامت بتجربة توقيف الإشراف لدى طفل أحدث لديه رهاب (Cottraux, 2001, p. 14)

لقد اعتبر واطسون أن المخ والجهاز العصبي علبة سوداء لا يمكن دراستها ومعرفة مكوناتها وإنما انحصر عمله في تحديد المثير، والاستجابة وما تتركه هذه الأخيرة من أثر في محيط الفرد (Westen Drew, 2001, p. 21)

قامت ماري كوفر سنة 1924 بتجربة علاجية سلوكية حيث عرضت أطفالاً تدريجياً إلى موضوع خوفهم مع مكافئتهم حين ذلك مع تمكينهم من رؤية أطفال آخرين تعرضوا لنفس المثير ولم يظهر عليهم أي خوفهم، وقام وولب wolpe بتنظيف مبدأ الثواب والعقاب حين التعرض للموضوع المثير للخوف سنة 1952 وبين

الباحث سالومون Salomon الفكرة التي تنص على أنه إذا كان التعرض للمثير المخيف تدريجياً وأكثر من مرة فإن الخوف سيختفي تدريجياً (Cottraux, 2001, p. 17)

إن التيار السلوكي يرى أن السلوك متعلم ومكتسب، فالمرض النفسي بالنسبة لهذا التيار هو تعلم غير سوي وتراكم لسلوكات خاطئة ومتعلمة من المحيط الذي يتفاعل معه مما يسبب له ظهور أعراض نفسية مرضية، حيث تستند المدرسة السلوكية على نظريات التعلم المتمثلة في الإشراف الكلاسيكي لبافلوف والإشراف الإجرائي لسكينر skinner ونظرية التعلم لـ باندورا Bandera ولقد ظهر ذلك في عام 1926 من قبل بافلوف، فالإشراف الكلاسيكي له أثر التنفيذ لاستجابات الجهاز العصبي اللاإرادي وهو يتألف من ربط مثير محايد مثلاً جرس وتقديمه بفواصل ربع ثانية قبل مثير غير مشروط مثال على ذلك الطعام حيث يتم تشغيل استجابة اللعاب لدى الكلب، إن المثير المحايد يحفز مباشرة الاستجابة، فمجموعة الاستجابات العاطفية والانفعالية والمادية تقع نتيجة هذا الإشراف من خلال مثير محايد مثل مكان أو صورة أو تاريخ أو كلمة فكلمها ترتبط تلقائياً مع أحداث عاطفية (TCC, 2011, p. 173)

وحسب نظرية الإشراف الكلاسيكي فإن استجابة القلق لموضوع أو موقف يتطور ثانوياً بالارتباط بين الخوف والموقف المثير المعاد وبهذه الطريقة يطور الطفل بين سن 6 و 12 سنة تجنباته للأكل والطعام أي الطعام الذي علق في بلعومه يوماً والذي لم يتم هضمه، فيصبح مصدر تجنب حتى لو كان يستمتع به ويعجبه قبلاً (Sason, 2010, p. 4)

ثم جاء التيار الوولبي wolpe سنة 1952 حيث قام wolpe joseph بدراسة حول إحداث والقضاء على رد الفعل العصابي للنور لدى القط ومن خلال أعماله وأبحاثه أوجد مبدأ نظرية الكف المتبادل l'inhibition réciproque والتي تتلخص في إذا كانت هناك استجابة كف القلق يمكن أن تصدر في حضور المثير المسبب للقلق فسوف يضعف الرابط بين هذه المنثيرات والقلق.

إن موقف وولب هو طبيعياً موقف بافلوفي فالقلق العصابي يعتبر رد فعل إشرافي يجب القضاء عليه فالعلاج يرتكز على كسر الرابط الإشرافي بين بعض المواقف واستجابة القلق من خلال تقنيات علاجية مبنية على الكف المتبادل (Ladouceur, 1980, p. 8)

أما الإشراف الإجرائي فهو يصف التطور والمحافظة على استجابات حركية ولفظية، ولقد تم وصفه من طرف سكينر سنة 1971 فالكائن يعمل على البيئة والآثار المترتبة عن الفعل تؤدي به إلى تغيير سلوكه وعليه سوف يكرر أو يحدف بعض الاستجابات، فالأفعال تعزز بنتائجها .

إن الصياغة الكافية من التفاعل بين الكائن الحي ومحيطه يفرض تحديد 3 مستويات من التحليل

الوظيفي:

الظروف التي تحدث فيها الاستجابة أي المثير الذي يدفع الفرد لأن يفعل.

. الاستجابة نفسها.

. النتائج التي لها أثر التعزيز، فالفعل الذي لديه نتائج إيجابية سيميل إلى التكرار وعلى العكس أمام نتائج سلبية للفعل الفرد هنا سيميل إلى سلوكيات التجنب أو الهرب من المواقف المزعجة (TCC, 2011, p. 175)

إن الإشراف الإجرائي يوضح كيف يحدد السلوك من خلال الأثر الناتج أي الأثر الذي شعر به الفرد من قبل أو تصوره أو لاحظته عند الراشدين، فهناك علاقة وظيفية بين السلوك ونتائجه والمسمى التعزيز reinforcement في الحياة اليومية، هذه الآلية تستعمل في جميع التقنيات التعليمية والتربوية كما هو الحال في تعلم اللغات ولكن كذلك في استراتيجيات مراقبة الوزن، فإذا كان الوزن يبدو مفرطاً على الميزان فهنا الشخص سيسعى للتقليل من الغذاء حتى ينخفض وزنه (Sason, 2010, p. 5)

ثم جاءت بعد ذلك نظرية التعلم الاجتماعي ومبدأها هو التعلم عن طريق تقليد نماذج فلقد بين باندورا Bandera سنة 1977 على الصعيد التجريبي أهمية التعلم بتقليد النماذج وهذه المبادئ تم تمديدها إلى المشاكل العيادية، فالتقنيات المسماة بالنمذجة تستعمل خاصة في تطوير المهارات الاجتماعية من خلال لعب الأدوار فالمريض يستوحي من النموذج ليعطي روايته الخاصة، فهذا التقديم يمكن تصويره ومناقشته بين المعالج والمريض فيعرض النموذج من خلال المعالج الذي يلعب المسرحية أمام المريض أو من خلال برنامج تعلم مسجل على شريط بعد دراسة متأنية والتكيف مع المشاكل المحددة لدى المريض (TCC, 2011, p. 176)

يعمل التعلم الاجتماعي منذ طفولتنا فنحن نقوم بتقليد نموذج على الدوام، ونكرر ذلك بفحص النتائج ومن تم نصحح ذلك بناء على ما نريد تحقيقه وحسب السلوك الغذائي، فلقد تعلمنا بتقليد أقرابنا من خلال

ملاحظتنا لهم ومشاهدة انفعالاتهم المعبر عنها من خلال وجوههم عند الأكل والاستماع إلى نصائحهم وجميع أنواع المعلومات اللفظية وغير اللفظية، فالآباء هم النموذج الأول ثم يليه الزملاء والأصدقاء (Sason, 2010, p. 6)

وحسب التيار السلوكي فالتحليل التجريبي للسلوك يتم من خلال دراسة تعزيز الطوارئ études des contingence de renforcement فإن الدوافع والعواطف وردود الأفعال الفيزيولوجية وكذلك المعارف ما هي إلا آثار لتعزيز الطوارئ التي تشكلها من الخارج وإعادة ترتيب حكيمة للعالم الخارجي تكفي لتغييرها بطريقة ملائمة باستعمال المعززات الجيدة (Cottraux, 2007, p. 5)

إن الهدف الرئيسي للنظرية السلوكية هو التحليل الوظيفي للسلوك وذلك من خلال تحديد المثيرات السابقة والحالية في علاقة السبب أي المثير بالأثر أي الاستجابة وذلك بين مجموعة من السلوكيات ومجموعة من الأحداث (Otéro, 2003, p. 216)

يمكننا أن نعقب على التيار السلوكي بأنه اهتم خصوصا بدراسة السلوك الظاهر والقابل للملاحظة ومحاولة إحداث تغيير فيه دون الأخذ بعين الاعتبار الحياة النفسية والعاطفية للأفراد، فالسلوك حسب هذا التيار هو استجابة أو رد فعل لمثير ما في المحيط الخارجي للفرد فهو متعلم ومكتسب، وليس للعوامل الداخلية النفسية دور في إحداثه، فالتيار السلوكي يركز على التحليل التجريبي أو التحليل الوظيفي للسلوك المتعلم من البيئة المحيطة، والخارجية للفرد حيث يهتم هذا المنهج بتغيير السلوكات المضطربة إلى سلوكات متكيفة ومقبولة من المحيط الخارجي ومن الفرد ذاته، ويلعب دور التعزيز في عملية التعلم دورا هاما في تعديل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مقبول، فعندما يتم تأييد السلوك الجيد ودعمه يتعزز ويصبح مكتسبا.

III- التيار المعرفي:

لم يسلم العلاج السلوكي من الانتقادات التي وجهت إلى منهجه ومن ذلك تجاهله للبعد البسيكولوجي الإنساني بالخصوص العلاقة بين التفكير والانفعال وتأثيرهما على السلوك (كامل، 1990، صفحة 27).

فبمعزل عن العلاج السلوكي، تطور التيار العلاجي المعرفي حيث نشأ هذا العلاج عن محللين نفسانيين غير راضيين عن نتائجهم العلاجية، والتي كانت تركز على العالم الداخلي لمرضاهم وكان أولهم

ألبرت إليس Albert Ellis وهو أول أعمدة العلاج المعرفي والذي كان أول من استعمل هذا المفهوم

(EMC, 2014, p. 40)

فالتيار المعرفي يعتبر التيار الثاني والذي يتوافق مع الثورة المعرفية بين سنتي 1970 و 1990 ولقد ركز هذا التيار على المعرفة الواعية فالعلاج العقلاني الانفعالي لألبرت إليس 1962 درس من خلاله أنظمة المعتقدات غير العقلانية الواعية وما قبل الواعية للمريض وذلك لتغييرها، فتوصل إلى استنتاج عام وهو أن السلوك العصابي هو سلوك شاذ منفذ من طرف شخص ذكي وهذا الشذوذ يأتي من الصورة المضخمة التي كونها الأفراد عن أنفسهم، والهدف العام من العلاج هو التقبل غير المشروط للذات وعلى الفرد أن لا يحكم على ذاته مثلا "أنا فاشل" ولكن أن يأخذ بعين الاعتبار النسبية لأحداث حياته مثال "لقد فشلت في يوم كذا في الامتحان كذا"، إليس اقترح هنا مقارنة براغماتية لإعادة البناء المعرفي والذي نال نجاحا كبيرا في الأعمال الإكلينيكية (Cottraux, 2007, p. 16)

ويعتبر بيك Beck من جامعة بنسلفانيا في أوائل الستينات هو من أسس العلاج المعرفي كعلاج منظم ومختصر متمركز حول الحاضر لمرضى الاكتئاب، وهو موجه أساسا للتعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه Beck 1964 ومنذ ذلك التاريخ نجح بيك وآخرون في تكيف هذا العلاج وتعديله لمعالجة مجموعة من الاضطرابات النفسية بطريقة مدهشة.

فالنموذج المعرفي يفترض أن التفكير المشوش والسلبي الذي يؤثر على المشاعر وسلوك المرضى هو الغالب في معظم الاضطرابات النفسية وأن التقييم الواقعي وتعديل التفكير يؤدي إلى تحسن في المزاج والسلوك واستمرار التحسن ينتج عنه تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المريض (أرون، 2007، صفحة 17)

ويشير إليس Ellis 1961 إلى إن أسلوب التفكير الخاطئ والسلبية عن الذات يؤثر في سلوك الفرد بالسلب، فان كان التفكير واقعي والنظرة موضوعية فالنتيجة تكون تقديرا مرتفعا للذات، وإذا كان هذا التفكير غير عقلائي فان الاضطراب الانفعالي هو المتوقع ومصاحب لتقدير ذات منخفض (معتز، 2000، صفحة

(10)

ويوضح بيك 1976 beck أن المشكلات النفسية هي نتيجة الاستجابات غير الصحيحة لمعلومات غير صائبة و لعدم التمييز بين الخيال والواقع، وهذا يؤدي إلى تقدير الذات بصورة سلبية كما أن السلوك يكون مضطرب ويؤدي إلى الفشل لأنه مبني على اتجاهات غير عقلانية (معتز، 2000، صفحة 112)

IV- تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

1- تعريف بيك BECK العلاج المعرفي السلوكي: هو مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك وهي العمليات المعرفية من تفكير وتذكر وتخيل وإدراك، وهي على علاقة مباشرة في تعديل هذه العمليات لإنتاج تغيير في السلوك المختل الذي ينتج عن تفكير منحرف (الخالدي، 2009، صفحة 82)

2- تعريف موسوعة علم النفس وتحليل النفسي: يعرف بأنه تلك العمليات العقلية التي يصبح الفرد بمقتضاها واعيا ببيئته الداخلية والخارجية وعلى الاتصال المستمر بها والعمليات المعرفية هي الإحساس والإدراك والانتباه والتفكير والربط والحكم والتفكير والوعي (الحفني، 1976، صفحة 523)

3- تعريف كوترو CAUTTREAUX للعلاج المعرفي السلوكي: هو علم النفس العلمي في العلاج النفسي، يتم ذلك من خلال استخدام المنهج التجريبي لفهم وتعديل الاضطرابات النفسية التي تقصد حياة الأفراد وهذا يستدعي تدخل المختصين في الصحة النفسية (Cauttreux, 2011, p. 3)

4- ويعرفه علوي وزغبوش على أنه العلاج الذي يركز على حل المشكلات والصعوبات الآتية عوض من التركيز على الاضطرابات وأعراضها في الماضي وهو يعتمد على ثلاث مسلمات مهمة حسب كلارك رينك: البساطة، الاعتماد على البعد التجريبي، الفائدة والفعالية الإكلينيكية (عيسى، 2009، صفحة 79)

V . مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يتأسس العلاج المعرفي السلوكي على مجموعة من المبادئ وحسب هذه المقاربة فالمشاكل التي يعاني منها الأفراد هي نتيجة معتقداتهم وأفكارهم وليس بسبب الأحداث فهذا العلاج يركز على التخفيف من حدة المعتقدات والأفكار السلبية للتخفيف من واقع المعاناة النفسية ومن أهم مبادئ هذا العلاج مالي:

1- أن الاضطرابات الانفعالية هي نتيجة أساليب التفكير الخاطئة فهناك علاقة تبادلية والعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة.

- 2- إن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة، يتعلمها الأفراد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي، وبالتالي فإن الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعاني هي على علاقة بالانفعالات والسلوكات المختلفة وظيفياً.
- 3- إن المعارف المختلفة وظيفياً تعبر عن وجهه نظر الأفراد عن واقعهم وهي عبارة عن تحريفات معرفية سلبية وغير واقعية عن الذات والعالم والمستقبل، فتعديل هذه الأبنية المعرفية للأفراد أسلوب مهم في إحداث تغيير في الانفعالات والسلوك.
- 4- إن التحريفات المعرفية يتم استئثارها غالباً عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة ويتم الإبقاء عليها من خلال الإدراك الثابت للمخططات.
- 5- إن المخططات المعرفية المسؤولة عن تقييم الخبرات الجديدة وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها فهي تنمو باكراً في الحياة وتتشكل عن طريق الخبرات المؤلمة.
- 6- إن المخططات المعرفية المختلفة وظيفياً هي المسؤولة عن الاضطرابات النفسية فتتغير هذه الأفكار ويترتب عليها تغيرات في الانفعالات والسلوكات (حسين، 2007، صفحة 164)
- وهناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس الاتجاه المعرفي السلوكي في العلاج وتتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منها من جوانب وتتمثل تلك المبادئ فيما يلي:
- أ . المعالج والعميل يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
- ب . المعرفة لها دور أساسي في معظم مراحل التعلم الإنساني.
- ج . المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة تبادلية على نحو سببي.
- د . الإتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.
- ذ . العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية (عادل، 2000، صفحة 23)

VI- العلاقة العلاجية :

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على ما يعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمريض وهي العلاقة التي تلعب دوراً أساسياً في العلاج ويشترط فيها وفي ضوء هذا الأسلوب العلاجي أن تكون تعاونية، وفي هذا الإطار تتضمن العلاقة العلاجية ثلاثة مكونات أساسية هي:

1- الاتفاقات: ما تشير إلى تلك الارتباطات بين الشخصية التي تنشأ ويتم عقدها بين الطرفين.

2- الأهداف: وتشير إلى ما يرغبان فيه الطرفين لتحقيقه في إطار العملية العلاجية ككل.

3- المهام: وتشير إلى تلك الأنشطة التي يتم أداءها من جانب كلا الطرفين والتي تعمل على تحقيق الأهداف التي ينبغي أن يحققها المريض من خلال العملية العلاجية (TCC، 2011، صفحة 179)

VII- الإطار العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي:

يتم في عدة خطوات: تحليل الحافز analyse motivationnelle أي ماذا يريد ويرغب المريض في تغييره؟ والتعريف بأهداف العلاج.

- إقامة علاقة علاجية تعاونية، فالعقد العلاجي يجب أن يكون جيداً حتى تكون العملية العلاجية جيدة.

1- العقد العلاجي:

فهو يعتبر إجماع حول الأدوار المنتظرة وأهداف العلاج، فهو يبنى بالمشاركة مع المتعالج فهو يوضح الأهداف المرجوة، والوسائل التقنية المساعدة للوصول إلى الهدف، وهذه الوسائل يمكن أن تكون استراتيجيات علاجية ومعرفية، ومقابلات تركز مثلاً على الإشراف الإجرائي، والعقد العلاجي يحتوي على عدة عناصر منها:

- متى (وقت، ريثم الحصص، أو المدة الكاملة)

- كيف وأين (مثلاً في مكتب، مع حصص مدتها 45 دقيقة)

- الواجب فعله أو القيام به (تعلم الاسترخاء للتخفيف من التوتر)

- ما هو العلاج الواجب استخدامه (التقنيات العلاجية)
- مدة العلاج (الوقت يقدر حسب الظروف المتاحة لكل متعالج)
- الثمن (الأوقات والإمكانات للتكفل تناقش مع المتعالج) (CHRISTINE M, 2006, p. 125)

2- المقابلة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم المعالج بوضع تصور للمشكلة التي يعاني منها المريض حسب النظرية المعرفية السلوكية، حتى يقوم بالتشخيص الوظيفي، فالمقابلة المعرفية والسلوكية لها إطار منظم وتتكون من ثلاث أجزاء هي:

- موجهة لمعرفة الصعوبات والاستراتيجيات التي أمكن للمتعالج استخدامها أو عدم استخدامها.
- موجهة لتحليل وضعية مبررة.

- مراجعة ما تم تداوله في سير المقابلة وشرح الواجبات التي يجب انجازها.

- والمعالج يتدخل من خلال الأسئلة السقراطية حتى يتمكن المتعالج من التوصل إلى حل من خلال التفكير في المواقف المحرجة (CHRISTINE M, 2006, p. 13)

3 . التحليل الوظيفي Analyse fonctionnelle:

وهو دراسة المثيرات القبلية والبعديّة التي تسبق السلوك والتي تتبعه وذلك للتعرف على مدى تأثيرها على قوة السلوك ومدى تكرار السلوك للتحكم بها لصالح خطة تعديل السلوك (العظيم، 2014، صفحة 35)

وهو وقت خاص من العلاج السلوكي المعرفي، وليتم انجازه يتوجب التكوين فيه فهو طريقة جديدة في المجال العيادي لتحليل اضطرابات السلوك، وهناك نماذج مختلفة مقترحة تستخدم كمخطط للمقابلة، وحتى يتحقق هذا التحليل يقترح كل من كنفر و ساسلو في 1969 SASLOW & KANFER خطوة بعدة مراحل وهدفها البحث عن العوامل الآنية المسيطرة على السلوك المشكلة وعليه فهذا التحليل يمكننا من تحديد ما هي السلوكيات المراد تغييرها، ومعرفة في أي ظروف تم اكتسابها والإحاطة في النهاية على العوامل المحافظة على هذه السلوكيات، وبرامج التحليل تضم سبعة مراحل هي:

أ - فحص المشكلة

ب - توضيح الوضعية المشكلة

ج - تحليل التحفيز

د - التحليل التتموي

ذ - تحليل السيطرة الذاتية

ز - تحليل العلاقات الاجتماعية

س - تحليل المحيط الاجتماعي والثقافي والفيزيولوجيا (CHRISTINE M, 2006, p. 21)

إن اغلب المعالجين مع أن لديهم خبرة لا يتبعون النماذج الكبرى للتحليل فالأغلبية يهتمون بما يمكن للمتعالج القيام به، وما لا يمكن القيام به، وما هو السلوك الذي دفع به للاستشارة، وفي ضوء طبيعة السلوك المشكلة

يبحث المعالج على المعلومات ويعيد صياغة المواقف التي وصفت، ومن خلال الفرضية الوظيفية

يقترح برنامج علاجي (CHRISTINE M, 2006, p. 25)

فهو خطوة حاسمة من خلاله تدرس العلاقة بين السلوك المشكلة والأفكار، والانفعالات، والمحيط الاجتماعي، والجسدي وذلك بطريقة تجعل الفرد يتكيف عن طريق المبادئ العامة استنادا على نظريات التعلم والنظريات المعرفية، نستعمل في التحليل الوظيفي شبكات تحليلية وظيفية تمكن من فهم كيف يتصرف الفرد نحو السلوك المشكلة الحاضر وكيفية تنفيذه والحفاظ عليه في الماضي وهذا يوجه النهج العلاجي من خلال فرضيات شائعة لدى المريض والمعالج وهذا فيما يخص العوامل المفجرة والمحافظة على الاضطراب (TCC, 2011, p. 179)

VIII- فنيات واستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي:

من أهم استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي إعادة البناء المعرفي التي تستخدم تعديل الأفكار أو المخططات غير تكيفية، بالإضافة إلى التنظيم الانفعالي الذي يمثل الاستراتيجيات في التوسط، التوسط في

الحب، التوسط في العطف، مع تعديل السلوك الموجه نحو المكونات السلوكية للاستجابة، والتدريب على الاسترخاء والتنفس لتعديل الأعراض الجسمية المصاحبة للأمراض النفسية (هوفمان، 2012، صفحة 17)

ومن بين الاستراتيجيات كذلك تحديد الأفكار السلبية التلقائية والعمل على تصحيحها من خلال مناقشة الأحداث والخبرات الانفعالية واستخدام التخيل لتذكرها، المراقبة الذاتية أي المتصل المعرفي أي كيف ينظر الفرد لنفسه مقارنة مع الآخرين، الجدل المباشر، التعرض المباشر للمثير تدريجياً، التعرض التخيلي، الواجبات المنزلية، الضبط الانفعالي والسلوكي من خلال صرف الانتباه أي تشتيت الانتباه (الغامدي، 2011، صفحة 32)

XI – الحميات والتقييد المعرفي les régimes et restriction cognitive :

إن كل بدين خاضع لضغوط الحمية المبكرة يمكن أن ينقلب إلى فئة الأفراد التي تعاني من اضطرابات التغذية حيث يمكن أن يطوروا مشاكل حقيقية نفسية مرضية ويمكن أن تصبح هذه البدانة مقاومة، فالحمية غالباً ما تواجه كبها، والذي يدفع الفرد للبحث عن حلول أخرى، فكيف يمكن تفسير هذا الكبح ؟

إن مصطلح التقييد المعرفي الموصوف في 1975 من طرف بيتر هيرمان Peter Herman جانيت بوليفي Janet Polivy يوضح لنا أن الشخص الأكل في التقييد المعرفي يستعمل أغذيته كأداة لخدمة رغبته في التثيف.

وحسب ابفلدورفر Apfeldorfer و زرماتي Zermati توجد أربعة مراحل في التقييد المعرفي :restriction cognitive

1. الإحساسات المتعلقة بالتغذية تكون مدركة لكنها متجاهلة عمدا " أعرف أنني جائع لكن قررت عدم الأكل"
2. الإحساسات المتعلقة بالتغذية تكون مدركة لكن احترامها مستحيل " أعرف أنني لست جائعا لكني لا اقدر منع نفسي من الأكل " فسلوك التغذية موجه من خلال الانفعالات مثل الغضب والرغبة والخجل والإحساس بالذنب.

3- الإحساسات المتعلقة بالتغذية تكون غير مدركة " لم أعد أعرف إذا كنت جائعا أو أنني أكلت كثيرا"، فالسيطرة العقلية تصبح المسيطر الوحيد لسلوكات التغذية لكي لا ينحرف نحو الاستهلاك المفرط للأكل.

4. سلوك التغذية مستسلم لسيطرة الانفعالات، والفرد يتأرجح بين مرحلة السيطرة ومرحلة فقدان السيطرة لسلوكات التغذية لديه وهذا يقوده إلى اختلال تام على مستوى التغذية مع اضطرابات تغذية ظاهرة.

5. التغذية تصبح فعلا فكريا منقطعا عن إحساسات التغذية للجوع والشبع وعلاقة الفرد بالتغذية تغرقه في لاعقلانية تامة (Appart, 2007)

X- العلاج الجماعي:

1- تعريف العلاج الجماعي:

هو محاولة لتغيير من السلوك المضطرب للمرضى وتعديل نظرتهم الخاطئة للحياة ولمشكلاتهم من خلال وضعهم في جماعة، بحيث يعمل التفاعل الذي يتم بينهم من جهة وبينهم وبين المعالج من جهة أخرى إلى تحقيق الأهداف العلاجية (عسكر، 2000، صفحة 319)

أ - مفهوم العلاج الجماعي المعرفي السلوكي: يعرف على أنه علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلتهم واضطراباتهم في جماعة علاجية صغيرة ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد من تفاعل وتأثير متبادل بينهم وبين المعالج مما يؤدي إلى تغيير السلوك المضطرب (سري، 2000، صفحة 133)

ب - حجم الجماعة:

- يتوقف عدد أفراد الجماعة العلاجية على حنكة المعالج وكفاءته في قيادة الجماعة وخبرته.

- يتوقف حجم الجماعة على مدى تعقد الإجراءات العلاجية المستخدمة.

- يتوقف كذلك على عدد المعالجين فكلما زاد المعالجين كلما كان ممكن زيادة حجم الجماعة.

لا يوجد قاعدة ذهبية لتحديد حجم الجماعة لكن حسب خبرة المعالجين من أمثال لازاروس وبرنكلمان وغيرهم، فإن العدد الأفضل هو الذي يتفاوت من 8 إلى 10 أفراد (عسكر، 2000، صفحة 327)

2- أشكال العلاج الجماعي:

أ - العلاج الجماعي المفتوح:

هو العلاج الذي يكون مفتوح لأعضاء جدد، يعني إذا خرج عضو يمكن أن يدخل عضو آخر في المجموعة، ويقوم المعالج بتحضير المشتركين عن طريق مقابلات فردية من أجل اختيار أفراد المجموع ، والتحضير المسبق للنموذج المعرفي السلوكي يكون مهم، وتقدم تعليمات حول النموذج العلاجي قبل الشروع فيه.

ب - العلاج الجماعي المغلق:

هذا النوع من العلاج لا يدخل فيه أعضاء جدد ويكون حول موضوع معين، ومشكل مشترك، وتقدم معارف محددة للمشاركين في العلاج، ويجب على المعالج الأخذ بعين الاعتبار البرنامج وجدول الأعمال بكل هذا فيره بشكل دقيق (سري، 2000، صفحة 134)

ج - العلاج الجماعي لحالات تعاني من اضطرابات التغذية:

عامة هي مجموع مغلقة مكونة من 10 حالات وهو الحد الأقصى، المواضيع محددة مسبقا، جانب التغذية، إدارة العلاقات مع الآخرين، العقلنة أو المنطق المرتبط بسلوكيات التغذية إلى الخ، مدة كل حصة 90 دقيقة، مرة في الأسبوع، لمدة ثلاثة أشهر، يُفترح فيها العقد العلاجي ويمضي عليه الطرفين قبل العلاج، وأثناء الحصص كل متعالج مطالب بان يعبر عن نفسه، والمعالج يركز على تقنيات معرفية وسلوكية، وكذلك تقنيات علاجية مختلفة منها السيطرة الذاتية واستراتيجيات حل المشاكل، فمثلا السيطرة الذاتية تساعد الحالات على رفع الوعي بالأفكار السلبية التي تؤدي إلى فقدان السيطرة على المشاعر، وتعلم قدرات نفسية حول الأفكار، واستراتيجيات حل المشاكل المرتبطة بالتوتر، وأيضا تحديد المواقف أين يمكن لهذه القدرات النفسية والسلوكية تطبيقها.

والمعالج عموما يقوم بتقديم بحث صغير حول القواعد السلوكية والمعرفية، والأهداف المراد تحقيقها، وطريقة المقابلة تكون نصف موجهة بحيث يشجع المشاركة، ويسهر على عدم احتكار الكلمة من طرف احد أعضاء الجماعة.

وفي نهاية كل حصة علاجية يقوم المعالج بتقديم الواجب المنزلي مثلا المتعاجة حول اضطرابات التغذية يمكن أن تدون في السجل الأسبوعي ماذا تأكل والمشاعر المصاحبة لهذا السلوك (CHRISTINE M, 2006, p. 125)

وفي الآخر كتابة التقرير، ونتائج محتوياته هي معلومات عن الحالة مبررات تطبيق تعديل السلوك، وما هو السلوك المشكلة، والسلوك المرغوب به، وعرض نتائج التقييم ما قبل القياس وما بعد القياس، والتوصيات، وفي النهاية تكتب الخلاصة (العظيم، 2014، صفحة 38)

- خلاصة :

لقد أصبح العلاج المعرفي السلوكي من أحسن الأساليب العلاجية للاضطرابات النفسية، فهذا العلاج يعتمد على طرق وتقنيات تعتمد على أسس علمية نظرية ومنهجية مدروسة، ويمكن أن يكون فردي أو جماعي، وهو يستهدف تعديل الأفكار والمشاعر والسلوكات غير التكيفية لتغيير نظرة الأفراد عن أنفسهم والعالم والمستقبل، فالمعالج النفسي يساعد المريض على إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية، وتعديلها إلى أفكار وقناعات إيجابية واقعية، وبالتالي يخف تأثير المشاعر والانفعالات السلبية، وبالتالي يكون سلوك الفرد أكثر توافقا وتكيفا في حياته الشخصية والعملية، فعندما يتعلم الفرد سلوكيات مرغوبة، ويتخلي عن السلوكيات اللاتكيفية سيجعله متوافقا مع نفسه، ومتكيفاً مع محيطه، هذا التغير الإيجابي سيمكنه أن يعيش مرتاح نفسياً وجسدياً، بالإضافة إلى ذلك تقديره لذاته سيتحسن وتزداد ثقته بنفسه.

إن لمرض البدانة آثارا جسيمة على نفسية المرأة البدينة وعلى تقديرها لذاتها، وما يجعل الأمر سيئا هو إمكانية الإصابة بالأمراض المزمنة التي ستعيقها عن أداء أقل النشاطات اليومية، وبذلك تكون عرضة لإمكانية الموت المبكر.

وانطلاقا من هذا الواقع الذي تعيشه المرأة البدينة سنحاول أن نتدخل بواسطة المقاربة المعرفية السلوكية بهدف مساعدة الحالات على تكوين نظرة إيجابية عن ذواتهن، واسترجاع ثقتهن بأنفسهن، ومحاولة تخفيض أوزانهن، وبالتالي تكوين تقدير ذاتي في صورة أكثر إيجابية، وهذا ما سنتناوله في الفصل الموالي الخاص بمنهجية البحث وبناء برنامج علاجي يتوافق مع متغيرات البحث والدراسة الميدانية من خلال الدراسة الاستطلاعية والأساسية.

الجانب التطبيقي

. الدراسة الاستطلاعية

. أهدافها

. حدودها

. إجراءاتها

. نتائجها

- تمهيد:

قبل أن نبدأ في الدراسة الأساسية، كان يجب علينا القيام بدراسة أولية أي استطلاعية لزيادة معرفتنا وألفتنا بموضوع البحث، فالدراسة الاستطلاعية هي اللبنة الأولى للدراسة الميدانية ونقطة انطلاق البحث العلمي الميداني وخطوة تمهيدية للبحث والدراسة الميدانية، ويستخدمها الباحث لتساعده على جمع المعلومات حول موضوع بحثه، وذلك بهدف التعرف على ميدان البحث وعلى عينة البحث، وعلى إمكانية تطبيق وتجريب أدوات البحث، ومحاولة إيجاد حلول للمشكلات.

وانطلاقاً من إيماننا القوي ببحثنا لجأنا إلى الدراسة الاستطلاعية ليتسنى لنا دراسة الموضوع بصورة أعمق لما بعد في الدراسة الأساسية، إلا أن هناك صعوبات واجهتنا في البداية عند استمراري على جمع المعلومات وتقديم أداة القياس وهو ظهور وانتشار وباء الكوفيد 19 وفرض القواعد الاحترازية من تباعد ووضع الأقنعة، وتعقيم اليدين، وغلق كل المرافق التي يمكن أن تكون فيها تجمعات ومنها القاعات الرياضية، والتوقف لمدة طويلة عن إتمام العمل الاستطلاعي وتأجيله لحين تحسن الأوضاع الصحية وفتح المرافق الرياضية في مختلف ربوع الوطن وخاصة مدينة المحمدية التي تمثل محل سكني.

1 - أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- التعرف على ميدان البحث وعلى العينة.

- التعرف على أدوات البحث وضبطها.

- التعرف على الصعوبات التي قد تواجهنا في الدراسة الاستطلاعية لتفاديها أثناء الدراسة الأساسية.

- بناء وتطبيق مقياس يقيس تقدير الذات من إعداد الباحثة على عينة من بلدية المحمدية ولاية معسكر.

- بناء برنامج علاجي نفسي معرفي سلوكي لمساعدة الحالات البدينة على تخفيف الوزن وملاحظة تأثير هذا البرنامج على تقدير الذات لديهن.

II . حدود الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على مستوى بعض قاعات الرياضة بدائرة المحمدية بولاية معسكر، وامتدت الدراسة من 06 جانفي/2022 إلى 30 مارس/2022.

1. العينة:

يعرفها محمد سرحان المحمودي أنها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة، يتم اختيارها بطريقة مناسبة وإجراء الدراسة عليها، ومن ثم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل المجتمع الدراسة الأصلية (المحمودي، 2019، صفحة 160)

ولقد اخترنا في دراستنا هذه عينة قصدية لأنها تخدم غرض البحث الذي نحن بصدد إعداده، ولقد أشار المحمودي بأن "العينة سميت بهذا الاسم نظرا لأن الباحث يقوم باختيارها طبقا للغرض الذي يستهدف تحقيقه من خلال البحث ويتم اختيارها على أساس توفر صفات محدد في مفردات العينة وتكون هي الصفات التي تتصف بها مفردات المجتمع محل الدراسة" (المحمودي، 2019، صفحة 176)

* ولقد تكونت العينة محل الدراسة من 32 امرأة راشدة، واللاتي تعانين من ارتفاع الوزن والبدانة.

III . إجراءات الدراسة الاستطلاعية: ابتداء من 06/جانفي/2022 إلى 30 /مارس/2022.

قامت الطالبة بطلب إذن من إدارة الجامعة لما بعد التدرج، من أجل القيام بالجانب التطبيقي من المذكورة، حيث توجهت الطالبة إلى القاعات الرياضية المتواجدة بالمحمدية ولاية معسكر بالطلب السابق الذكر حتى تتم الموافقة عليه، والسماح لها بإجراء الدراسة الميدانية على مستوى القاعات الرياضية بدائرة المحمدية المذكورة أسمائها التالية:

- القاعة الرياضية 18 أفريل.

- القاعة الرياضية المتعددة الرياضات.

- القاعة الرياضية الخاصة جلابت.

- القاعة الرياضية الخاصة سايج.

- القاعة الرياضية الخاصة بلباي.

لقد تم العمل والبحث بمساعدة مدربات الرياضة المتواجدين على مستوى القاعات الرياضية، حيث أشارت الطالبة إلى مواصفات العينة والتي تمثلت في حالات تعاني من البدانة، ومؤشر الكتلة يفوق 25% ، ولقد حددت المدربات الحالات البدنية التي تمارس الرياضة بصورة مستمرة، وتم التحدث إليهن عن البدانة وعن تأثيراتها الصحية.

طلبت الطالبة المساعدة من النساء، ومشاركتهن في هذا البحث، وأنها ستحترم رأي كل من ستفرض المشاركة في هذا البحث العلمي فهي لا تجبرهم على ذلك.

وطرحت الطالبة بعض الأسئلة المفتوحة على المدربات والنساء حول الأسباب التي أدت بهم إلى البدانة، ومدى تأثيرها على نفسيتهن ومشاعرهن منها ما يلي:

. ماهو السبب في الإصابة بالبدانة؟

. كيف تترين جسدك؟

. هل أنت راضية عن جسدك؟

. هل وزنك الزائد يؤثر على مشاعرك ونظرتك لنفسك؟

. هل سبق وأن فكرت في إنقاص وزنك؟ كيف ذلك؟

. هل يؤثر وزنك الزائد على شعورك بأهميتك وأدائك؟

* إستنتاج: من بين أهم الأسباب المؤدية لارتفاع الوزن والبدانة وتأثيرها مايلي:

. سوء التغذية من خلال الإفراط في الأكل والأكل بين الوجبات الرئيسية وقلة الحركة.

. القيام بالحمية لفترة معينة ثم التوقف مما يخلف مشكل "اليويو" أي زيادة وزن إضافي على الوزن السابق

. زيادة الوزن مع كل حمل.

. التوقف عن ممارسة الرياضة من فترة لأخرى.

. التوتر والقلق النفسي نتيجة المشاكل في الحياة اليومية.

. غياب مختصين في التغذية في بلدية المحمدية.

. غياب مختصين نفسيين للتكفل بالبدانة في المحمدية.

* ومن آثارها النفسية على البدنيات أنهن غير راضيات عن أجسادهن وذلك يؤثر على نفسيتهن وعلى مشاعرهن وأفكارهن عن ذواتهن وعن أجسادهن من خلال تعليقات سلبية مثال على ذلك: " ضيعتلي حياتي هاد السمنية" " راني كازها روجي" " السمنية مرصتتي نفسيًا" " مارانيش منقبَل كاع جسمي" " عيبت ماندير في الرجيم وصبور وماقدرتش نوصل للميزان لرائي بغياته" " كرهت حياتي منيش نلقا واش نلبس" " الناس يعايروني يقولولي بقر و بوقا" " جسمي يعيا بلحف وما نقدرش نخدم بزاف" " مين نشوف النساء لعندهم لطاي أنغير ونبكي على روجي مدخل" " أنا ماكان حاله بلحف نفسل"

- في هذه المرحلة قمنا بتقديم أداة القياس المتمثلة في استبيان يقيس تقدير الذات.

1 . أداة البحث:

هو مقياس يقيس تقدير الذات من إعداد الطالبة، ويعرف فوزي غرابية المقياس " أنه أداة لجمع البيانات المتعلقة بموضوع بحث محدد عن طريق استمارة، يجري تعبئتها من قبل المستجيب، ويستخدم لجمع المعلومات والحقائق التي هم على علم بها، إضافة إلى انه يقرب الباحث من المبحوثين إذا كانوا في أماكن متفرقة " (غرابية، 2002، صفحة 71)

- ولقد استقت الطالبة بنوده من خلال القراءات والاطلاع على مختلف الاختبارات النفسية التي تقيس تقدير الذات، ولقد تكون هذا المقياس من 35 بندا يقيس تقدير الذات في بعدين البعد الجسدي والبعد الاجتماعي، يجاب عنها بأسلوب تقريرية ضمن خمسة اختيارات أو بدائل هي: غير موافقة تمامًا، موافقة نوعًا ما، محايدة، موافقة، موافقة تمامًا.

- والغاية من المقياس حسب بن مرسل هي "الحصول على معلومات دقيقة لا يمكن للباحث ملاحظتها بنفسه في مجال البحوث كون المعلومات يملكها إلا صاحبها، وتستسقى المعلومات على شكل بيانات كمية

تفيد الباحث في إجراء مقارنة رقمية أو كيفية تعبر عن آراء ومواقف المبحوثين عن قضية معينة" (مرسلي، 2007، صفحة 223)

2- تعاريف أبعاد مقياس تقدر الذات:

* **التقدير الجسدي:** يتمثل في التقييم الذاتي و مشاعر ووجهة نظر السيدة البدينة عن جسدها إيجابيا أو سلبيا.

* **التقدير الاجتماعي:** وهو تقييم السيدة البدينة عن ذاتها الاجتماعية، وذلك إيجابيا أو سلبيا، وكذلك تصورها للتقييم الذي يكونه الآخر نحوها معتمدا في ذلك على آرائهم ونظرتهم نحوها.

3- الصدق الظاهري:

تم التحقق من الصدق الظاهري من خلال تقديم المقياس لمجموعة من الأساتذة الجامعيين المتمثلة أسمائهم في الجدول التالي، وتمت الموافقة على بعض البنود و رفض بنود أخرى.

الجامعة	أسماء الأساتذة
جامعة الجزائر 2 - الجزائر	د. قهار صابرينة
جامعة عبد الحميد إبن باديس - مستغانم	د. عمار ميلود
جامعة أحمد بن أحمد - وهران	د. هامل منصور
جامعة عبد الحميد إبن باديس - مستغانم	د. كروجة شارف
جامعة عبد الحميد إبن باديس - مستغانم	د. عليش فلة

(02) جدول يمثل أسماء الاساتذة المحكمين لمقياس تقدير الذات

11	بدانتني تقلقتني لذلك أود لو أغير بعض من ملامح جسدي				
12	أشعر أنه لا فائدة مني، لأنني حاولت تخفيض وزني لكنني فشلت				
13	عندما أنظر إلى المرأة أشعر بالاشمئزاز والخجل من جسدي				
14	نظرا لوزني المرتفع أرى أن جسدي غير جذاب				
15	أتمنى لو كان لدي جسد رشيقي حتى أتلقى المجاملات حوله				
16	ينتقد بعض أفراد عائلتي شكل جسدي				
17	أشعر بالإحراج عند إظهار أجزاء من جسدي أمام الآخرين				
18	أخجل بسبب تعليقات أصدقائي حول جسدي				
19	أصبحت مدمنة على مقارنة جسدي بالآخرين				
20	أتجنب شراء الملابس التي تحدد معالم جسدي				
21	بحكم بدانتني ليس لدي مشكلة في التواصل مع الغرباء				
22	رغم بدانتني تعتقد صديقتي أنني مرحة ومن الممتع أن أكون معهن				
23	عندما أتحدث مع أبي لدي انطباع أنه يفهمني				
24	أعبر عن حبي للآخرين بصراحة لأنهم ليس لديهم أحكام عن جسدي				
25	أشعر أن ما يفكره الآخرون عني يقلقتني				
26	عندما أتحدث مع أمي لدي انطباع بأنها تفهمني				
27	أعطي أهمية كبيرة للانتقادات التي يوجهها لي الآخرون نظرا لبدانتني				
28	رغم وزني الزائد أجد الارتياح في المشاركة في النشاطات الجماعية				
29	أصبح عصبية عندما يوجهون لي انتقادات سلبية على زيادة الوزن				

					30	بدانتني تجعلني أحب العزلة على أن أشارك في النشاطات الجماعية
					31	عندما أكون في جماعة ألتزم الصمت لأنني أخشى أن يقولوا عني حماقة أو أخطأ
					32	رغم بدانتني أشعر أنه لدي القدرة على تكوين صداقات بسهولة
					33	لدي مخاوف من حضور الحفلات خاصة التي يتم فيها تصوير الحضور
					34	البداية تجعلني أشعر أنني غير مهمة في نظر الآخرين
					35	بسبب بنيتي الجسدية أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح والمناسبات الأخرى

* توجهت الطالبة لقاعات الرياضة المذكورة سابقا، وقامت بتقديم المقياس، وزعت الطالبة على النساء المقياس دون الإشارة إلى مصطلح تقدير الذات، واحتوت القائمة على التعلية، والفقرات، وشرحت الطالبة للنساء كيفية الإجابة عليها، وأكدت على عدم نسيان المعلومات الشخصية، وأكدت على ضرورة الإجابة على كل الفقرات.

* لقد وجد هذا البحث استحسان، وتقبل أغلب النساء ما عدا البعض منهن اللواتي رفضن الفكرة، ومواجهة الميزان، وكذلك الإجابة على فقرات القائمة، ولكنهن رغم ذلك طلبن البقاء للاستماع للنصائح، وانشغالات وأسئلة زميلاتهن، فلبت الباحثة رغبتهن.

بعد هذه الإجراءات قامت الطالبة الباحثة بالشرح للنساء معنى مؤشر كتلة الجسم، ومعادلته، ومتى يكون للفرد ارتفاعا في الوزن، ومتى يصنف ضمن الحالات التي تعاني البدانة.

وشرحت الطالبة الباحثة أنه بعد تفريغ المعلومات، وتصنيفها سيتم اختيار بعض الحالات للخضوع لبرنامج علاجي معرفي سلوكي يهدف إلى مساعدة البدنيات لتخفيف أوزانهن، طبعا بعد الحصول على موافقة الحالات، وأن المتابعة ستتم بعد شهر رمضان لدى مؤسسة دار الشباب، وأنا سنتصل بهن هاتفيا، ونبرمج الوقت وفقا لأوقات الفراغ لدى النساء المختارة، وستكون هذه المتابعة فردية أولا ثم جماعية في مرحلة ثانية، ولقد رحبت النساء بهذه الفكرة، في الأخير شكرت الطالبة الباحثة النساء متمنيا لهن النجاح والتوفيق.

* وفي هذه المرحلة قمنا بحساب الخصائص السيكومترية لأداة البحث حتى نتحقق من الصدق والثبات ولنتمكن من استخدامها في الدراسة الأساسية وهي كالتالي:

5- الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الذات :

1- صدق مقياس تقدير الذات:

جرى التأكد من صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي وطريقة الصدق التمييزي.

1-1 صدق الاتساق الداخلي:

جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس بطريقتين حيث طبق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من (32) فرد، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون:

- بين درجات كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.

- بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية.

وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) .

أ- الجدول التالي يوضح معاملات الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

البعد الثاني			البعد الأول		
التقدير الاجتماعي			التقدير الجسدي		
الدالة الإحصائية	معامل الارتباط	رقم الفقرة	الدالة الإحصائية	معامل الارتباط	رقم الفقرة
دال إحصائياً عند مستوى دلالة	0,454**	21	دال إحصائياً عند مستوى دلالة	0,463*	1

0.01			0.01	*	
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05	0,413*	22	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,539*	2
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,457**	23	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,728*	3
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05	0,386*	24	غير دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05	0,178	4
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,565**	25	غير دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05	0,261	5
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,497**	26	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,519*	6
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,476**	27	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,459*	7
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,507**	28	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,665*	8
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,619**	29	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,496*	9
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,856**	30	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,665*	10
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,749**	31	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,500*	11
دال إحصائيا عند مستوى دلالة	0,466**	32	دال إحصائيا عند مستوى دلالة	0,686*	12

0.01			0.01	*	
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,491**	33	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,472*	13
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,530**	34	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,621*	14
دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,633**	35	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,612*	15
			دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,688*	16
			دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,495*	17
			دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,656*	18
			دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,595*	19
			دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01	0,463*	20

(03) جدول يوضح معاملات الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.

- معاملات الارتباط بين كل فقرة و البعد المنتمية إليه:

(*) معامل الارتباط (ر) دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05

(**) معامل الارتباط (ر) دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01

يتضح من خلال الجدول:

- في البعد 1 (التقدير الجسدي) تراوحت قيم أغلب معاملات الارتباط بيرسون بين الفقرة والدرجة الكلية لهذا البعد ما بين القيمة (0.463) و القيمة (0.728) ، و هذه المعاملات مرتفعة ودالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01)، ما عدا الفقرتين رقم (04) و رقم (05) كانت معاملات الارتباط بينها و بين بعد التقدير الجسدي ضعيفة وغير دالة إحصائيا وعليه تحذف هاتين الفقرتين.
- في البعد 2 (التقدير الاجتماعي) تراوحت قيم معاملات الارتباط بيرسون بين الفقرة و الدرجة الكلية لهذا البعد ما بين القيمة (0.386) و القيمة (0.749) ، و أغلب هذه المعاملات مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة (0.01)، وعليه نحافظ على كل الفقرات.

ب- الجدول التالي يوضح يوضح معاملات الارتباط بيرسون بين درجات كل بعد والدرجة الكلية للمقياس:

البعد	معامل الارتباط بيرسون بين البعد و الدرجة الكلية	الدلالة الاحصائية
التقدير الجسدي	0,893**	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01
التقدير الاجتماعي	0,811**	دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01

(04) الجدول يوضح يوضح معاملات الارتباط بيرسون بين درجات كل بعد والدرجة الكلية للمقياس

التعليق:

بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بعد التقدير الجسدي و الدرجة الكلية للمقياس (0.893) أما بالنسبة لبعد " التقدير الاجتماعي " بلغت القيمة (0.811) ، وهي كلها مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة (0.01)، مما يؤكد تماسك فقرات المقياس في كل بعد وقدرتها على تمثيل تقدير الذات لدى النساء اللواتي يعانين من البدانة، وهذا يدل على أن المقياس متنسق داخليا، ويعتبر ذلك مؤشرا يعتد به في الاستدلال على صدق التكوين الفرضي للمقياس.

1-2 الصدق التمييزي:

قامت الباحثة بحساب الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية حيث تعتمد هذه الطريقة على مقارنة درجات التلث الأعلى بدرجات التلث الأدنى في المقياس وتتم هذه المقارنة عن طريق حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين المتوسطين فإذا كانت هناك دلالة إحصائية واضحة للفرق بين متوسط التلث الأعلى ومتوسط التلث الأدنى يمكن القول بأن الاختبار صادق.

تم اختيار المجموعتين الطرفيتين والبالغ عددهما (11) فرد في كل مجموعة من المجموعتين العليا والدنيا باعتماد نسبة (33%) من القيم العليا ونسبة (33%) من القيم الدنيا ، وتم بعد ذلك استخراج قيمة (ت) المحسوبة لاختبار دلالة الفروق بين متوسطات استجابات المجموعتين العليا والدنيا لكل فقرة من فقرات المقياس .

الجدول التالي يبين نتائج الاختبار :

نتائج اختبار (ت) T.test			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	
الدلالة الإحصائية P value (sig)	درجة الحرية	قيمة (ت)			المجموعة ذات القيم الدنيا	المجموعة ذات القيم العليا
0.000	20	8,154	13,15156	87,8182	11	المجموعة ذات القيم الدنيا
			12,13934	131,8182	11	المجموعة ذات القيم العليا
P value < 0.05			44.00	الفرق في المتوسط		

جدول رقم (05) : نتائج اختبار (ت) للعينتين المستقلتين الخاصة بالصدق التمييزي لمقياس تقدير الذات

التعليق :

من خلال الجدول رقم (05) يتضح أن هناك متوسط حسابي قدره (131.828) مع انحراف معياري بقيمة (12.139) بالنسبة لقيم المجموعة الطرفية ذات القيم العليا ، أما بالنسبة للمجموعة الطرفية ذات القيم العليا فهناك متوسط حسابي قدره (87.818) مع انحراف معياري بقيمة (13.151)، بينما اختبار (ت) للعينتين المستقلتين فهناك قيمة (8.154) عند درجة حرية (20) ودلالة إحصائية بقيمة (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، و عليه يوجد فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعتين الطرفيتين في مقياس تقدير الذات. وعلى هذا الأساس يمكن الاعتبار أن المقياس يتمتع بصدق تمييزي مقبول بحيث يمكن الاعتماد عليه في التمييز بين النساء اللاتي لديهن مستوى منخفض من تقدير الذات والنساء اللواتي لديهن مستوى مرتفع.

- من خلال النتائج المتعلقة بدراسة صدق المقياس المكون من 33 فقرة بعد حذف فقرتين ، يمكن أن نستنتج أن مقياس تقدير الذات يتمتع بدرجات صدق تسمح لنا باعتماده في الدراسة الأساسية.

6 - ثبات مقياس تقدير الذات:

جرى التأكد من ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية و طريقة ألفا لكرونباخ.

أ- طريقة التجزئة النصفية:

قامت الباحثة باستخراج ثبات المقياس عن طريق استخدام طريقة التجزئة النصفية لدرجات المقياس بأسلوب الفقرات (الفردية والزوجية)، إذ تم تفريغ الاستمارات البالغ عددها (32) استمارة، ثم قسمت الدرجات إلى نصفين، النصف الأول يمثل الفقرات ذات الأرقام الفردية، والنصف الثاني يمثل الفقرات ذات الأرقام الزوجية، وتم بعد ذلك استخراج معامل الارتباط البسيط (بيرسون) بين درجات النصفين ، تم تصحيحه باستخدام معادلة (سبيرمان - براون) مثلما هو موضح في الجدول رقم (06) :

المقياس	عدد الفقرات	معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية	معامل الثبات بعد التصحيح باستخدام معادلة (سبيرمان - براون)
تقدير الذات	33	0.803	0.891

جدول رقم (06) : نتائج معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية

- التعليق:

بالنسبة لمقياس تقدير الذات تم تسجيل معامل ارتباط بين نصفي المقياس بقيمة (0.803) و بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون ارتفع إلى (0.891)، و هو معامل ثبات مرتفع.

ب- الثبات بطريقة ألفا لكرومباخ :

يستعمل معامل الاتساق الداخلي (α) لكرونباخ لحساب درجة الثبات بكثرة في المقاييس والاختبارات ثلاثية التدرج فما فوق، و بما أن مقياس تقدير الذات به خمسة تدريجات ، قامت الباحثة بحساب المعامل (α) لكل بعد من البعدين الذين يتكون منهما المقياس، وللدرجة الكلية للمقياس، الجدول التالي يبين ذلك:

البعد	عدد الفقرات	معامل الثبات ألفا لكرومباخ
التقدير الجسدي	18	0.881
التقدير الاجتماعي	15	0.825
الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات	33	0.894

جدول رقم (07) : نتائج معامل الثبات ألفا لكرونباخ

- التعليق:

من خلال القيم المعروضة في الجدول رقم (07) نلاحظ أن قيم معامل الثبات باستخدام طريقة ألفا لكرونباخ تراوحت ما بين القيمة (0.825) والقيمة (0.881) بالنسبة للأبعاد، و تعتبر هذه القيم دليلا على الاتساق والترابط الجيد بين فقرات كل بعد.

أما المقياس ككل فقد بلغ معامل الثبات قيمة (0.894) وهي قيمة مرتفعة تعبر عن ثبات مقياس تقدير الذات.

- بعد عرض النتائج المتعلقة بحساب معاملات الثبات باستخدام طريقتين مختلفتين، يمكن أن نستنتج أن هذه المعاملات تعد مقبولة، وأن المقياس يتمتع بمؤشرات ثبات تسمح لنا باعتماده في الدراسة الأساسية.

- تفسير الدرجات الكلية لمقياس تقدير الذات: قامت الباحثة بإيجاد المستويات التفسيرية للمقياس محل البناء من خلال تقسيم مدى الاستجابات على المقياس (المكون في صورته النهائية من 33 فقرة) إلى ثلاثة فئات متساوية ، كل فئة تمثل مستوى من تقدير الذات (منخفض، متوسط ، مرتفع) باتباع الخطوات التالية:

- أقل درجة يتم الحصول عليها في المقياس: $33 = 1 \times 33$

- أعلى درجة يتم الحصول عليها في المقياس: $165 = 5 \times 33$

- مدى توزيع الدرجات: $132 = 165 - 33$ درجة

- وعليه يتم تفسير الدرجات المتحصل عليها كالتالي:

الدرجة	التفسير
من 33 إلى 77	يدل ذلك على امتلاك مستوى منخفض من تقدير الذات
من 78 إلى 121	يدل ذلك على امتلاك مستوى متوسط من تقدير الذات
من 122 إلى 165	يدل ذلك على امتلاك مستوى مرتفع من تقدير الذات

(08) جدول يوضح مستويات تقدير الذات

IV- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

1. خصائص العينة :

- من حيث الجنس والعدد والعمر:

الجنس	العدد	العمر
إناث	32	بين 25 و 50 سنة

جدول (09) يمثل عدد وعمر العينة

- من حيث المستوى الدراسي: جدول (10) يبين عدد العينة من خلال المستوى الدراسي:

عدد النساء	المستوى الدراسي
4	الابتدائي
7	متوسط
10	ثانوي
11	جامعي
32	المجموع

(10) جدول يمثل المستوى الدراسي للعينة

2. مواصفات اختيار الحالات:

. كل الحالات نساء راشدات بدينات.

. كل الحالات مؤشر كتلتها من 30% فما فوق.

. استعداد الحالات للتعاون في خطوات العلاج.

. ما يمكن الإشارة إليه هو أننا استنتجنا بعد الدراسة هذه الخصائص التي تتصف بها كل الحالات على مستوى المعاناة وهي كالتالي:

- غياب النظام في أسلوب التغذية اليومي.
 - الأكل بين الوجبات الرئيسية.
 - استهلاك الأطعمة المشبعة بالدهون والسكريات والمشروبات الغازية خاصة في المناسبات الاجتماعية.
 - الإفراط في الأكل أثناء الوجبة الرئيسية.
 - قلة النشاط البدني في البيت.
 - مشاعر الإحباط والفشل في إتباع الحمية.
 - أفكار سلبية عن الذات والقدرات.
 - عدم الرضا ومشاعر الاستياء نحو الجسد.
 - الانزعاج من تعليقات وسخرية الآخرين.
 - النقد الذاتي واللوم الذاتي.
 - مقارنة أنفسهن بالنساء الرشيقات بطريقة سلبية.
 - مزاج حزين عند التحدث عن الجسد والمظهر الخارجي.
3. كيفية اختيار الحالات التي ستخضع للمتابعة النفسية :

تم اختيار الحالات التي ستخضع للدراسة الأساسية على أساس أنهن بدينات مؤشر كتلتهم من 30% فما فوق وموافقات على المشاركة في البرنامج العلاجي، وأسفرت النتائج على النحو التالي:

1. الحالة الأولى: " ف " عمرها 49 سنة، مؤشر كتلتها 43.75 %، تقدير ذاتها 80 درجة.
2. الحالة الثانية: " ف " عمرها 25 سنة، مؤشر كتلتها 49.13 %، تقدير ذاتها 63 درجة.

3. الحالة الثالثة: " ن " عمرها 42 سنة، مؤشر كتلتها 32.87 %، تقدير ذاتها 78 درجة.
4. الحالة الرابعة: " ج " عمرها 34 سنة، مؤشر كتلتها 41.01 %، تقدير ذاتها 77 درجة.
5. الحالة الخامسة: " خ " عمرها 35 سنة، مؤشر كتلتها 31.14 %، تقدير ذاتها 75 درجة.
6. الحالة السادسة: " ح " عمرها 33 سنة، مؤشر كتلتها 44.56 %، تقدير ذاتها 67 درجة.
7. الحالة السابعة: " ص " عمرها 26 سنة، مؤشر كتلتها 36 %، تقدير ذاتها 75 درجة.
8. الحالة الثامنة: " و " عمرها 40 سنة، مؤشر كتلتها 37.23 %، تقدير ذاتها 77 درجة.

* سعت الطالبة الباحثة أولاً إلى الاتصال بالحالات المختارة وإعلامهن بأنهن ضمن الحالات التي ستخضع للمتابعة النفسية، فرحبت كل الحالات بذلك، وتم تقديم التصريح بالعمل الميداني لدى مدير مؤسسة دار الشباب عبد القادر عبد القادر بدائرة المحمدية ولاية معسكر، والموافقة على العمل مع الحالات، وذلك لتسهيل عملية المقابلات، وكذلك تحديد الفضاء الذي ستجرى فيه.

بدأت الطالبة في البحث في كيفية تحديد الوقت المناسب للحالات، وأوقات الفراغ لهذه النساء وانفتحت مع كل حالة على الوقت المناسب لها، وتحديد الأيام، والأوقات للمقابلات، الفردية والمقابلات الجماعية والنتيجة كالاتي:

ثلاثة حصص فردية لكل حالة، ومدتها ساعة واحدة لكل حصة، والهدف من ذلك هو جمع أكبر قدر من المعلومات أثناء المقابلات العيادية، والتعرف على أهم المشكلات المشتركة بينهن حتى يتم بناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف الوزن وتأثيره على تقدير الذات، وبعدها ستكون الحصص بواقع حصة واحدة في الأسبوع جماعيا.

- خلاصة:

إن هذه الدراسة الاستطلاعية مكنتنا من التعرف على ميدان البحث والعينة، وبناء وتجريب أداة البحث، وتحديد الحالات التي سيتم متابعتها في البرنامج العلاجي، وتحديد حدود الدراسة والفضاء الذي ستجرى فيه، وقد تمكنا من خلالها اختيار الحالات التي ستخضع للعلاج، ومواصفاتها والمشاكل المشتركة بينهن، فهذه الدراسة الأولية

هي استكشافية وفي نفس الوقت تتبعية، وذلك سيكون من خلال الدراسة الأساسية التي سنقدمها في الفصل الموالي.

فصل المنهجية وبناء البرنامج العلاجي.

المعرفي السلوكي

. فصل المنهجية وبناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

- تمهيد

- منهج البحث

- أدوات البحث

. المقابلة العيادية

. الملاحظة العيادية

. أداة القياس

. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

. تعريف البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

. الهدف العام للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

. التقنيات والفنيات المستعملة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

. إجراءات بناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

. مراحل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

محتوى الحصة

. جدول محتوى حصص البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

- خلاصة

- تمهيد:

تخضع أي دراسة علمية لمجموعة من المعايير والتقنيات معتمدة على خطوات منهجية لجمع المعلومات وتحليلها وتفسير نتائجها، ويعرف **Paul N'Da** البحث العلمي: "إنه عملية منهجية لجمع البيانات التي يمكن ملاحظتها ويمكن التحقق منها من العالم التجريبي، وهذه العملية هي المراحل المتتالية والتدرجية التي تؤدي إلى الهدف وهي مرحلة التصميم، مرحلة المنهجية، والمرحلة التجريبية ومعالجة البيانات" (N'Da, 2015, p. 17)

ولما كانت طبيعة الدراسة هي التي تحدد المنهج المستخدم، فإن المنهج الذي سنعتمده في هذه الدراسة هو المنهج العيادي الذي يركز على الدراسة المعمقة للحالات عن طريق دراسة الحالة، بالإضافة إلى المنهج الشبه التجريبي.

1 - منهج البحث:

لقد اختارت الطالبة المنهج العيادي، والذي عرفه **Lagache Daniel** في مقاله **L'unite de la psychologie** كآتي: "هو تحديد السلوك في بعده الخاص والرصد بصدق، وذلك بالقدر الممكن للطرق التي يكون بها الفرد أي (في أساليبه كيف يكون) وردود أفعاله بصفة ملموسة وكاملة أثناء تواجده في موقف معين والبحث عن روابط ذات معنى، البنية والنشأة، وكشف الصراعات المحركة، والعمليات اللازمة لحل هذه الصراعات، فالمنهجية العيادية هي الطريقة المناسبة التي يمكن من خلالها الفهم العلمي، وفي كل الحالات يهتم المعالج بفرد معين وكل الملاحظات التي يبحث عنها تخص هذا الفرد بحد ذاته، فلمنهج العيادي يحاول معرفة مشاكل الفرد والمواقف التي يتخذها الفرد تجاه هذه الوضعيات المعينة، وذلك من خلال دراسة الحالة والتي تعتمد على العديد من الأساليب منها المقابلة والملاحظة العيادية والاختبارات النفسية" (Lagache, 1969, p. 4)

ولقد حدد **Lagache Daniel** مبادئ المنهج العيادي في: "التفرد والإخلاص في الملاحظة والبحث عن المعاني وأصل (الأفعال، والصراعات)، وكذلك طرق حل الصراعات النفسية، ولقد أشار إلى المفهوم الأنثروبولوجي للحالة النفسية" (Lagache d. , 1979, p. 17)

ويشير سيلك وآخرون **Silke Schauder & al**: " أن دراسة الحالة تنقل النتائج التي يتم التعبير عنها بالكلمات بدلاً من الأرقام، وتنقل التعاطف والفهم الذاتي بدلاً من التحليل البارد المنفصل، وتضع البيانات في سياق فردي بدلاً من مجال القيم المطلقة، وتسعى إلى بناء أمثلة جيدة بدلاً من عينات تمثيلية، وتهدف أحياناً إلى تمكين المريض من تحمل مسؤوليته بدلاً من مجرد ملاحظته" (Schaude, 2012, p. 2)

وبما أن هذه الدراسة تهدف إلى معرفة فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من الوزن وأثره على تقدير الذات، اخترنا المنهج الشبه التجريبي وهو من أكثر المناهج ملائمة لهذه الدراسة، وهذا المنهج سيمكننا أن ندرس على نحو منظم متغيراً معين (المتغير المستقل) المتمثل في البرنامج العلاجي ومدى تأثيره على متغير آخر في الظاهرة محل الدراسة (المتغير التابع) والمتمثل في تخفيف الوزن وتقدير الذات.

تعتبر القيمة العلمية لأي بحث علمي بالنتائج التي يتوصل إليها البحث، وهذه النتائج مرتبطة بالأدوات المستعملة لدراسة الموضوع، وتحديد متغيرات الدراسة ونتائجها تحديداً دقيقاً، وبناء عليه تبيننا الأدوات التالية والتي تخدم طبيعة موضوع بحثنا.

II - أدوات البحث:

1 - المقابلة العيادية:

تعرف **كولات شيلو chiland colette** المقابلة العيادية: " أنها علاقة دينامية وجها لوجه بين المعالج والمريض وحوار متبادل في جو نفسي آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع المعلومات عن الحالة (chiland, 2011, p. 9)

ويضيف **جغاغ بوسا Gerard Poussin**: " أن المتعالج يعرف أنه مسموع له بدون الشعور بالخوف أو انتظار مقابل من المقابلات، ولكن الأخصائي النفسي يمكن أن يساعد الحالة على القدرة على التفكير بوحدها والقدرة على إيجاد حلول التي تتوافق مع مشكلتها وقدراتها وإمكانياتها، والأخصائي لا يختار بالضرورة التحدث عن الماضي أو الأحلام وزلات اللسان، ويمكن أن يركز على المشكلة أكثر من أن يركز على معنى الأعراض، وهذا يعتمد على إرادة الحالة إذا أرادت ذلك، وعليه يبني العقد العلاجي، ولكن

الأخصائي لن يتصرف بدلا عن الحالة، ولن يغير في المعطيات الواقعية لحياة الحالة بفعل ملموس" (Poussin, 2003, p. 11)

وهدفنا في هذه الدراسة تكوين علاقة ايجابية بين الطالبة الباحثة والحالة التي تعاني من البدانة وذلك لفهم معاناة المريضة، وتهيئتها للبرنامج العلاجي، وسنستخدم المقابلة النصف موجهة التي تحتوي على أسئلة مضبوطة وأسئلة مفتوحة في نفس الوقت للمحافظة على حرية التعبير عند الحالة وتجنب الدخول في معلومات لا فائدة منها، ونساعد الحالات من خلال البرنامج العلاجي المقترح.

2- الملاحظة:

سوف نستعين بالملاحظة للإحاطة أو المشاهدة المقصودة أو الموجهة نحو بعض الحقائق والخصائص خاصة في المقابلات العيادية أو الممارسة العلاجية.

فالملاحظة حسب نغباغ سيلامي **Sillamy Norbert**: "هي طريقة، والهدف منها تحديد عدد معين من الحقائق الطبيعية لتشكيل فرضية ستخضع للتحقق التجريبي، وهي مرحلة أساسية في التجريب، ويمكن أن تكون بسيطة في أثناء المقابلة وتقديم الاختبارات النفسية، يقوم الأخصائي النفسي بتدوين تصرفات الحالة، إيماءاته، وطرق تصرفه، حتى نتمكن من فهم الحالة" (Norbert, 2003, p. 184)

- في هذه الدراسة سوف نعلم نوعين من المقابلات وهي المقابلة الفردية، والمقابلة الجماعية، ويعرف مليكة لويس كامل المقابلة الفردية أنها: "تكون بشكل فردي مع كل حالة في الحصة الأولى بهدف التأكيد على تشخيص الحالة وجمع بعض المعلومات والبيانات المهمة تخص المفحوص وتطبيق بعض الاختبارات، لمعاينة المفحوص، وأن يتعرف على احتياجاته، أما المقابلة الجماعية تكون بصوره جماعية يتم فيها تطبيق الخطة العلاجية والتي اتفق عليها كل من المعالج والمفحوص بعد وضع التشخيص" (كامل، 1970، صفحة 71)

3- مقياس تقدير الذات من إعداد الطالبة الباحثة مكون من بعدين، بعد التقدير الجسدي والتقدير الاجتماعي، يحتوي على 33 بند، يجاب عنها بأسلوب تقريرى ضمن خمسة اختيارات أو بدائل هي: غير موافقة تمامًا، موافقة نوعًا ما، محايدة، موافقة، موافقة تمامًا.

4- الصبورة والقلم: للشرح.

5- الميزان: أداة يتم من خلالها وزن العينة بهدف حساب مؤشر الكتلة، والتغيرات في الوزن فيما بعد.

6- المقياس المترى: يقاس به طول السيدات، بهدف حساب مؤشر الكتلة.

7- أدوات وقوائم مختلفة تخص: السرعات الحرارية في الأغذية، سجل التغذية، العقد العلاجي، تدوين الأفكار

كيف أكافئ نفسي في حالة فقدان الوزن، وثيقة حول تدوين الأفكار السلبية، وثيقة حول تسيير الغضب والنقد الداخلي والخارجي، وثيقة حول الانتكاس.

- تقديم طبق نموذجي للأكل لكل حالة.

- تقديم أنواع من الخبز والحلويات الصحية بديلة للطحين الأبيض والسكر.

- تقديم بديل صحي للسكر الأبيض (سكر ستيفيا).

- علبة شكولاتة سوداء 70%.

- تقديم نمزج لبذور الشيا وبذور الكتان.

III- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

1 - تعريف البرنامج العلاجي :

هو مجموعة مترابطة مبنية ومنظمة بأهداف ونشاطات وموارد بشرية ومادية ومعلوماتية مجتمعة لتقديم خدمات خاصة لإرضاء حاجات خاصة لمجتمع ما (Guide, 2003, p. 2)

- ويعرفه عبد العظيم أنه مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة التي تسير وفق تسلسل منطقي بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للمريض تتحدد من خلال الإطار النظري للمدرسة العلاجية التي سوف يتبعها المعالج، وتتحدد أهمية تصميم البرنامج العلاجي في مجموعة النقاط الأساسية التالية:

- إعطاء صورة شاملة للمتعالج عن الخطوات التي سوف يتبعها خلال مراحل العمل مع الحالة.

- ترتيب التدخلات العلاجية وفق تصور منطقي لأهمية تقديم كل تدخل في وقت معين من مراحل تطور الحالة.
- تحديد المهام المطلوبة مع المتعالج في كل حصة وآليات تنفيذها.
- مساعده المريض على الاقتناع بأهمية الجلسات التي تقدم له نظرا لارتباطها في ما بينها (العظيم، 2013، صفحة 12)

2 - خصائص البرنامج العلاجي الجيد:

يتميز البرنامج العلاجي الجيد بالعناصر التالية:

- **الوضوح:** كل ما يتضمنه البرنامج من تفاصيل لا بد أن يكون واضحا من حيث صياغة وآليات التنفيذ.
- **التحديد:** ونعني به تحديد الهدف العام من البرنامج بكل ثقة تحديدا إجرائيا حتى يتمكن المعالج قياس مدى نجاح التدخلات التي تمت مع الحالة.
- ويتضمن التحديد الفترة الزمنية المتوقعة للبرنامج.
- صياغة الأهداف العلاجية لكل جلسة بوضوح وبطريقة إجرائية.
- تحديد التدخلات العلاجية المناسبة وشرح آليات استخدامها.
- تحديد الأسلوب المتبع في قياس تحسن لدى المريض (العظيم، 2013، صفحة 13)

3 - التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية التي ستستخدم في البرنامج العلاجي في هذه الدراسة:

. **التربية النفسية:** فالتربية النفسية **psychoéducation** هي تقنية تستعمل في بداية البرامج العلاجية وتهدف في المقام الأول إلى إعلام المريض بإشكاليته، والتي غالبا ما تكون تبعث على الاطمئنان كما تهدف إلى تقديم مزايا وعيوب مختلف الطرق العلاجية وإلى إشراك الحالة في اختيار علاجها، هذه المقاربة تعزز التحفيز وكذلك العقد العلاجي والالتزام بالعلاج، فالتربية النفسية لها آثار علاجية فهي تحفز الحالة للمشاركة في العلاج وحقيقة أنه يتعرف على أعراضه وعلى التشخيص ووسائل الوقاية وتطورات هذا المرض فهذا

يطمئن الحالة كونها عاشت مدة وهي متشككة حول مرضها وهذه المقاربة تساهم في تخفيف بعض الأعراض
(Boutelier Geneviève S. P., 2001, p. 96)

- ويتم التطرق إلى العادات الغذائية غير الصحية التي تساهم في ارتفاع الوزن والبدانة كالأكل بين الوجبات الأساسية، الأكل والمضغ بطريقة سريعة، تناول الوجبات الغنية بالدهون والسكريات وشرب العصائر والمشروبات الغازية... إلخ، تقديم نصائح حول الأغذية الصحية المساعدة على تخفيض الوزن وتساهم في البقاء بصحة جيدة، والتركيز على أهمية ممارسة النشاط البدني على الأقل من 30 إلى 60 دقيقة على الأقل 4 مرات في الأسبوع، تقديم بعض الوصفات كبداية للأغذية الغنية بالدهون والسكريات حيث تكون أقل من ناحية السرعات الحرارية وتساعد على تخفيض الوزن.

. **سجل التغذية:** إن العلاج المعرفي السلوكي يستخدم الملاحظة الذاتية والمراقبة الذاتية كخطوة أولى باتجاه تغيير السلوك أي إدراك أبعاد السلوك المراد تغييره، فملاحظة الذات ومراقبتها تقيمان مدى تكرار السلوك المقصود تغييره والأحداث التي تسبق حدوثه والنتائج التي تترتب عليه، فهذه العملية تمهد الحالة للاشتراك في عملية تعديل السلوك في مرحلة مبكرة.

فالخطوة الأولى في الملاحظة الذاتية معرفة تمييز السلوك المقصود تغييره، ومن الواضح أن البدين يستطيع أن يدرك ما إذا كان يقوم بالأكل أم لا.

أما الخطوة الثانية هي تسجيل السلوك في كل مرة يحدث فيها إلى أساليب أكثر تعقيدا الذي يوثق الظروف التي حدث فيها السلوك بالإضافة إلى المشاعر التي صاحبت ظهوره فمثلا يدرّب البدين على تسجيل كل مرة قام فيها بالأكل والوقت من النهار والموقف الذي حدث فيه الأكل، وهل هناك أشخاص آخرون كانوا معه لدى قيامه بالأكل، وقد يقوم بتسجيل الرغبة الذاتية التي وجدت عند الأكل مثل القلق أو التوتر والشعور الذي تولد لديه عند القيام بالأكل، وبذلك يتمكن من بناء برنامج لإحداث التغيير في السلوك (شيلي، 2008، صفحة 151)

- إن هذا التدوين لكل ما يستهلكه الفرد مهم لكثير من الأسباب وهي:

. يساعد المريض على التغيير.

. يرفع وعي المريض بسلوكاته.

. يزيد من إمكانياته في التحكم في الأكل.

. يساعد في تحديد السلوكيات وأنماط التفكير التي تكون بحاجة إلى النقاش والتعامل معها.

. يساعد المُعالج المَرِيضَ في فحص سلوكه وتفكيره ومدى تقدمه وكذلك الظروف التي ظهرت فيها بعض المشكلات.

. يساعد المريض في إدارة التغيرات الإيجابية التي حققها.

. يساعد على تحديد السرعات الحرارية التي تدخل الجسم (ديبورا، 2009، صفحة 52)

- تفيد طريقة تأجيل الاستجابة مقاومة الإلحاح فإنه سيتلاشى تدريجياً ويكون بعض المرضى في حاجة إلى توضيح هذه النقطة لهم كما يجب على المعالج القيام بمناقشة كيفية اختيار نشاطات معينة يقوموا بالاشتراك بها أو أدائها لا يصلح معها الأكل حتى يزول إلحاح الأكل إلى مستوى معين يمكن التعامل معه.

وهناك طريقتين للتعامل مع الاستجابة لحالات سوء المزاج بالأكل:

. سرعة تحديد المشكلة المعكرة للمزاج وذلك بمساعدة المريض حيث يجب أن يكون أكثر قدرة على تقبل ومواجهة المزاج السيئ من خلال أولاً التعرف على المزاج السيئ وذلك بتشجيع المريض على مراقبة الحالة المزاجية لديه، ثانياً تحمل المزاج السيئ من خلال تقبله لهذا المزاج السيئ وتحمله فالغضب مثلاً هو خبرة بشرية طبيعية.

ب . التعامل مع المزاج السيئ وذلك من خلال طرق معينة وهي:

. **التشتيت Distraction**: حيث يشارك المريض في نشاط ما غير الأكل حيث يتشتت تفكيره عن الحالة المزاجية مثل الخروج للمشي أو أخذ حمام أو الاتصال بصديق.

. **تحسين المزاج Amélioration de l'humeur** وهي أن يقوم المريض بإزالة المزاج السلبي والتخلص منه عن طريق الاندماج في أنواع من النشاطات السارة التي تعمل على تعديل المزاج وعلى المريض أن يحدد طبيعة هذه النشاطات ومدى ملاءمتها له (ديبورا، 2009، صفحة 141)

- **التحكم الذاتي في السلوك:** يعرف **كانفر Kanfer** 1972 أن التحكم الذاتي في السلوك هو تلك العمليات التي يمكن للفرد من خلالها تغيير أو تعديل من احتمال ظهور الاستجابة وذلك حتى أثناء الغياب النسبي للتدعيم الخارجي للاستجابات ويتم ذلك من خلال عمليات نفترض بصوره أساسيه كمسلمات في حلقة التغذية الراجعة وهي: المراقبة ذاتية، التقييم الذاتي، التدعيم الذاتي.
- **المراقبة الذاتية:** يقول **كانفر** في 1970 أنها رؤية ذاتية من الفرد أن يجري ملاحظات لسلوكه والمواقف التي تحدث فيها هذه السلوكيات والتي تؤدي إلى ظهور هذه السلوكيات، وتستلزم كذلك ملاحظة نتائج هذه السلوكيات أو أهميتها وعواقبها.
- **التقييم الذاتي:** حيث توصل **بندورا Bandera** إلى أن الاستجابات تعد مناسبة أو غير مناسبة وفقاً للحكم العقلي عليها، وكذلك وفقاً للثناء الذي تتلقاه هذه الاستجابات، فقد تكون هذه الأحكام العقلية ليس دائماً متكافئة ومتساوية لان الأفراد يدركون أنفسهم على أن أدائهم غير صحيح أو غير مناسب أو ينقصهم الكثير، والتقييم السلبي أو الموجب، يتضمن أكثر من مقارنة الفرد لأدائه السلوك مع الميزان المرجعي ليثبت النجاح في السلوك أو الفشل في آخر.
- **التدعيم الذاتي:** إن المكافأة أو العقاب سواء كان ذلك بصورة علنية أو سرية التي يقدمها الفرد لنفسه هي الميكانيزم الأساسي في التحكم الذاتي، إذ أن نموذج التحكم الذاتي يفترض أن عملية التدعيم التي تعتبر لاحقة لتدعيم الخارجي في التحكم السلوكي، فحسب **بندورا** فإنه عندما يتبع السلوك تدعيم خارجي فإنه تدعيم ذاتي (سري أو علني) يعمل على الاحتفاظ بهذا السلوك ويساعد على استمراره (الفحل، 2009، صفحة 194)
- **التغذية و سلوك الأكل في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:**
 - فهم أغراض سلوك الأكل ودوره المهم للعوامل النفسية أو الاجتماعية في حتمية تناول الطعام.
 - إدراك الصلة بين المشاعر وعادات الأكل.
 - التوفيق بين متع الأكل وإدارة الوزن من خلال احترام الإشارات الفيزيولوجية.
 - تحديد وتحليل التشوهات المعرفية مع المختص حول الأكل.

- فهم لمفاهيم اضطرابات سلوك الأكل مثل السرعة في الأكل **Thaquiophagie**, الإفراط في تناول الأكل **Hyperphagie**، تناول الطعام خارج الوجبات الرئيسية أي القضم المتكرر **Grignotage**.
- تحديد المواقف التي تؤدي إلى فقدان السيطرة على عادات سلوك الأكل.
- العلاقة مع النشاط الجسدي :
- التعرف على الآثار المفيدة لنشاط البدني على الصحة وعلى عيوب نمط الحياة المستقرة.
- العناية بالجسد بدلا من رفضه بسبب الوزن الزائد.
- التعرف على فوائد النشاط البدني (التوازن العقلي عبر الروابط الاجتماعية وتحسين العلاقات مع الذات، إطلاق العدوانية وتخفيفها).
- الابتعاد على منطق نشاط بدني (حرق السعرات/ إنقاص الوزن) لصالح الرفاهية **bien être** و اللياقة البدنية (Ziegle, 2014, p. 308)
- النقد : ليس هناك من يحب من ينتقده فأحيانا يتحول الوضع إلى كارثة في حالة الانتقاد و المعارضة، عدم التقدير تغير الأشياء بصورة غير متوقعة وهذا الأمر صعب مع من يمتلكون معتقدات صارمة لأنهم يترجمون نقد الآخرين كدليل على عدم قيمتهم وقلة حيلتهم فلا بد أن يبحث الفرد عن أسباب ذلك ويسأل نفسه ؟
- هل لا بد أن أكون مثالي طوال الوقت ؟
- هل يمكنني تغيير المعتقدات الصارمة التي انظر بها إلى نفسي ؟
- هل يمكنني تخيل نفسي أكثر هدوءا أثناء نقد الآخرين لي ؟ (بيترداو، 2005، صفحة 59)
- توقيف النقد الذاتي الداخلي من خلال الأسئلة: يتم التعرف على الأفكار الناقدة للذات والقدرات ثم مناقشتها من خلال أسئلة منطقية واستبدالها بأخرى إيجابية والأسئلة هي :
- هل هذه الفكرة واقعية ؟
- هل هذه الفكرة تجعلني أشعر على نحو أفضل ؟

. هل هذه الفكرة تساعدني على التأقلم ومواجهة الوضع ؟

. هل الآخرين لديهم نفس النوع من الأفكار التي لدي عند مواجهة هذا الموقف ؟

- إذا كان الجواب لا فيجب تغيير هذه الأفكار لأن لديها نتائج سلبية على تقدير الذات فينبغي تغيير هذه الأفكار بأفكار واقعية وبناءة (soi, 2010, p. 12)

. **تمرين كيفية مواجهة نقد الآخرين:** ولتوضيح ذلك لا توجد طريقة أحسن من الكشف أكثر عن نوايا الشخص وهذا لتجنب سوء التفاهم، وعليه إذا كانت نية الشخص التعبير عن إحباطا ته فأحسن طريقة للرد على هذا النقد أو الحكم ووضع حد له هي أن ترد قائلا " يمكن أن تكون على حق ولكنك نسيت أن تراعي أو تأخذ بعين الاعتبار هذا وذاك " بهذه الطريقة تتقبل جزء وترفض جزء آخر من حجته وبالتالي ستجعله مرتبكا وهكذا ستحافظ على تقديرك لذاتك وتحافظ على آرائك واختياراتك، فالفائدة من هذه الإجابة وهذا النوع من رد الفعل يمكنك من الخروج بتقديرك لذاتك وهو سليم بدون أن تكون في وضعية دفاعية وبدون تقاوم الوضع (s'aimer, 2011, p. 53)

- **مواجهة الأفكار السلبية:** ويكون ذلك بطرح أسئلة واقعية مثل:

هل هناك دليل واحد على الأقل؟...بعد ذلك حاول إيجاد دليل من انجازاتك أو آراء الآخرين فيك ضد الأفكار السلبية لتساعد نفسك لتتخلص منها ومن طرق المواجهة طرح هذه الأسئلة مثلا:

- كم هم عدد الآخرين الذين يفكرون بنفس طريقته؟

- كيف يتصرف الآخرون اتجاهك في المواقف المتعددة؟

- هل تم تفسير الحدث بطريقه سليمة؟

- هل هناك طرق أخرى لتفسير الحدث؟

- كيف يفسر صديقك الحدث نفسه؟

- هل الأمر دائما هكذا أم أنها المرة الأولى؟

- هل الأمر بهذا السوء؟ ما الدليل؟ (بيترداو، 2005، صفحة 162)

-
- تمرين كيفية تسيير الغضب: فالغضب نوع من التشويه المعرفي والذي يجب تسييره، وأفضل طريقة لتسيير غضبك هو أن تسأل نفسك ما إذا كنت ستستفيد من تفجير غضبك، وهل غضبي موجه نحو شخص جرحني عمدا وبدون سبب؟
- هل غضبي فيه فائدة؟ وهل سيساعدني للوصول إلى هدفي أم بكل بساطة سيلحق بي الأضرار؟
- ينصح بإجراء تقييم لتكاليف فوائد الغضب :
- حدد بنفسك فوائد غضبك.
- هل تشعر أنك بحالة جيدة؟
- هل أنت قادر على توصيل رسالتك؟
- هل هذا يمكنك من تحسين صورتك؟
- هل يمكنك من الحصول على ما تحتاجه؟
- ما هي أضرار غضبك؟
- أأست تخاطر بفقدان علاقاتك الجيدة على المدى الطويل؟
- هل الأمور لا تتغير؟
- أأست تخاطر بفقدان الثقة في علاقاتك؟
- هل تشعر بالذنب بعد نوبة الغضب؟
- هل غضبك مضر؟
- هل غضبك يمكنك من الوصول لأهدافك؟
- تذكر دائما أنه مهم أن تعرف غضبك وكيف تتعامل معه من أجل سببين: الرفاه في محيطك وصحتك النفسية والعقلية، تسيير الغضب يؤدي حتما إلى تقدير ذاتي أفضل (s'aimer, 2011, p. 31)

- تغيير الأفكار السلبية:

يؤكد المختصون أن تغيير الموازنة بين الأفكار الايجابية والسلبية عن أنفسنا، والآخرين والعالم ككل هو أحد المفاتيح للتحرر من التعبير السلبي، فلا بد من تحديد الأفكار التي نستمتع بها قبل: بأن هذا شيق للغاية، أنا أتطلع إلى، أنا أحب، عادة ما أضحك عندما، أنني أشعر بالراحة هنا، أنني أشعر بالقرب من خالقي، لدي مطلق الحرية أن أحب الآخرين وبيادلوني الشعور نفسه، ونطلب من الأفراد أن يكونوا أفكارا إيجابية كواجب منزلي، ويمكن تدوين الأفكار السلبية كذلك وهذا التقدير المناسب بينهم والهدف هو مساعدة الأفراد على الابتعاد على الأفكار السلبية والتمسك بالأفكار الايجابية، ويجب مكافئة الأفكار الايجابية لا انعاشها والتمسك بهامثل: على الأقل أنا أحاول، إنني أحاول، إنني أحاول أن أكون أكثر إيجابية، إنها خطوة في الطريق الصحيح، والمهم هو أن يثني الفرد على نفسه إذا ما قام بأشياء إيجابية.

- الاسترخاء: إن الاسترخاء هو الخطوة الأساسية في طريق تغيير الذات لما له من فوائد جمة فالجسم بعد الاسترخاء يعمل بكفاءة أكبر، فمثلا ينخفض معدل ضربات القلب، ويقلل من استهلاك الأكسجين، تقليل عدد مرات التعرض لنوبات الضغط العصبي يوميا، التفكير بوضوح أكبر وحل المشكلات بأكثر كفاءة، الشعور بالهدوء أكثر والتكيف بصوره أفضل مع ما حولنا،... فالأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية وحتى العاديين يعانون من مشكلات مثل الشعور بشد العضلي، الشعور بالتعب والإجهاد، المعاناة من الصداع، الأرق، عدم النوم، الشعور بالتوتر في القناة الهضمية، العصبية، القلق دون سبب واضح، هذه الأمور لها تأثير سلبي وتستنفد الطاقة بدرجة كبيرة، والاسترخاء يساعد الفرد على إعادة توزيع الطاقة في الأماكن الأكثر احتياجا لها آلا وهي عقولنا (بيترداو، 2005، صفحة 144)

- فوائد الاسترخاء:

- يفيد الاسترخاء في مقاومه التعب شريطه أن تتعلم كيف ترخي العضلات المتعبة المتوترة وكيف ترخيها.

- الاسترخاء سلاح ضد الإجهاد والتوتر الذي يهد الجسد.

- تهدئة الألم والأوجاع وتقليلها خلافا للتوتر الذي يزيدها (توفيق، 2005، صفحة 171)

- خطوات الاسترخاء التدريجي التقدمي:

يرتبط هذا الأسلوب بـ أدموند جاكوبسون **Edmond Jacobson** الذي لقب "أب الاسترخاء" وينطلق هذا الأسلوب على النظرية القائلة أنه إذا تمكنت من إرخاء العضلات فان الذهن سيصل إلى حالة من الهدوء والراحة من خلال خفض نشاط الجهاز العصبي الذاتي، ويعود السبب إلى أن المواقف والأحداث الاستفزازية تحدث توتر وشدا عضليا في معظم أجزاء الجسم، وكما يوحي الاسم فانه عبارة عن استرخاء تدريجي للمجموعات العضلية للجسم، وتتمثل في ما يلي:

- شد قبضة اليد اليمنى مع الضغط لمدة 5 ثواني (لاحظ التوتر) ثم إرخي القبضة لمدة 10 ثوان، كرر المحاولة مع غلق العينين (لعزل المثيرات الموجودة في المحيط) قم بالأداء نفسه مع اليد اليسرى.

- ارفع كتفيك وكأنك تحاول لمس أذنك بهما لمدة 7 ثواني (لاحظ التوتر) ثم ارجع ببطء إلى الوضع الطبيعي واثبت عليه لمدة 15 ثانية (لاحظ التوتر) كيف تشعر، كرر المحاولة.

- اضغط رأسك للخلف باتجاه كتفيك لمدة 5 ثواني ثم إرخي لمدة 10 ثواني (لاحظ الفرق) كرر المحاولة.

- حرك القدمين مع الاصابع خلفا من المفاصل باتجاه الصدر مع الضغط لمدة 5 ثواني (لاحظ التوتر) ارخي لمدة 10 ثواني ولاحظ الفرق، كرر المحاولة.

- حرك القدمين مع الأصابع لأسفل (عكس الخطوة السابقة) بالطريقة نفسها، لاحظ التوتر في الأقباس وأشعر بالفرق عند الارتخاء، كرر المحاولة (عسكر، 2000، صفحة 179)

* **ملاحظة:** سنقوم بإضافة بعض الإيحاءات الايجابية مثل: الحمد على نعمة الإحساس بالجسد ومختلف الأطراف، أنا امرأة جميلة، أحبكي يا نفسي، أنا إرادتي قوية، طاقتي مرتفعة وعالية، أنا بصحة جيدة وأحافظ على جسمي وأهتم به، جسمي يتخلص من الوزن الزائد بسهولة، أنا أعتني بجسمي من أجل نفسي أولا، أنا أستحق جسما جميلا وجذابا، والفائدة من هذه الإيحاءات رفع المعنويات وتحسين النظرة للذات والجسد وتحسن تقدر الذات.

- أسلوب التوقيف الفوري للتفكير السلبي:

وهو أسلوب ابتدعه وولب **WOLPE** لعلاج الأفكار التسلطية التي ترد للفرد فوق إرادته، وتتلخص هذه الطريقة في أن يمارس المريض أثناء ورود هذه الأفكار خدعة عقلية فيصيح في نفسه "قف" ويحول تفكيره إلى موضوع آخر (حامد، 2000، صفحة 314)

إن هذه الخطوة ستساعد المريض على انتشال نفسه من شرك الأفكار السلبية التي تداومه على غرة، فحينها سيتحدث إلى نفسه بصوت عال قائلاً " لن أفكر في هذا الآن " ولكن عن اقتناع (عسكر، 2000، صفحة 179)

- ويتم ذلك من خلال الخطوات التالية:

1-تحديد الأفكار المسببة للقلق

2- تخيل وتصور الفكرة السلبية والمسببة للقلق

3- استبدال الفكرة السلبية بأخرى ايجابية

4- يمكن استبدال كلمة "قف" باستخدام رباط أو شريط مطاطي حول المعصم وشده في حالة مداومة الأفكار السلبية، أو القيام بالضغط أو قرص باطن الكف لإيقاف الأفكار غير المرغوب فيها (عسكر، 2000، صفحة 228)

- الحوار السقراطي:

إن الحوار السقراطي وأسئلته يحوي عدة فوائد منها يسهل قيام الحالة بترجمة الأفكار والمعتقدات التي يراها الفرد عادية ولا تحتاج للنقاش إلى فروض يمكن التحقق منها ومن صحتها وهذه يسهل عليه التجريد وطرح بدائل وتغيير التشوه المعرفي من طرف الأفراد.

- ومن أهم هذه الأسئلة ما يلي:

- هل هذه الفكرة عقلانية ؟

- ماهي الأدلة التي تبرهن بها على صحة هذه الفكرة؟

- هل تستطيع رؤيتها بطريقة أخرى؟

ما هو أسوأ شيء تتوقع حدوثه؟

- ما هو الأفضل لديك؟

- ما هو الأكثر احتمالاً لديك؟ (العظيم ح.، 2007، صفحة 195)

- المقاربة المعرفية السلوكية للتكفل بالبدانة:

- المؤشرات تتمثل في اضطرابات الأكل TCA، السلوك الغذائي المشكل (القضم المتكرر، المضغ والبلع السريع، الأكل الانفعالي)، تقدير الذات منخفض، التوتر.

- الهدف العلاجي من العلاج المعرفي السلوكي للبدانة: تحسين السلوك الغذائي بنظام غذائي صحي، يعتمد على تحديد السرعات، تحسين المشاعر، تطوير وتحسين الأفكار والمعتقدات الزائغة، تحسين تقدير الذات.

- استراتيجية العمل: سوف يتم هذا العمل من خلال ما يلي:

العمل على إكساب الحالات معارف حول السرعات والنظام الغذائي الصحي، وعلى العمل على العوامل المحافظة على اضطرابات الأكل، ووضع رابط بين سلوكيات الأكل والأفكار والمشاعر والانفعالات.

4. إجراءات بناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي :

لقد تم بناء هذا البرنامج العلاجي كالتالي :

- القيام بدراسة استطلاعية، وذلك لمعرفة أهم الأسباب والمشكلات التي تعاني منها النساء البدنيات، وذلك بطرح أسئلة مفتوحة تخص البدانة والصحة وتخفيض الوزن حتى تتمكن الحالات من التعبير بكل حرية.

- تحديد أهم المشكلات المشتركة بين الحالات وذلك حتى تتمكن الباحثة بوضع أهم النقاط التي ستكون محتوى البرنامج.

- الاعتماد على الأدب النظري، والنظريات المعرفية والسلوكية في بناء البرنامج.

- الاطلاع على عدة برامج علاجية، وكيفية إعدادها، والمقدمة لفئات عمرية مختلفة، ولعلاج اضطرابات نفسية مختلفة.

- معرفة الطالبة السابقة لبعض التقنيات المعرفية، والسلوكية مثل الاسترخاء، الحوار السقراطي، وتقنية الكرسي الفارغ لمشاركتها في دورة تدريبية للبرمجة اللغوية العصبية لدى مركز الحكمة في ولاية غيليزان.

- الاطلاع على بعض الفيديوهات في المواقع الالكترونية "اليوتيوب" التي ساعدت الطالبة الباحثة في تطبيق تقنية الاسترخاء والموسيقى الهادئة.

- الاشتراك في دورة تدريبية حول التغذية الصحية.

5 . مراحل البرنامج العلاجي: يمر هذا البرنامج بعدة مراحل وهي :

. المرحلة الأولى ما قبل البرنامج العلاجي: يتم في الحصة الأولى التعارف ما بين الحالة والباحثة لتكوين جو من الألفة، ولعرض موضوع البدانة، وأسبابها، وأثارها النفسية، والعضوية، ومختلف العلاجات الخاصة بها، وفي الحصة الثانية، والثالثة يتم فيها جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول تاريخ الحالة، ومشكلاتها، وسلوكياتها الغذائية، في الحصة الثالثة يتم تمرير مقياس لتقدير الذات تقديمًا قُبليًا، وجمع أكبر قدر من المعلومات عن أفكار الحالة من خلال الإجابة على بنوده بكل حرية ثم يقدم وثيقة الالتزام العلاجي للحالة حتى يتم ضبط الحصص، وتعلم التقنيات المعروضة وفي الآخر يتم تقديم سجل التغذية كواجب منزلي حتى تسجل الحالة ما تأكله في كل ساعة من اليوم، ومع من كانت، وفي أي مكان، والإحساس، والمشاعر الناجمة عنه وتحديد الأفكار.

. المرحلة الثانية البداية في البرنامج العلاجي : تمتد هذه المرحلة من الحصة الرابعة إلى الحصة 11 بواقع حصة في الأسبوع، ويتم خلالها تعلم التقنيات السلوكية، والتقنيات المعرفية لتخفيف الوزن، وتعديل طرق التفكير والانفعالات والسلوكيات السلبية إلى أخرى إيجابية.

. المرحلة الثالثة مرحلة التقييم: وتكون خلال الحصة الأخيرة، وهي الحصة 12 يتم فيها مراجعة ما تم تعلمه خلال حصص البرنامج العلاجي ثم تطبيق مقياس تقدير الذات تطبيقًا بعديًا.

- محتوى الحصة: تتكون الحصة العلاجية من: موضوع الحصة وتاريخها ومدتها، التقنيات المستخدمة فيها إن أمكن، الهدف من الحصة، الأدوات المستعملة إن أمكن، إجراءات تطبيق الحصة، الواجب المنزلي.
- محتوى حصص البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي: تم تكوين محتوى حصص البرنامج العلاجي بناء على الأهداف التي تم تحديدها في البرنامج وما يتضمنه من تقنيات المستندة للعلاج المعرفي السلوكي والجدول التالي يوضح محتوى كل حصة وعددها، والتقنية المستخدمة فيها والهدف من كل حصة.
- جدول يوضح البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الحصة	موضوع الحصة	التقنية المستخدمة	الهدف من الحصة
01	الحصة فردية التعارف الحوار	التربية النفسية محاضرة	تكوين ألفة مع الحالة رفع وعي الحالة بأضرار البدانة التعرف على الوزن ومؤشر الكتلة التأكيد على أهمية النشاط الرياضي، وكمية الماء حسب الاحتياج اليومي، التحدث حول مكافئة النفس في حالة انخفاض الوزن.
02	الحصة فردية تاريخ الحالة	الحوار	جمع أكبر قدر من المعلومات التعرف على السلوكيات الغذائية التأكيد على زيادة النشاط الرياضي
03	الحصة فردية تطبيق استبيان تقدير الذات، العقد	الحوار	تطبيق الاستبيان تطبيق قبلي، والإجابة بالتفصيل عن كل بند، الهدف من العقد الإلتزام، تدوين لماذا نريد تخفيف الوزن وجمل تحفيزية لتخفيف الوزن، سجل

الفصل الخامس

المنهجية وبناء البرنامج العلاجي

<p>التغذية كواجب منزلي الهدف منه تسجيل كل ما تأكله في اليوم وذلك لمناقشته في الحصة المقبلة.</p>		<p>العلاجي، تقديم سجل التغذية كواجب منزلي.</p>	
<p>رفع وعي الحالة بسلوكيات الأكل أثناء وبين الوجبات، كيفية تجنب الأكل بين الوجبات بنشئيت الانتباه، تعلم كيفية المضغ البطيء مع قطعة شكولاتة سوداء، تحديد مع الحالات إسم للمجموعة لتحفيزها وتشجيع بعضهن البعض.</p>	<p>الحوار، تعلم نشئيت الانتباه عند وجود إلحاح الأكل، وتجنب الأكل بين الوجبات، تعلم المضغ البطيء، التحفيز.</p>	<p>الحصة جماعية مناقشة سجل التغذية طلب من الحالات تقييم شفهي حول ما تعلموه بخصوص العناية بالجانب الجسدي</p>	<p>04</p>
<p>توزيع وثائق تخص السرعات الحرارية في الأغذية، تعليم الحالات كيفية حساب السرعات التي يحتاجها الجسم في اليوم حسب النشاط، إكساب الحالة وعي بالسرعات الحرارية والتغذية الصحية بدون حرمان، وأهمية ترتيب الأكل بروتينات أولاً ثم الخضار ثم النشويات. تقديم صحن نموذجي لتحديد كمية الأكل، واجب منزلي بتدوين الأفكار حول السرعات الحرارية ووزن الأطعمة، التحدث عن الصعوبات في التحكم</p>	<p>المحاضرة التحكم بالسرعات الحرارية المحاضرة التحكم بالسرعات الحرارية طلب الباحثة تقييم شفهي من طرف الحالات حول التكفل بالجانب الجسدي</p>	<p>الحصة جماعية الحوار السرعات الحرارية</p>	<p>05 06</p>

الفصل الخامس

المنهجية وبناء البرنامج العلاجي

بالسعرات.			
وزن الحالات نبذة حول الاسترخاء وأهميته في تخفيف التوتر. تعليم الحالات تقنية الاسترخاء للتخلص من التوتر.	الحوار التعريف بالاسترخاء وفوائده	الحصة جماعية الاسترخاء	07
مراجعة الاسترخاء لمدة قصيرة التعرف على الأفكار السلبية حول الوزن الزائد والسعرات والنظام الغذائي، تغيير الأفكار السلبية بأفكار إيجابية.	المحاضرة الحوار السقراطي تعديل الأفكار السلبية	الحصة جماعية الأفكار السلبية	08
مراجعة الاسترخاء لمدة قصيرة التعرف على الأفكار الناقدة للذات وأثرها النفسي والانفعالي والسلوكي وتغييرها إلى أفكار إيجابية	المحاضرة الحوار السقراطي تقنية توقيف النقد الداخلي	الحصة جماعية النقد الداخلي	09
القيام بوزن الحالات مراجعة الاسترخاء لمدة قصيرة تعليم الحالات كيفية تسيير النقد الخارجي وتجنب الموقف الدفاعي	محاضرة الحوار السقراطي	الحصة جماعية النقد الخارجي	10
مراجعة الاسترخاء لمدة قصيرة تقبل مشاعر الغضب والاعتراف بها،	محاضرة الحوار السقراطي	الحصة جماعية الانفعالات	11

الفصل الخامس

المنهجية وبناء البرنامج العلاجي

<p>تعلم كيفية تسيير الغضب، التوقف عن المقارنة الذاتية بأشخاص آخرين. التحضير للحداد.</p>	<p>تمرين تسيير الغضب توقيف المقارنة الذاتية</p>	<p>وتسيير الغضب، التوقف عن المقارنة الذاتية بأشخاص آخرين</p>	
<p>مراجعة الاسترخاء لمدة قصيرة تعلم كيفية التوقف مع النفس وتدوين ما يمكن تدوينه للوقاية من الانتكاس، التحضير للحداد.</p>	<p>محاضرة طريقة الوقاية من الانتكاس في حالة الرجوع للسلوكات السلبية السابقة</p>	<p>الحصة جماعية الوقاية من الانتكاس طلب تقييم شفهي حول ما مدى استفادة الحالات من ما تعلموه حول التكفل النفسي</p>	<p>12</p>
<p>القيام بوزن الحالات، تكرار ما تم تعلمه باختصار والاستمرار في استعمال التقنيات المتعلمة. تطبيق الاستبيان تطبيق بعدي.</p>	<p>محاضرة مراجعة ما تم تعلمه في الحصص السابقة من خلال الحوار</p>	<p>الحصة جماعية المراجعة</p>	<p>13</p>

(11) جدول يوضح البرامج العلاجي المعرفي السلوكي

- خلاصة:

من خلال بحثنا في الدراسة الاستطلاعية، وما تم جمعه من معطيات وتحديد للمشكلات التي تعاني منها العينة المتمثلة في نساء راشدات بدينات، قمنا ببناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتطبيقه في الدراسة الأساسية، وذلك لمحاولة تخفيف الوزن لدى النساء البدينات (أنظر الحصص العلاجية وتطبيقاتها في الملاحق)، وعليه سنطبقه على حالات مؤشر كتلتهم من 30% فما فوق وتقديرهن لذواتهن منخفض على مقياس تقدير الذات من إعداد الطالبة الباحثة، وهذا ما سنقوم بعرضه في الفصل الموالي.

فصل الدراسة الأساسية لثمانية حالات وعلاجها

. فصل الدراسة الأساسية لثمانية حالات وعلاجها

I. دراسة الحالة الأولى وعلاجها

II. دراسة الحالة الثانية و علاجها

III. دراسة الحالة الثالثة وعلاجها

IV. دراسة الحالة الرابعة وعلاجها

V - دراسة الحالة الخامسة وعلاجها

VI - دراسة الحالة السادسة وعلاجها

VII - دراسة الحالة السابعة وعلاجها

V III - دراسة الحالة الثامنة وعلاجها

- تقديم الحالة الأولى:

- معلومات شخصية:

الاسم: ف - العمر: 48 - الحالة الاجتماعية: متزوجة

- الوظيفة الحالية: الخياطة في البيت - المستوى الدراسي: أولى جامعي - الحالة الاقتصادية: متوسطة

- عدد الأولاد: 4 (3 أولاد، بنت واحدة)

- التاريخ المتعلق بالوزن الحالي:

- الوزن الحالي: 112 كغ - الطول الحالي: 1.60 م - مؤشر الكتلة: 43.75% = بدانة مفرطة

- نوع البدانة: **Androïde** تتركز الدهون في الجزء العلوي من الجسم

- الوزن المثالي الذي ترغب فيه: 80 كغ.

- تقديم الحالة:

الحالة " ف " متزوجة منذ 22 سنة، ترتدي نظارات، لون ملابسها غامقة وعريضة، زوجها تاجر أغذية عامة، لديها أربعة أولاد، تمارس مهنة الخياطة في البيت، أبدت الحالة تعاوناً وكانت مقبلة على المعلومات بصورة حماسية.

الحالة لديها ألم في المفاصل بسبب الوزن الزائد واللام على مستوى الظهر، آلام على مستوى المعدة (ارتجاعات معدية والإحساس بالحرقنة).

بدأ وزنها في الارتفاع بعد زواجها وبعد كل حمل كان يرتفع وزنها بين 10 و 15 كغ، وبسبب ذلك أدوية منع الحمل كان وزنها في ارتفاع مستمر ولم تحاول الحالة أن تخفف من وزنها، وتقول السيدة: " كل مكان يزيد وزني كنت نزعف وبتنارفا على روعي ونظير من نفسي ونبقى غير ناكل في كل وقت، أنا مكان حالة "، " مرات منكوش جيعانه بصح منقدرش نمنع روعي من إغراء الحلوة والقاطو".

تشعر الحالة بعدم الرضا عن جسدها وتعبّر عن ذلك بقولها: " مرانيش راضيه هاو هكا ونرضا على

روحي **surtou** كنشوف روعي فلما رايا ومين منلقاش ملابس قدي " وتشير بيديها إلى أجزاء من جسدها

باستثناء وملامح الحزن بادية عليها، والحالة تحاول القيام بالحمية فهي تفقد القليل من الوزن لتعود إلى السلوكيات الغذائية السابقة فيرتفع الوزن مجددا بالإضافة إلى وزن آخر إضافي وتفيدنا: " حبست الخبز كامل، حبست مقلي، وحبست لمناد وليت نشرب تزانه كركم ولبان" ، وتضيف بأنها تفرح كثيرا عندما تفقد القليل من الوزن وتجيب: " c normale نفرح بروحي بزاف بصح ماتدمش الفرحة كنعاول نولي ناكل كما موالفه نعاود نولي كما كنت ولا كثر" ، وهناك أجزاء من جسدها تجدها غير متناسقة مثل: الثديين، الأكتاف والظهر، تصرح الحالة أنها اشترت ميزان وهي تزن نفسها كل يوم.

- السلوك الغذائي اليومي للحالة:

- فطور الصباح: قهوة بالحليب مع حلويات من تحضير البيت أو من المحلات.

- الغذاء: في فترة الشتاء أنواع المرق بالبقوليات بصورة كبيرة مع المعجنات والفواكه، والمقلبات بصورة قليلة والسلطات وبروتين قليل، أما فترة الصيف فالمقلبات بصورة كبيرة مع المعجنات، وأحيانا أنواع من المرق الخفيف والسلطات والفواكه وبروتين قليل.

-الفترة المسائية: قهوة مع حلويات

- العشاء: ما تبقى من الغذاء وإضافة معجنات (بتزا أو كسكس، سباقتي) مع سلطة وفواكه.

- بين الوجبات: تتناول الحالة دائما إما بيض مقلي مع الخبز أو فواكه، وذلك في الصباح وفي المساء تصرح الحالة: "كنزعف نروح نقلي البيض ولا ناكل ديسار، نحس بالراحة".

- كمية الماء المستهلكة قليلة لدى الحالة مقارنة مع الاحتياج اليومي للجسم.

- تفيدنا الحالة أنها تأكل بطريقة سريعة وتجيب: "الله غالب كايين أمور وحداخرا نديرها تستنا فيا قضيان ولا خياطة، ونقول في نفسي كولي بلخف بش تقضي صوالحك لراهم يستناو فيك"

الحالة لم تتابع مع طبيب أو مختص في التغذية للتخفيف من وزنها فكل محاولاتها كانت بمفردها، ولكن من سنتين نصحوها بالتوجه إلى مختص في الإبر الصينية **Apucompture**، فخضعت لأربعة حصص (ونصحها بالتوقف عن تناول الملح لأسبوع، التوقف عن الخبز، والحلويات، وتناول مرق الخضار بالليل)، تقول الحالة: "نقست 3 كغ لكن توقفت عن الحمص جاني البُعد لأن في وهران وتني تكاليف

مقديتلهمش" ، وأفادت الحالة بأنها لا تقوم بالنقيء فهي لا تتحمل ذلك، ولا تستعمل ملينات أو أدوية أخرى، فهي تستعمل مشروبات مثل مشروب بالكمون أو الزنجبيل أو القرفة.

بالنسبة للنشاط الرياضي فهي تمارسه فترات في القاعة الرياضية ثم تنقطع عنه لتمارسه في البيت لكن ليس بصورة جدية، وفي الوقت الحالي عادت لتمارسه من جديد بعد وباء الكوفيد مرتين في الأسبوع وتقول أنها تريد أن تحافظ على نشاطها وتخفف من وزنها لأنها بدأت تشعر بالكسل والخمول بقولها: "وليت كي نمشي بزاف نولي ننهج وراني خايفه على صحي".

ليس لدى الحالة أعراض مرضية وجدانية، نومها غير مضطرب، تركيزها جيد، ليس لديها مشاكل مع الذاكرة، تقول الحالة أنها تتوتر أحيانا بسبب أولادها، وولدها الصغير الذي يعاني من توحّد خفيف.

- تعاني الحالة مؤخرا من مشكلات تتعلق بالكسل والخمول نتيجة توقفها عن ممارسة الرياضة في فترة الوباء (الكوفيد 19).

سبق للحالة أن دخلت المستشفى منذ 11 سنة بسبب تعرضها للحرق بسبب سقوط قدر المرق عليها على مستوى الصدر والبطن، بحيث حصلت على علاج الحروق في المستشفى لمدة 15 يوما.

تضيف الحالة أنه لا يوجد في العائلة حالات بدينة غيرها هي، الوالد متوفي وكان يعاني من مرض السكري، ووالدتها توفيت نتيجة السرطان.

علاقة الحالة مع زوجها طيبة فحسب تصريحاتها أنهم متفاهمين، ماعدا بعض الخلافات البسيطة، وليس لديهم مشاكل بخصوص العلاقة الحميمة فهي راضية عنها، أما بالنسبة لعلاقتها بأبنائها فهي أحيانا مستقرة وأحيانا متوترة لأن أولادها في سن المراهقة بالإضافة لابنها الصغير المصاب بالتوحّد الخفيف فتخبرنا: "مرات مايساعفونيش ويغضو رسانهم وهاد شي يزعفني ويقلقني وأنا نخاف عليهم بزاف".

- وثيقة إلتزام الحالة بالبرنامج العلاجي:

أنا الممضية أسفله أعد بأن أكون جدية في الإلتزام بمواعيد الحصص العلاجية وأطبق كل ما أتعلمه من تقنيات علاجية لأحقق هدفي.

الهدف: الوصول إلى وزن 80 كغ

كيف: متابعة أكل الصحي والرياضة

في أي مدة زمنية: 6 أشهر فما فوق

سأعلق هذا العقد في خزانة ملابسي حتى أتذكر كل يوم وعودي.

- أفكار الحالة حول لماذا تريد تخفيف وزنها:

* من أجل صحتي أولاً ورشاقتي ثانياً.

* من أجل ملابس جيدة وأنيقة.

أفكار الحالة حول كيف تكافئ نفسها عندما تخفض الوزن:

* أشتري ملابس جميلة بمقاس أصغر.

* أغير لون شعري وأقصه وأصفه.

- الأفكار السلبية المستنتجة من الاستبيان من خلال الأسئلة المطروحة من طرف الباحثة حول لماذا

اختارت الحالة هذه الاستجابات حتى نستعين بها في الحصص المقبلة عند علاج الأفكار السلبية منها

مايلي:

كيفاش نحس روجي مقبولة ورائي سمينة بزاف والسمن واعر على الصحة وحتا واحد مراه يبغي السمن، راني نخاف على صحتي، راني مطيزه وكارهه من روجي، جسمي يتعب بلخف على أقل حاجة، أنا نبغي الماكلة بزاف بصح نندم تتي كناكل بزاف، يعجبوني النساء الناقسات ونقول علاش مجيبتش كيفهم، جسمي ولا مشي شباب كاع مراهش عجبني ظهري صدري كرشي كلشي ضاع فيا، راجلي يزقق عليا وعلى سميتي وخطرات نزحف وبتنارفا ونزكي معاه، درت الرجيم شحال من مرة بصح مننقشني بزاف ونعاود نولي كما كنت ولا كثر ويقولي راسي راني ereur أنا مكان حالة وصايي، راجلي وبتني ينتقدوني ويقولولي نفسي ماكله، نشري لباسات عراض بش ميبانوش les formes تع جسمي، ننتلق من الناس ونظراتهم ليا ولجسمي، نزحف من الانتقادات تع النساء على جسمي surtout من عند نساء ناقسات، أحيانا منبغيش نروح للحفلات أو الأعراس وليت نحشم ومنلقاش وش نلبس.

- نموذج الواجب المنزلي حول سجل التغذية اليومي للحالة الأولى :

التوقيت اليومي	9-8 H	-9 H10	11-10	-11 12	13-12	13- 14	14- 15	15- 16	16-17	17- 18	18-19	19 - 20
ماذا أكلت اليومي	قهوة + 2 سكر قطو مشري 3حبات الماء	قطع دلاع	2بييض مقلي الخبز		مرقة بطاطا مع لوبيا خضراء خبز سلطة دلاع لمناد الماء		قطع دلاع		قهوة+ 2سكر+ 2قطو مشري الماء		قطع دلاع	طعام مرق خضار لمناد الماء
مشا عر قبل الأكل	عادي		زعتت من ولدي كبير ضرب خوه صغير *غضب		زعفانا من ولدي		زعفانا من ولدي		زعفانا		زعتت على زوجي *غضب	زعفا نا
مشا عر بعد الأكل			الارتياح		كليت بزاف لمت نفسي		الارتياح		الارتياح		الارتياح	الار تياح
أين، مع من كنت	الدار مع الأولاد		مع الأولاد		الزوج الأولاد		الأولاد		الزوج الأولاد		وحدتي	الزو ج الأو لاد

(12) جدول يوضح سجل التغذية اليومي للحالة الأولى

- استنتاج الحالة الأولى:

تعاني الحالة من البدانة المفرطة، وزنها 112 كغ، ومؤشر كتلتها 43,47%.

- نوع البدانة: **Androïde** تتركز الدهون في الجزء العلوي من الجسم.

- الأعراض الجسمية المؤلمة ما يلي: اضطرابات المعدة، آلام على مستوى المفاصل، آلام على مستوى الظهر، التهابات جلدية، ضيق في التنفس عن القيام بالمجهود.

- السلوكات والآثار النفسية: الأكل العاطفي، القضم **Grignotage** ، السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف **Accés Hyperphagiques Leger**، أفكار سلبية عن الذات والجسد، سلوك غذائي سلبي ولوم الذات على كثرة الأكل مشاعر الحزن وكره الجسد، مشاعر الاستياء نحو صورة الجسم في المرأة، مشاعر سلبية لعدم إيجاد ملابس لائقة حسب الذوق للجسد، النقد الداخلي السلبي للذات، الاستياء من نقد الآخرين ومن أفراد العائلة أو المحيطين، مقارنة الذات مع الأخريات، سلوك غذائي سلبي والاستسلام المتكرر والتوقف عن الحمية، توتر اجتماعي من خلال مشاعر الخجل والإحراج من الجسد البدين واستراتيجيات التجنب.

- التحليل الوظيفي للحالة الأولى:

المثيرات القبلية	السلوك	النتيجة
خلافات مع الأولاد أو الزوج، نقد الآخرين، النقد الذاتي الداخلي	الأكل الانفعالي، الأكل بكثرة أثناء الوجبات الرئيسية، والقضم Grignotage بين الوجبات الرئيسية	الندم ولوم الذات، رفض وكره الجسد، الغضب، أفكار سلبية، مشاعر الاستياء والحزن، توتر اجتماعي واستراتيجيات التجنب.

(13) جدول التحليل الوظيفي للحالة الأولى

- نتائج القياس القبلي للحالة:

بعد إجراء التطبيق القبلي لمقياس تقدير الذات، وجدت الباحثة أن الحالة تحصلت على درجة 80 والتي تعبر عن مستوى متوسط لتقدير الذات، ولقد توضحت المعاناة النفسية من خلال إجابة الحالة على البنود والتي أظهرت عدم تقبل لجسدها البدين وعن عدم الرضا عنه والنقد الذاتي السلبي، وما زاد من تفاقم الوضعية

المشاعر السلبية التي يخلفها نقد الآخرين والتقدير الاجتماعي السلبي (أنظر الملحق الخاص بمقياس تقدير الذات للحالة الأولى)

- تحليل سيرورة البرنامج العلاجي لدى الحالة الأولى :

الحالة "ف" تعيش وضعية مقلقة متمثلة في البدانة ولديها وعي بالأثر النفسي والجسدي للجسد البدين، فهي تقدر الجسد الرشيق والمتناسق وترى بأنه هو الذي يعطي قيمة موجبة للمرأة في المجتمع، فمع فقدها الجسد الموافق للمعيار الاجتماعي فهي تشعر بأنها غير مقبولة في محيطها العائلي، ووضعية البدانة تؤثر عليها سلبيا وتسبب لها مساس في القيمة الذاتية.

الحالة تعاني من أعراض جسدية مؤلمة تزيد من تفاقم الوضع وذلك من خلال اضطرابات المعدة (ارتجاع وحرقة في المعدة) الإحساس بالتعب من أقل نشاط، آلام على مستوى الركب، آلام على مستوى الظهر والعمود الفقري.

الحالة الاقتصادية لدى الحالة متوسطة، وعليه فالنظام الغذائي لديها يعتمد على أكل غني بالنشويات (المعجنات، الخبز، الحلويات) والمشروبات الغازية مع فواكه قليلة، واستهلاك قليل للماء، وتوضح من خلال مناقشة سجل التغذية أن النظام الغذائي قليل البروتينات (البيض، اللحم، الأسماك)، ويعود هذا إلى الجانب الاقتصادي للعائلة والدخل الشهري غير الكافي.

إن تجربة "ف" تسلط الضوء على جميع الآليات النفسية المتعلقة بعدم تقبل الجسد البدين فهي تعيش صراع نفسي بين الأفكار السلبية والمشاعر المؤلمة وما تعتبره مشوها وذلك بقولها: "راني نكره جسمي، صدي ظهري كل شيء راه ضايح فيا"، هذا الصراع أدى بالحالة إلى فقدان المرونة النفسية، وكل أفكارها ونشاطاتها تركز على جسدها البدين مع وصفها لذاتها وجسدها من خلال أفكارها: "أنا ماشي شابيه" وتعتبرها تصورات تصفها بصورة واقعية لجسدها وتحددها كشخصية وتتصرف وفق هذه الأفكار: "راني نحشم بجسمي ما نبغيش مرات نروح للأعراس ومنلقاش واش نلبس"، والنتيجة لذلك هو تبني الحالة استراتيجيات التجنب مثل ملابس عريضة لتخفي نتوءات جسدها وتجنب المناسبات الاجتماعية.

هناك فجوة بين الذات المدركة والذات الاجتماعية لدى الحالة، فالرغبة في الوصول إلى تحقيق حاجة تقبل الآخرين تجعلها تطمح وتتطلع إلى تحقيق الجسد الرشيق، لكن كونها واعية بجسدها فهي تكرهه

وترفضه، وتدرك أن جسدها مرفوض من الآخرين هذه المعاناة شكلت لديها صراع داخلي نفسي معذب للذات، ويظهر من خلال الكيفية التي تقيم بها ذاتها الجسدية وما عزز ذلك نقد الزوج والمحيطين بها بقولها: "راجلي وبنتي ينتقدوني ويقولوني نفسي مأكلة"، "نزعف من الانتقادات تع النساء على جسمي **surtout** من عند نساء ناقسات"، "راجلي يزعق عليا وعلى سميتي وخطرات نزعف وبتنارفا ونزكي معاه"، هذا فعل لديها مشاعر وأفكار بأنها غير محبوبة وغير مقبولة، ولهذا تنامي لديها الإحساس بعدم القيمة وعليه فهي تحاول مرارا وتكرارا القيام بالحماية لاسترجاع مكانتها وتقديرها الذاتي وتقدير زوجها ومحيطها، وبما أن طريقة تفكيرها ومشاعرها وسلوكياتها الغذائية سلبية أمام المواقف السلبية في معاشها اليومي جعلها تبقى في حلقة سلبية لم تجد لها منها مخرجا لتعود إلى سلوكياتها الغذائية السابقة السلبية لتخدير وتهدئة مشاعرها السلبية.

ظهر لدى الحالة بدانة مقاومة فالحمية التي حاولت إتباعها غالبا ما واجهت كبحا، لأنها حاولت القيام بالحمية لكنها لا تستمر لفترة طويلة ثم تعود لسلوكياتها الغذائية السابقة فنكتسب وزنا إضافيا للوزن السابق.

توضح من خلال سجل التغذية الأسبوعي للحالة أن سلوك التغذية لديها خاضع لسيطرة الانفعالات، والحالة تتأرجح بين مرحلة السيطرة ومرحلة فقدان السيطرة لسلوكات التغذية لديها، وهذا يؤدي إلى اختلال تام واضطرابات ظاهرة على مستوى التغذية، والإحساسات المتعلقة بها تكون مدركة لكن احترامها مستحيل، وهذا يفعل مشاعر الذنب ولوم الذات: "مرات منكوش جيعانه بصح منقدرش نمنع روجي من إغراء الحلوة والقاطو"، "كنزعف نروح نقلي البيض ولا ناكل ديسار، نحس بالراحة"، "أنا نبغي المأكلة بزاف بصح نندم تني كناكل بزاف"، فسلوك التغذية موجه من خلال الانفعالات مثل الحزن، الغضب، والإحساس بالذنب، حيث تصبح فعلا فكريا منقطعا عن إحساسات التغذية للجوع والشبع، وعليه تعيش الحالة غياب التحكم الذاتي في عملية التغذية، وهذا ما أكدته دراسة كل من بيتر هيرمان **Peter Herman** و جانيت بوليفي **Janet Polivy** بأن سلوك التغذية مستسلم لسيطرة الانفعالات.

توضح لدى الحالة الإدمان على الطعام والأكل الانفعالي، بحيث شكل لديها تناقض العواطف فهو يحقق كفاية نرجسية مؤقتة من خلال سلوك الأكل لكنه يتحول إلى جرح نرجسي لمجرد رؤية صورتها في المرآة، ويكون ذلك كلما وجدت نفسها تحت ضغوطات نفسية فتحس بالحاجة للتخلص من قلق الضغوطات من خلال الطعام لأنه سهل المنال من أجل تخدير وتسكين المشاعر السلبية، ولكن سرعان ما تتحول هذه المشاعر إلى إدراكات واقعية متمثلة في الشعور بالذنب ولوم الذات لأن فعالية السلوك انتهت، وهذا ما توصلت

إليه دراسة أجراها بينت وآخرون **Bent & all** حيث وجدت أن تناول الطعام العاطفي في بعض الأحيان لا يقلل من الضائقة الانفعالية بل يعزز منها بإثارة مشاعر الذنب الشديد بعد تناول الطعام.

الحالة تركز على عيوبها الجسدية والنقص فيها حيث تبنت استراتيجيات مواجهة لتجنب الإحساس بالألم وذلك من خلال الأفكار والأحكام التالية مثل: "جسمي ماشي شباب"، "ظهري وصدري وكرشى كلشي ضاع فيا"، "ندرك جسمي بملابس عريضة بش مايبانش".

إن المقارنة جعلت الحالة تستخدم أفكار سلبية ناتجة عن المقارنة مع أشخاص في المحيط تتسم بالحنافة والرشاقة خاصة في قاعات الرياضة التي تمارس فيها النشاط الرياضي، وأدى ذلك إلى تقويمات غير مفضلة وسلبية لجسدها المدرك بتصريحها: "يعجبوني النساء الناقسات ونقول علاش مجيتش كيفهم"، وهذا تعبير عن رغبة في تحقيق صورة الآخر المحبذة اجتماعيا في ذاتها وهي تعكس نكران الذات وهذا ما تؤكدته نظرية المقارنة لـ **فيستنجر 1954**، وهذا له تأثير قوي على المرأة عموما لأن الضغوط الثقافية على المرأة لتمثل الجسم المثالي أكثر قوة وانتشار في محيطها وهذا ما تؤكدته كل من دراسات والنيال وقريف وفان هاميت **1994 Walniel & Greeves & Fanhame**.

ظهرت لدى الحالة أفكار لتحقير الذات وعدم القدرة بتعليقات: "أنا مكان حالة، أنا مشي شابه"، هذا النوع من الجمل التي تقولها الحالات لنفسها بصوت عالي أحيانا أو داخليا فهذا دليل على تدني مشاعر قيمة الذات، هذا الأمر يؤثر على تقدير الذات وينمي مشاعر النقص والدونية، ويشير **جول رونار Jule Renard** إلى أن إن هذه الديناميكية تصان ذاتيا **auto-entretien** فهي تدفع الحالة إلى تقدير ذات منخفضة خوفا من الفشل وبالتالي عدم الاستفادة من مكافئات النجاح بالإضافة إلى مزيد من الشكوك.

الحالة متأثرة بضغوط المحيطين بها وبالمجتمع الراض للجسد البدين، فهي تشتكي من مشاعر الإحراج والخجل الاجتماعي لأن هذا الخجل يرتبط برفض الآخرين من خلال النظرات المزدرية للجسد البدين والنقد السلبي وعدم التقدير، هذا ولد معاناة من الإحساس بعدم القيمة **La dévalorisation** وأنها ضحية لسخرية الآخرين بسبب الجسد البدين، غير موافق للمعيار الاجتماعي المحبب، ومشاعر الحالة التي تكونت عن نفسها هي حساسة للطريقة التي يفكر وينظر بها الآخر لها ولقد توضح ذلك بقولها: "ننقلق من الناس ونظراتهم ليا ولجسمي، راجلي يزقق عليا وعلى سمنييتي وخطرات نزعف وبتنارفا، نشري لباسات عراض بش ميبانوش **les formes** تع جسمي، أحيانا منبغيش نروح للحفلات أو الأعراس وليت نحشم ومنلقاش وش

نلبس"، وهذا جعلها تتبنى استراتيجيات التجنب لتفادي الإحساس بالألم النفسي، وعليه فنظرة ورأي الآخر الراضة التي تمثل المرأة الاجتماعية حسب شارل كولي **Charle cooley** تبعث إشارات بالقبول أو الرفض، وتساهم في بناء الشعور بالذات الاجتماعية الايجابية أو السلبية، وفي هذه الدراسة الحالة تشكل لديها تصور سلبي نحو الذات الجسمية والذات الاجتماعية لديها وبالتالي تقدير ذات سلبي، ولأن تقدير الذات الايجابي يستند على المرغوبية والقبول الاجتماعي والإحساس بالجاذبية خاصة لدى الإناث، وهذا ما أثبتته وتأكده الدراسات العلمية لـ مانوس وآخرون **Manos & all**، ولاثا وآخرون **Latha & all** وسيمون دي بوفواغ **simone dibovaire**، وحسب رأي كل من لارنر، وجيلر، ولونور، وشرودر **Walniel & Greeves & Gelbert & Lonor & Shroder** فإن رأينا كأفراد في ذواتنا وتقييمها يتأثر بالعمليات الاجتماعية وقبول الصورة العقلية الاجتماعية المحددة للجسد المقبول والمفضل.

بسبب الفشل في تجارب الحمية المختلفة التي قامت بها الحالة تكون لديها حوار داخلي يميل إلى الإسناد الداخلي مثلاً: "أنا مكان حالة"، وهذه الأفكار تفعل الإحساس بالشك في القدرات، وتبدو الحالة عاجزة عن التحكم في أفكارها ومشاعرها، وسلوكاتها الغذائية وهذا ما أشار إليه إليس، وبيك **Ellis**، **BECK** أن أسلوب التفكير الخاطئ والسلبية عن الذات يؤثر في سلوك الفرد بالسلب، وهذا يؤدي إلى تقدير الذات بصورة سلبية كما أن السلوك يكون مضطرب ويؤدي إلى الفشل، وهذا ما تؤكد عليه "سيمون دي بوفوار" **Simone dibovaire** بقولها: "أن فقدان الثقة بالجسد يؤدي إلى فقدان الثقة بالذات"، أي أنه كلما زاد الرضا عن الجسد كان تقدير الفرد لذاته إيجابياً والعكس صحيح، فكلما انعدم الرضا عن الجسد كلما كان تقدير الفرد لذاته سلبياً.

ولهذا ومن خلال هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي حاولنا أن ننقل الحالة من التركيز على المعاناة النفسية من الجسد البدين لإيجاد حل لمشكلة البدانة لديها، برفع وعيها بسلوكها الغذائي السلبي وتغييره، وتغيير أفكارها من السلبية إلى الايجابية حيث تخدم رغبتها ومصحتها المستقبلية، وذلك باستثارة الدافعية من خلال المثيرات بالوسائل والأدوات والتقنيات التي استعنا بها في تطبيق هذا البرنامج العلاجي، والدافع المتمثل في الرغبة في المعرفة لدى الحالات لتعلم التغذية الصحية والعناية بالجانب النفسي، بهدف تحقيق الهدف المنشود تخفيف الوزن وإمكانية الحصول على الجسد الرشيق، وهذا ما يؤكد عليه إبراهيم **Ebrahim**: "أن التدخلات العلاجية لتحسين تقدير الذات تشجع على التواصل وتساعد الأفراد على أن يتساندوا ويساعدوا بعضهم البعض وهذا يمنع من تطور الأمر إلى اضطرابات الطعام".

- يوضح (14) الجدول الموالي أهم الاستنتاجات المتوصل إليها قبل وبعد البرنامج العلاجي:

الحالة الأولى	قبل الخضوع للبرنامج العلاجي	بعد الخضوع للبرنامج العلاجي
الجسد	<p>بدانة مفرطة</p> <p>نوع البدانة: Androïde</p> <p>الوزن: 112 كغ.</p> <p>ومؤشر الكتلة: 43,47%.</p> <p>أعراض جسدية: اضطرابات المعدة، آلام على مستوى المفاصل آلام على مستوى الظهر، التهابات جلدية، الإحساس بالتعب على أقل مجهود، ضيق التنفس عند المشي لمسافات، الإحساس بالكسل.</p>	<p>بدانة</p> <p>الوزن: 99 كغ</p> <p>مؤشر الكتلة: 38.67%</p> <p>مؤشر الكتلة المفقود: 5.1%</p> <p>الوزن المفقود: 13 كغ</p> <p>أعراض الجسدية: فقدان الوزن، تغير المقاس، تحسن في أعراض المعدة، اختفاء عرض ضيق التنفس، والإحساس بالتعب، مشاعر الإحساس بالخفة.</p>
الأفكار	<p>أفكار سلبية عن الذات والجسد، لوم الذات على كثرة الأكل، مشاعر الاستياء نحو صورة الجسم في المرأة، مشاعر سلبية لعدم إيجاد ملابس لائقة حسب الذوق للجسد، النقد الداخلي السلبي للذات، مقارنة الذات مع الأخريات، وتتمثل في: "راني نخاف على صحتي"، "كل مكان يزيد وزني كنت نزعف ونتتارفا على روحي ونطيز من نفسي ونبقى غير ناكل في كل وقت، أنا مكان حالة " مرات منكونش جيعانه بصح منقدرش نمنع</p>	<p>* ساهمت التربية العلاجية في بداية البرنامج العلاجي في رفع وعي الحالة بمرضها وآثاره السلبية على الصحة النفسجسدية مستقبلا، وتبنت الحالة شرب الماء الكافي واستخدام بذور الشيا كعامل مساعد على الشبع وفوائده كمكمل غذائي، وأهمية زيادة النشاط البدني.</p> <p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول الأفكار السلبية وتأثيرها، وأهمية الأفكار الايجابية وفوائدها، ومواجهة الأفكار السلبية وتحديدها</p>

<p>بالحوار السقراطي وتغييرها لأفكار ايجابية.</p> <p>* تنامي لدى الحالة الوعي الذاتي بسلوكها السلبي بقولها: " ماكنتش فاهمه روجي".</p> <p>* تعرفت الحالة على أفكارها السلبية المؤدية لتفعيل المشاعر السلبية لديها، والنتيجة سلوكيات سلبية كالأكل الانفعالي والقضم بين الوجبات والأكل السريع، هذه الأفكار السلبية تجعلها تعيش معاناة نفسية مؤلمة.</p> <p>* توصلت الحالة إلى تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية مثل: " أنا تعلمت كيفأش نَنَعْدَى صِحِّي بدون حرمان وَرَنِي نَهْتَم بِرُوجِي، وَأنا نَقْدَر نُواصل: " أنا نقدر نسيطر على روجي وعندي بديل صحي للحلويات والشكولاتة الصحية"</p> <p>* تغير النقد الداخلي السلبي بأفكار ايجابية داعمة ومؤكدة للذات مثل: " أنا إرادتي قوية "</p> <p>* حفظ الأفكار المناسبة لمواجهة النقد المختلف للآخرين عن ظهر قلب، والتدرب عليه مع حالات المجموعة لاستخدامه عندما تتعرض له وعندما تقتضي الضرورة أمثلة: " إنني بحاجة للدعم والمساعدة وليس النقد السلبي وأن هذا الأسلوب يؤذيني نفسياً"، أنا لا أحب هذا الأسلوب وإذا تكرر سيكون لدي موقف آخر، وأقول لهم النصيحة أمام الناس</p>	<p>روحي من إغراء الحلوة والقاطو"، " مرانيش راضيه هاو هكا ونرضا على روجي</p> <p>surtou كنشوف روجي فلمرايا ومين منلقاش ملابس قدي"، " normale نفرح بروحي بزاف بصح ماتدمش الفرحة كنعاول نولي ناكل كما موالفه نعاود نولي كما كنت ولا كثر"، "، " يعجبوني النسا الناقسات ونقول علاش مجيش كيفهم، جسمي ولا مشي شباب كاع مراش عجبني ظهري صدري كرشى كلشي ضاع فيا".</p>
---	---

<p>فضيحة والقصد منها الإحراج" هذا التعلم عزز من تأكيدها لذاتها وصرحت أنها ستعلمه لأبنائها بقولها: " غادي نعلم ولادي وش تعلمت على كيفاش نواجهو النقد بطريقة مليحة"</p> <p>* كنت نحلم ندخل في وزن تسعينات وليت نحس روجي خفيفه وروني فرحانة بروحي".</p>		
<p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول انفعال الغضب وتأثيره السلبي على الهرمونات وعلى نظام الحرق في الجسم، وعلى الذات وعلى الآخرين وعلى العلاقات، وتوصلت الحالة من خلال الحوار السقراطي إلى أنها لا تسيطر غضبها بطريقة صحيحة بتوصلها إلى فكرة: "واه الغضب يخليني نخسر، رايحه نحاول نسيطر على روجي بالتنفس كنحس بالغضب ونحاول نُسْفِسي ونفهم قُبْلُ".</p> <p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول المقارنة السلبية وما يمكن أن تولده من مشاعر سلبية، والإحساس بالضعف تتولد مشاعر النقص والدونية، وتكون سبب في تقلب المزاج وعدم الرضا وتوليد للصراع النفسي والألم النفسي.</p> <p>* حفزنا الحالة على حفظ كلمات ايجابية بأفكار وكلمات إيجابية مثل: " أنا إنسانة فريدة لا احد يشبهني ولا أشبه أحد " "أنا مميزة ولا وَحْدًا تُشَبِّهْلي"، " هناك دائما شخص أحسن</p>	<p>حزن، غضب نحو الذات والآخرين، وكره الجسد، توتر اجتماعي من خلال مشاعر الخجل والإحراج من الجسد البدين، الاستياء من نقد الآخرين ومن أفراد العائلة أو المحيطين، مثل: "كنزعف نروح نقلي البيض ولا ناكل ديسار، نحس بالراحة"، ولادي مرات مايساعفونيش ويغضو رسانهم وهاد شي يزعفني ويقلقني وأنا خاف عليهم بزاف"، " راني كارهه من روجي"، " أنانبغي الماكلة بزاف بصح نندم تتي كناكل بزاف"، " درت الرجيم شحال من مرة بصح مننقششي بزاف ونعاود نولي كما كنت ولا كثر ويقولي راسي راني ereur أنامكان حالة وصايي"، " وليت كي نمشي بزاف نولي نُنْهَجْ وروني خايفه على صحتي".</p>	<p>المشاعر</p>

<p>مني وأتقبل ذلك" ، لتعزز تأكيد الذات والثقة في النفس.</p>		
<p>من بداية الحصة الأولى تبنت الحالة شرب الماء بالكمية المحددة حسب الاحتياج اليومي لجسمها، وبحثت عن بذور الشيا وتبنتها في نظامها الغذائي، وتنامى لديها الوعي بسلوكها الغذائي السلبي، وعليه توقفت عن القضم بين الوجبات الرئيسية وذلك بيتشيت انتباهها نحو الأكل بشرب الماء أولاً ثم القيام بشيء آخر وذلك بتصريحها: "دروك راني كنزغف نشرب الماء، ونروح ندير حاجة أخرا المهم منكش بين الوجبات الرئيسية، ونقصت الخبز والعجين وبطلت لمناد وراني نستعمل بذور الشيا قبل الأكل ومرنيش نحس بالجوع، ودروك راني نحاول بش ناكل بشوية ومنسرغش فالمضغ، وزيدت حصة تالته للرياضة في سمانه"، " عرضتني بنت عمي للطهارة ناع ولدها وروحت وتعشيت معاهم والمكلة كانت غنية بالدهون والنشويات والسكريات لكن أنا شربت الماء بزاف ومكليتش الخبز وما شريتش لموناد، وغدوا نقست السعرات وكليت غير السلاطة وفواكه قليلة بش نعوض".</p>	<p>سلوك غذائي سلبي يتمثل في الأكل العاطفي، القضم Grignotage السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف Accès Hyperphagiques Leger، الاستسلام المتكرر والتوقف عن الحمية، استراتيجيات المواجهة والتجنب السلبي، تستعمل مشروبات تساعد على الحرق مثل مشروب الكمون أو الزنجبيل أو القرفة، استهلاك قليل للماء، ممارسة الرياضة مرتين في الأسبوع.</p>	<p>السلوكات</p>
<p>ظهر الدعم والمشاركة للزوج والابنة في دعم النفسي والمادي من أجل المتابعة والاستمرار في التغيير وتطور أفكارها الايجابية نحو ذاتها</p>	<p>: "راجلي وينتي ينتقدوني ويقولولي نفسي مكلة"، "نشري لباسات عراض بش ميبانوش les formes تع جسمي"، "نتقلق من</p>	<p>نظرة الآخر واستراتيجيات</p>

<p>ونحو الآخرين، ولقد أشارت الحالة أن زوجها لم يعد ينتقدها ويسخر من بدانتها بقولها: " كفهتمه بلي النقد السلبي وزعاقه تاعه تزعفني وماتعاونيش وبلي أنا محتاجه يعاوني، دروك حبس مراهش ينتقدي ويزعق عليا "</p> <p>* تغيير وزن الحالة ومقاسها جعلها تكافئ نفسها بشراء جلابة أصغر عن المقاس السابق، وكانت تتمناها وأهداها زوجها لها، وهذا كان ضمن أفكار الالتزام العلاجي على الحصص وما يمكن أن تقوم به لتكافئ نفسها في حالة انخفاض الوزن لتعزيز السلوك الايجابي والاستمرار عليه.</p>	<p>الناس ونظراتهم ليا ولجسمي"، نزعف من الانتقادات تع النساء على جسمي surtout من عند نساء ناقسات"، " أحيانا منبغيش نروح للحفلات أو الأعراس وليت نحشم ومنلقاش وش نلبس"، "راجلي يزعق عليا وعلى سميتي وخطرات نزعف ونتتارفا ونزكي معاه".</p>	<p>المواجهة</p>
<p>تحصلت الحالة على درجة 134 في القياس البعدي، والتي تعبر عن ارتفاع مستوى تقدير الذات، وتوضح ذلك بتغير في استجابات الحالة على بنود مقياس تقدير الذات (أنظر ملحق مقياس التقديم البعدي)</p>	<p>تحصلت الحالة على درجة 80 والتي تعبر عن مستوى متوسط لتقدير الذات في القياس القبلي.</p>	<p>نتائج القياس</p>

* جدول (15) تقييم الحالة "ف" للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

البرنامج العلاجي	درجة ضئيلة	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة
الدرجة				+

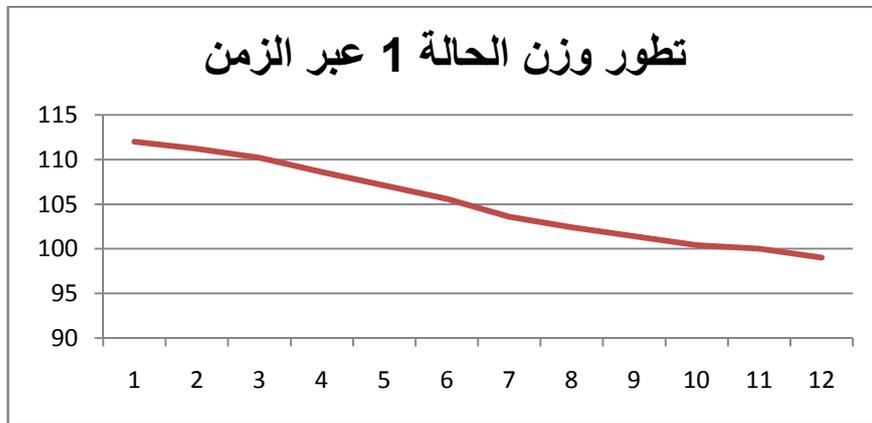
* نستنتج من خلال الجدول التقييم الايجابي للبرنامج العلاجي من طرف الحالة الأولى.

- جدول (16) يوضح تغير في وزن الحالة الأولى مع التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الحصص	الأسبوع 1	الأسبوع 2	الأسبوع 3	الأسبوع 4	الأسبوع 5	الأسبوع 6	الأسبوع 7	الأسبوع 8	الأسبوع 9	الأسبوع 10	الأسبوع 11	الأسبوع 12
الوزن أثناء الحصص	112 كغ	111.2 كغ	110.2 كغ	108.6 كغ	107.1 كغ	105.6 كغ	103.6 كغ	102.4 كغ	101.4 كغ	100.4 كغ	100 كغ	99 كغ
الوزن المفقود	0 كغ	800 غ	1 كغ	1 كغ	1.5 كغ	1 كغ	2 كغ	1.2 كغ	1 كغ	1 كغ	1.5 كغ	1 كغ
الوزن المفقود	13 كغ											

* يوضح الجدول تغير الوزن لدى الحالة الأولى وإنخفاضه تدريجياً من 112 كغ إلى 99 كغ.

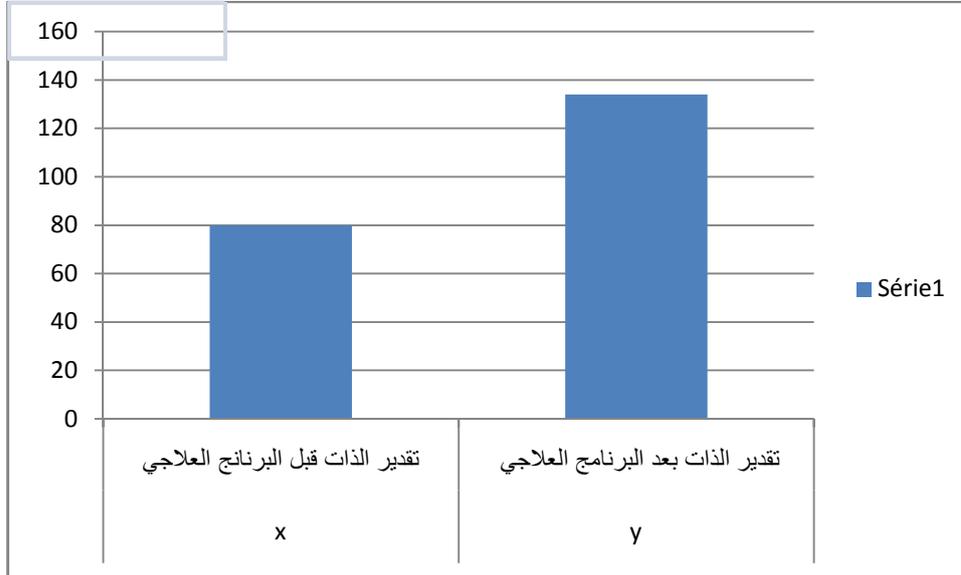
- رسم (02) بياني يوضح تطور وتغيرات وزن الحالة الأولى عبر الحصص العلاجية:



مخطط بياني يوضح تغيرات الوزن للحالة الأولى بين الحصص العلاجية

* يتوضح من الرسم البياني تغيرات في الوزن لدى الحالة الأولى أثناء التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وانتقل الوزن تدريجياً ونزولاً من 120 كغ في الحصص الأولى إلى 99 كغ في الحصص الثانية عشرة.

- رسم بياني (03) يوضح تغيرات لدى الحالة الأولى في مستوى تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:



مخطط يوضح تغير درجات مقياس تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي

* يتوضح من خلال المخطط البياني تغيرات في درجات تقدير الذات لدى الحالة الأولى من 80 درجة والتي تدل على تقدير ذات متوسط على مقياس تقدير الذات قبل البرنامج العلاجي، والانتقال إلى 134 درجة والتي دوتدل على ارتفاع في مستوى تقدير الذات بعد البرنامج العلاجي.

- جدول (17) يوضح أهم التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الحالة	درجات التقديم	درجات التقديم البعدي المقياس	الوزن قبل البرنامج	الطول	الوزن بعد البرنامج	الوزن المفقود	مؤشر الكتلة قبل البرنامج	مؤشر الكتلة بعد البرنامج	مؤشر الكتلة المفقود
01	80	134	112 كغ	1.60م	99 كغ	13 كغ	43.7%	38.6%	5.1%

* الجدول يوضح تغيرات مستوى تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي من 80 درجة إلى 134 درجة وهذا دليل على التغير والتحسن الايجابي لمستوى تقدير الذات، وتغير الوزن من 112 كغ قبل البرنامج العلاجي إلى 99 كغ بعد التدخل العلاجي وهذا دليل على انخفاض الوزن الايجابي.

- تقديم الحالة الثانية:

- معلومات شخصية:

- الاسم: ف - العمر: 25 سنة - الحالة الاجتماعية: عازبة

- الوظيفة الحالية: بدون - المستوى الدراسي: 1متوسط - الحالة الاقتصادية: متوسطة

- التاريخ المتعلق الوزن الحالي:

- الوزن الحالي: 142 كغ - الطول الحالي: 170 - مؤشر الكتلة: 49.13% بدانة مفرطة

- نوع البدانة: **Généralisé** سمنة عامة، يخزن الجسم الدهون الزائدة في الجزئين العلوي والسفلي.

- الوزن المثالي الذي ترغب فيه: بين 70 - 80 كغ

الحالة " ف " 25 سنة، عازبة ماكثة بالبيت وبدون عمل، تظهر عليها ملامح الحزن، لديها اثنان إخوة ذكور وأخت واحدة أكبر منها، فقدت الحالة أخواها الأكبر وتوفي نتيجة حادث مرور، كذلك بعد سنوات توفيت الأخت الكبرى نتيجة مضاعفات من التهابات على مستوى الكليتين، وتوفي الوالد كذلك بعدها بسنتين، وكان يعاني من مرض السكري، تتجاوب الحالة معنا بطريقة جيدة رغبة في التعلم رغم الحزن الذي يبدو عليها، وهدفها من هذه التجربة التخلص من الوزن الزائد.

تفيدنا الحالة بأنها عانت من السمنة منذ أن كانت طفلة صغيرة، وتعاني من تكيس المبايض، ولديها اضطراب في الهرمونات سبب توقف في الدورة الشهرية، وهي تتناول أدوية بخصوص هذا الاضطراب والتكيس، تعاني من تقلبات في الوزن منذ صغرها، وتفيدنا بأنها تشعر بالحزن الكبير وتقول: " أنا من زمان رني نحوس نقص وزني ومن فتره طويله وراني حاسه بلي راني نعيي في روعي باطل "، وأنها عندما تفقد كل كغ واحد من الميزان فإنها تشعر بفرح كبير، تضيف أنها ليست راضية عن جسمها بقولها: " جسمي كع ضاع راني نكرهه **surtou** كنشوف روعي فلمرايا".

تتوقع الحالة أنها ستبقى على هذه الحال بقية حياتها: " حياتي رايحه تبقى كمنهاك ماتنظش راحش نغير " ، الأجزاء التي تجدها غير متناسقة في جسمها تجيب: " كل شيء مراهش متناسق افخاذي كرشي صدري ودايما نعاني من جريحه بين أفخاظي وتحت صدري ودايما ندير **talk** ".

تزن الحالة جسمها كل مرة في قاعة الرياضة مرتين في الأسبوع، تفيدنا بأنها فقدت القليل من الوزن وليس كثيرا.

- السلوك الغذائي للحالة :

تقول أن عدد الوجبات في اليوم في بيتها أربعة وجبات فطور الصباح، الغذاء، وقهوة العشيّة، والعشاء، في الصباح لا تتناول شيء أما في الغذاء والعشاء فحضر مع بيض أو سمك، أنواع من المرق، وللتحلية فواكه أو مثلجات، وتتناول كثيرا بذور الزريعة (بذور دوار الشمس المملحة)، وتستهلك الحالة كميات قليلة من الماء.

بخصوص الحلويات فهي تخبرنا: "الحلويات منقدرش نقاومهم كي نصنعوهم في الدار كنت ناكل منهم بزاف خاصة كي نكون زعفانه، وكي دخلت الرياضة حبست مقليات والمعجنات والحلويات بصح نعاود نولي ناكل"، لكن سرعان ما ترجع لعاداتها القديمة وسلوكاتها الغذائية السلبية، تجيب الحالة حول مشاعرها مع سلوك الأكل والتغذية لديها: "أغلب الوقت ناكل الزعاف ناكل كميّه كبيره منفيقش شحال كلت وكيفاش كلت هاد الكميّه الكبيرة نحس روجي نغيس" وتفيد أنها تشعر بالندم وتلوم نفسها كثيرا.

تصرح الحالة أنها تحاول تطبيق الحمية بمفردها دون إشراف طبي أو متابعة من الطبيب الذي تتوجه عنده للعلاج بخصوص الاضطرابات الهرمونية، فلم يحدد لها بالضبط نظام غذائي محدد بتفاصيله، وهو ينصحها بأن تقلل من المعجنات والسكريات فقط.

تجيبنا الحالة بأنها تأكل الأطعمة بطريقة سريعة، وهي لا تجبر نفسها على التقىء، وتستعمل الشاي الأخضر والماء مع الليمون لمساعدتها على تخفيف الوزن، بالنسبة للنشاط الرياضي فهي تمارسه مرتين في الأسبوع في القاعة الرياضية، وهذا بمساعدة أخيها الذي هددها إن لم تخفف وزنها في هذا السنة فلن يتركها تمارس الرياضة في القاعة الرياضية لأنه يقوم بتوصيلها وإرجاعها إلى البيت، تفيدنا بأنها تمارس النشاط الرياضي لمحاولة تخفيف وزنها ومن أجل اللياقة كذلك لأن وزنها يشعرها بالتعب ويعيقها عن ممارسة النشاطات البسيطة في البيت وتقول: "وليت ثقيلة ونحس بالتعب بالخف وظهري ورجليا يضروني".

تحكي الحالة عن وفاة أختها الكبيرة وهي عازبة نتيجة التهابات مزمنة بالكلية، توفي الأخ الأكبر كذلك بسبب حادث تعرض له في دولة خارج البلاد، بعدها بسنوات فقدت الحالة والدها وهي تشعر بالوحدة وتصرح

بحزن كبير والدموع تظهر عليها: " الدنيا بلا بويا ما تسواش ورائي حاسه روحي وحدي مكانش اللي يبغيني كيما كان بويا يبغيني".

تقول الحالة أن حياتها كانت كسل في كسل لقد كانت الطفلة المدللة لدى أبيها ويشترى لها الكثير من الحلويات والشيبسي، وتفيدنا أنها لا تعاني من اضطرابات في النوم بل هي تفضل السهر لأوقات متأخرة مع شبكة التواصل الاجتماعي واليوتيوب، وتضيف بأنها لا تعاني مشاكل في التركيز أو الذاكرة.

وتفيدنا بأن السمنة متواجدة في عائلتها فالأب كان يعاني من السمنة كذلك الأخت الكبيرة توفيت وهي بدينة، كذلك الأخ الأكبر المتوفى كان يعاني من البدانة ما عدا الوالدة وأخوها المتبقي فهما غير بدنين.

تأكد الحالة بأنها لم تدخل المستشفى من قبل بل تعرضت لحادث سيارة عندما كانت صغيرة في السن وكسرت ذراعها وتم تجبيرها في نفس اليوم، وتكرر الحادث مرة أخرى مع شخص أراد أن يضربها تقول وبسبب محاولتها للهرب منه بسرعة سقطت على الأرض فكسرت يدها مرة ثانية، وعليه قرر الوالد أن يوقفها عن التمدرس، تقول الحالة أنها منذ أن توقفت عن الدراسة تغيرت حياتها كلياً مرضت الأم ومرض الأب وبعد ذلك توفيت الأخت والأخ، وبعدها بسنوات توفي الأب، وتحملت الحالة مسؤولية أشغال البيت لوحدها فهي مشغولة دائماً وتهتم بالبيت ونظافته، طبخ الأكل، الغسيل وتفيدنا: "مسؤولية تع الدار عياتني وجسمي يتعب بلخف والله غير كرهت والأم تعي متحسنش عوني وتقلي والفي القضيان وتعلمي نتي مرا تع دار وهاد الهدره تزعفني".

تفيدنا الحالة بأن علاقتها مع أمها متوترة لأنها تهينها وتنتقدها حول جسدها البدن وتقول: "شوفي كي وليتي راني نحشم بيك كنخرج معاك"، وعندما تكون الحالة تأكل تنتظر إليها بطريقة تشعرها بأنها تكرهها، وتفيدنا أن هذه الانتقادات المستمرة تجعلها تشعرها بالغضب وبتوتر مستمر، وتشير الحالة إلى أنها تتعرض للنقد والسخرية من المحيط، وفي مرة كانت مع ابنة عمها عند الجدة وفي الليل قالت لها: "حرزي تدوري عليا تكتليني راكي غير تزيدي تسماني"، مرة أخرى تفيد الحالة أنها تعرضت للنقد من طرف امرأة من العائلة أمام صديقتها فشعرت بالخجل وصديقتها دافعت عنها أمامها وتخبرنا بقولها: "راني نحشم بسمونيتي ودايما نلوم في روحي ولوكان لطاي تعي شابه كون راني تزوجت".

أما علاقتها مع الأخ فتجيب: "النار بيناتنا، يذكر فيا بزاف، ما يعاملنيش غايه يعايرني ويزعق على سمونيتي، حارمني من كل شيء، الباب تاع الدار وما نلهش، ما عنديش صحابات، منخرجني عند

الناس وحدي، هذه الأيام جارتي كانت تقرا معيا عرضتنا للعرس تعها وخويا منغني بش نروح وقالي هي تزوجت ونتيا بُرتي " تتنهد الحالة وتبكي.

- وثيقة الالتزام العلاجي للحالة الثانية:

أنا الممضية أسفله أعد بأن أكون جدية في الالتزام بمواعيد الحصص العلاجية وأطبق كل ما أتعلمه من تقنيات علاجية لأحقق هدفي.

الهدف: الوصول إلى وزن 75 كغ

كيف ذلك: تنظيم الوقت، متابعة نظام أكل صحي، والرياضة.

في أي مدة زمنية: سنة واحدة فما فوق

سأعلق هذا العقد في غرفتي حتى أتذكر كل يوم وعودي وهدفي.

- أفكار الحالة حول لماذا تريد تخفيف وزنها:

* من أجل نفسي وصحتي.

* حتى أتمكن من لبس الملابس التي أحبها.

* حتى أتفادي التتمر من الناس.

* حتى أكون رشيقة وجميلة أمام الناس.

* حتى أتزوج ولبناء مستقبلي.

أفكار الحالة حول كيف تكافئ نفسها عندما تخلص الوزن:

* أشتري الملابس التي أحبها.

* أهدي نفسي أظافر مؤقتة.

- الأفكار السلبية المستنتجة من الاستبيان من خلال الأسئلة المطروحة من طرف الباحثة حول لماذا

اختارت الحالة الثانية هذه الاستجابات منها مايلي:

- " راني مقلقه على صحتي وراني مريضه Morale راه طايحلي منها" ، " ما رانيش راضيه على جسمي راني سمينه بزاف" ، " النقد تاع الناس يزيد يوترني نحس بلي ما نعجبهمش وما بيغونيش" ، " مين نشوف بنات ناقسات وشابات نحس بالغيره" ، " راني نحشم بجسمي وليت نكره روعي كرشي خارجه كلشي فيا راه يعيف" ، " تمنيت لوكان عندي جسم رشيق" ، " نخاف ونحشم من جسمي ايدا منعريش أجزاء منه" ، " أقارن نفسي بزاف مع البنات لآخرين هما عندهم لاطاي شابه و أنا سمينه بزاف راني ضايعه" ، " اختار غير ملابس العريضه نُدرك بها جسمي" ، " أنخاف من أفكار الناس عليا لأنني نشوف في عينيهم اللوم" ، " نزعف بزاف مين ينتقدوني على جسمي خاصة أمي وأخي وبعض أفراد العائلة كنت نزعف ونرد عليهم بصح دروك راني نسكت ومنردش أعليهم" ، " أحيانا أفضل العزلة بش ما نتعرضش للانتقادات" ، " من حبش نحظر في الأعراس تع ناس آخرين بش ما يشوفونيش سمينه" ، " سمونية تاعي خلنتي نحس باللي أنا غير مهمة لأن حتى واحد ما راه يخطبني وراني خايفه لمنتزوجش" ، " أحضر الأعراس القريبه جدا من العائلة ولا اختلط بعامة الناس بش ميخزروش فيا وفي لطاوي تعي".

- جدول (18) نموذج الواجب المنزلي حول سجل التغذية اليومي للحالة الثانية:

اليوم	9-8	-9	-10	12-11	1-12	2-1	3-2	-3	6-5	-6	8-7	9-8
ماذا أكلت	الماء	قهوة+ سكر2		زريعه 3علب	شورية خبز الشعير سلطة بتيخ الماء			4	قهوة+ سكر3 قطع بسبوسة الماء	7	إسكيمو	3محابب سلطة+ خبز الشعير دلاع الماء إسكيمو
مشاعر قبل الأكل	عادي	عادي		منارفا أمي وبختني على اشغال البيت	زعفانا						عادي تشهيت حاجة حطوة	
مشاعر بعد الأكل	عادي	عادي		ارتاح	كثرت من الخبز لمت روحي				الارتياح لوم أكثرت من بسبوسة		الارتياح	أخي انتقدي على إسكيمو وزعت
مع من كنت	الدار مع أمي	الدار مع أمي	مع أمي	أمي	أمي وأخي				أمي في البيت		وحدني في البيت	أمي وأخي في البيت

- جدول (19) التحليل الوظيفي للحالة الثانية:

النتيجة	السلوك	المثيرات القبلية
مشاعر الاستياء، الغضب، لوم الذات، الشعور بالإحراج والخجل استراتيجيات التجنب	الأكل بكثرة، الأكل بين الوجبات الرئيسية	توبيخ الوالدة، النقد والسخرية من الأخ ، النقد والسخرية من أفراد العائلة، مشاعر الوحدة والحرمان العاطفي، الخوف من المستقبل.

- استنتاج الحالة الثانية:

تزن الحالة الثانية 142 كغ، مؤشر كتلتها 49.13% دليل على بدانة مفرطة.

- نوع البدانة: **Généralisé** السمنة العامة يخزن الجسم الدهون الزائدة في الجزئين العلوي والسفلي.

- الأعراض الجسدية: تكيس مبايض، اضطرابات هرمونية، توقف الدورة الشهرية، ألم على مستوى الرجلين والظهر، التهابات جلدية على مستوى الفخذين وتحت الصدر.

- السلوكيات والآثار النفسية: أفكار سلبية عن الذات والقدرات والجسد، (الأكل العاطفي، القضم **Grignotage**، السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف **Accés Hyperphagiques Leger**) ، توقع عدم التغيير والبقاء على نفس الوضعية، القلق والخوف من عدم الزواج، توتر اجتماعي الإحساس بالخجل والإحراج وبوصمة العار من الجسد، الاستياء من الإهانات والنقد الخارجي من المحيطين، احتقار للذات والقدرات والنقد الداخلي للذات، مقارنة الذات والجسد والإحساس بالغيرة من الجسد الرشيق، الاستسلام المتكرر لمواصلة الحمية، الإحساس بالوحدة والفراغ والحرمان العاطفي.

- نتائج القياس القبلي للحالة الثانية:

بعد إجراء التطبيق القبلي لمقياس تقدير الذات، وجدت الطالبة الباحثة أن الحالة تحصلت على درجة 63 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات، ولقد توضحت المعاناة النفسية من خلال إجابة الحالة على البنود والتي أظهرت عدم تقبل للجسد البدين وعن عدم الرضا عنه والنقد الذاتي السلبي، وما جعل

الوضع يستاء المشاعر السلبية التي يخلفها نقد الآخرين (أنظر الملحق الخاص بمقياس تقدير الذات للحالة الثانية)

- تحليل سيرورة البرنامج العلاجي لدى الحالة الثانية:

الحالة "فا" تعيش وضعية مقلقة متمثلة في البدانة ولديها وعي بالأثر النفسي والجسدي للجسد البدين بقولها: "راني مقلقه على صحتي وراني مريضه **Morale** راه طايحلي منها" ، فهي كمختلف النساء تقدر الجسد الرشيق والمرغوب، وترى بأنه هو الذي يعطي قيمة إيجابية للمرأة في محيطها بقولها: " تمنيت لو كان عندي جسم رشيق " ، وأصبحت وضعية البدانة تؤثر عليها سلبيا وتسبب لها مساس في قيمة الذات.

الحالة تعاني من أعراض جسدية مؤلمة تتمثل في تكيس مبايض، اضطرابات هرمونية، توقف الدورة الشهرية، ألم على مستوى الرجلين والظهر، الإحساس بالكسل وبالتعب، التهابات جلدية على مستوى الفخذين وتحت الصدر، ويظهر ذلك بقولها: " وليت ثقيلة ونحس بالتعب بالخف وظهري ورجليا يضروني".

النظام الغذائي لدى الحالة يعتمد على أكل غني بالنشويات (المعجنات، الخبز، الحلويات) والمشروبات الغازية مع فواكه قليلة، وقليل البروتينات (الببيض، اللحم، الأسماك)، وتتناول كميات قليلة من الماء، ويعود هذا إلى الجانب الاقتصادي المتوسط للعائلة.

الحالة متحملة للأعباء والأشغال المنزلية بمفردها، وهذا ينعكس على طريقة تعاطيها مع الأكل حتى تصل إلى التعب الجسدي والإرهاق النفسي مما يؤدي بها إلى الأكل أحيانا ليس جوعا، وإنما للتخفيف من المشاعر السلبية ويظهر ذلك من تصريحاتها: " مسؤولية تع الدار عياتني وجسمي يتعب بلخف والله كرهت والأم تعي متحسنش عوني وتقلي والفي القضيان وتعلمي نتي مرا تع دار وهاد الهدره تزعفني"، أغلب الوقت ناكل زعاف"

ظهر لدى الحالة بدانة مقاومة، فالحمية التي حاولت إتباعها غالبا ما واجهت كبحا، لأنها حاولت القيام بالحمية لكنها لا تستمر ثم تعود لسلوكاتها الغذائية السابقة، والإحساسات المتعلقة بالتغذية هي مدركة لكن احترامها مستحيل فسلوك التغذية موجه من خلال الانفعالات مثل الحزن والغضب وهذا بقولها: " أغلب الوقت ناكل زعاف ناكل بزاف منفيقش شحال كليت وكيفاش كليت هاد الكمية الكبيرة نحس روجي نغيس"، فالتغذية تصبح فعلا فكريا منقطعا عن إحساسات التغذية للجوع والشبع فعلاقة الحالة بالتغذية سيئة ويظهر

ذلك بقولها: "أنا من زمان رني نحوس نفس وزني ورائي حاسه بلي راني نعيي في روعي باطل"، " الحلويات منقدرش نقاومهم كي نصنعوهم في الدار كنت ناكل منهم بزاف خاصة كي نكون زعفانه، وكي دخلت الرياضة حبست مقلبات والمعجنات والحلويات بصح نعاود نولي ناكل" فالحالة تفقد السيطرة على سلوكاتها الغذائية، وهذا يقودها إلى اختلال على مستوى التغذية مع بدانة مفرطة واضحة.

ظهر لدى الحالة الفشل في تجربة الحمية التي قامت بها، وتكون لديها حوار داخلي يميل إلى الإسناد الداخلي وتوقعات سلبية مثلاً: "أنا راني ضايعة"، "أنا مغدياش نتغير غادي نبقا كما راني"، وهذه الأفكار تفعل الإحساس بالشك في القدرات، وتفعل سلوكات التردد والتأجيل وعدم القدرة على اتخاذ القرار الحاسم.

إن الحالة "فا" تعيش معاناة نفسية متعلقة بعدم تقبل الجسد البدن فهي تعيش صراع نفسي بين الأفكار السلبية والمشاعر المؤلمة وما تعتبره مشوها وذلك بقولها: "كل شيء مراش متناسق افخادي كرشني صدري ودايما نعاني من جريحه بين أفخاضي وتحت صدري ودايما ندير talk"، "جسمي كع ضاع راني نكرهه surtou كنشوف روعي فلمايما"، وتتوقع الحالة أنها ستبقى على هذه الحالة بقية حياتها وذلك بقولها: "حياتي رايحه تبقى كمنهاك مانظنش راحش نتغير".

ظهرت مشاعر الحزن والوحدة والإحساس بالحرمان العاطفي وهذا دليل على عدم الاكتفاء العاطفي، فعدم إشباع هذا الاحتياج للحب دفع الحالة إلى ملأ هذا الفراغ بشيء آخر ألا وهو الأكل العاطفي، والحرمان العاطفي جعلها تشعر بالخوف من المستقبل مع الإحساس بعدم الأمان، ولذلك فإن التعويض يتم بطريقة غير مباشرة عن طريق الأكل بحيث يحدث إرضاء مؤقت يهدف إلى التخفيف من هذه المشاعر والذي ارتبط بحب الطعام، وتوضح بقولها: "الدنيا بلا بويما ما تسواش ورائي حاسه روعي وحدي مكانش اللي بيغيني كيما كان بويما بيغيني"، "سمونية تاعي خلنتي نحس باللي أنا غير مهمة لأن حتى واحد ما راه يخطبني ورائي خايفه لمنتروجش"

ظهر لدى الحالة فقدان للمرونة النفسية وتركز على عيوبها الجسدية والنقص فيها وكل أفكارها ونشاطاتها تركز على جسدها البدن من خلال أفكارها بقولها: "ما رانيش راضيه على جسمي راني سمينه بزاف"، "رائي نحشم بجسمي وليت نكره روعي كرشني خارجه كلشي فيا راه يعيف"، "أنخاف من أفكار الناس عليا لأنني نشوف في عينيهم اللوم"، وعليه تبنت الحالة استراتيجيات التجنب مثل ملابس عريضة لتخفي جسدها، وتجنب المناسبات الاجتماعية كالاحتفالات والأعراس بقولها "اختار غير ملابس العريضة ندرّك بها

جسمي"، " نحضر الأعراس القريبه من العائلة و مندخلش روعي فالناس بش ميخزروش فيا وفي لطاي تعي".

ظهر لدى الحالة المقارنة الذاتية لجسدها مع الأخريات واحتقار الذات، وأدى ذلك إلى تقويمات وأفكار ومشاعر غير مفضلة وسلبية لجسدها المدرك بتصريحها: " مين نشوف بنات ناقسات وشابات نحس بالغيره"، " أقارن نفسي بزاف مع البنات لآخرين هما عندهم لاطاي شابه و أنا سمينه بزاف راني ضايعه"، هذه التقييمات السلبية دليل على تدني مشاعر قيمة الذات والدليل على جرح نرجسي، فهي تفعل لدى الحالة مشاعر النقص والإحساس بالدونية.

الحالة متأثرة بضغط المحيط وبالمجتمع الراض للجسد البدين، فهي تشتكي من مشاعر الإحراج والخجل الاجتماعي وتستعمل استراتيجيات سلبية للمواجهة (الرد بغضب أو السكوت)، وهذا الخجل يرتبط برفض الآخرين من خلال النظرات المحققة للجسد البدين والنقد السلبي والإهانات خاصة الأقربين منها انتقادات الأم: " شوفي كي وليتي راني نحشم بيبك كنخرج معاك"، انتقادات الأخ: " صحبتك تزوجت وانتيا بُرتي"، ونقد ابنة خالتها: " حرزي تدوري عليا تكتليني راكي غير تزيدي تسماني"، هذا ولد معاناة من الإحساس بعدم القيمة، وبسبب الجسد البدين غير موافق للمعيار الاجتماعي المحبب، ومشاعر الحالة التي تكونت عن نفسها هي حساسة للطريقة التي يفكر وينظر بها الآخر لها، وعليه تأثرت انفعالاتها بالسلب ولقد توضح ذلك بقولها: " النقد تاع الناس يزيد يوترني نحس بلي ما نعجبهمش وما يبغونيش"، " راني نحشم بسمونيتي ودايما نلوم في روعي ولوكان لطاي تعي شابه كون راني تزوجت"، " نزحف بزاف مين ينتقدوني على جسمي خاصة أمي وأخي وبعض أفراد العائلة كنت نزحف ونرد عليهم بصح دروك راني نسكت ومنردش أعليهم".

تبنت الحالة استراتيجيات التجنب وتجدها ترغب أحيانا في العزلة أو اجتناب كثرة الحديث مع الناس بتصريحها: " اختار غير ملابس العريضة نُدرك بها جسمي"، " أحيانا أفضل العزلة بش ما نتعرض للانتقادات"، " من حبش نحظر في الأعراس تع ناس آخرين بش ما يشوفونيش سمينه"، " أحضر الأعراس القريبه جدا من العائلة ومنخلطش فالناس بش ميخزروش فيا وفي لطاي تعي".

تعاني الحالة من الوصمة الاجتماعية، ومخاوف حول مستقبلها كزوجة بسبب جسدها البدين، وتعيشها تحت هاجس الكرامة المهتدة دائما بالعنوسة، فإن الذات المدركة لدى الحالة تظهر أنها ليس لها قيمة، ولا

أهمية خاصة أنها عازية، ولم تحقق الحاجة النفسية والفيزيولوجية والاجتماعية المتمثلة في الزواج والإنجاب، وهذا يشعرها بالرفض وبعدم المحبة والقبول من الآخر بقولها: " جسمي مع ضاع راني نكرهه **surtou** كنشوف روي فلمرايا"، " نحس بلي ما نعجبهمش وما بيغونيش"، ولوكان لطاي تعي شابه كون راني تزوجت"، " سمونيه تاعي خلتني نحس باللي أنا غير مهمة لأن حتى واحد ما راه يخطبني وراني خايفه لمنترزوجش"، هذا الصراع النفسي الذي تعيشه في حياتها اليومية من خلال ذاتها الاجتماعية جعلها ترغب أن تكون في مستوى توقعات المجتمع المحيط بها بأن تكون جميلة ورشيقة.

فرغبة الحالة في الجسد الرشيق تعكس رغبة تابعة لمرجسية المرأة وحبها لذاتها، وأن الرشاقة هي الوسيلة الأكثر جدوى لإيجاد الطرف الآخر، وأن أي نقص في هذا الجسد يمكن أن يجعلها مقصية ومهمشة من المجتمع، ولكن حقيقة أنها تدرك أن الآخر لا يتقبلها، ويرفض مظهرها الخارجي لجسدها البدين يساهم في استمرار هذا الصراع النفسي المؤلم مما يدفعها إلى محاولة تحقيق الذات، والغاية المتمثلة في الوصول إلى الجسد والقوام الرشيق الذي يقدم لها سند نرجسي، وذلك من خلال الحمية وممارسة الرياضة، وتوضح ذلك في أفكارها المتعلقة بأسباب رغبتها في تخفيف الوزن بقولها: "لأتفادي التمر"، "حتى أتزوج ولبناء مستقبلي".

ومما تقدم حاولنا أن ننقل الحالة من التركيز على المعاناة النفسية من الجسد البدين من خلال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لإيجاد حل لمشكلة البدانة لديها، وذلك برفع وعيها بسلوكها الغذائي السلبي وتغييره، وتغيير أفكارها من السلبية إلى الايجابية حيث تخدم رغبتها المستقبلية (من أجل نفسي وصحتي، حتى أتمكن من لبس الملابس التي أحبها، حتى أتفادي التمر من الناس، حتى أكون رشيقة وجميلة أمام الناس، حتى أتزوج ولبناء مستقبلي)، وذلك باستثارة الدافعية من خلال المثبرات بالوسائل، والأدوات والتقنيات التي استعنا بها في تطبيق هذا البرنامج العلاجي، والدافع المتمثل في الرغبة في المعرفة لدى الحالات لتعلم التغذية الصحية والعناية بالجانب النفسي، بهدف تحقيق الهدف المنشود تخفيف الوزن وإمكانية تحقيق الذات.

- يوضح الجدول (20) الموالى أهم الاستنتاجات المتوصل إليها قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الثانية :

الحالة الأولى	قبل الخضوع للبرنامج العلاجي	بعد الخضوع للبرنامج العلاجي
الجسد	بدانة مفرطة نوع البدانة: Généralise عامة الوزن: 142 كغ. ومؤشر الكتلة: 49.13%.	بدانة الوزن: 130 كغ مؤشر الكتلة بعد البرنامج: 44.98% مؤشر الكتلة المفقود: 4.15% الوزن المفقود: 12 كغ أعراض الجسدية: فقدان الوزن، تغير المقاس، تحسن في التنفس، تحسن على مستوى الظهر والرجلين
الأفكار	أفكار سلبية عن الذات والجسد، لوم الذات على كثرة الأكل، مشاعر الاستياء نحو صورة الجسم في المرأة، مشاعر سلبية لعدم إيجاد ملابس لائقة حسب الذوق للجسد، النقد الداخلي السلبي للذات، مقارنة الذات مع الأخريات، مشاعر الخوف من المستقبل، الإحساس برفض الآخر وتتمثل في: " راني مقلقه على صحتي وراني مريضه Morale راه طايحلي منها" ، " ما رانيش راضيه على	* في بداية الحصة تم رفع وعي الحالة بمرضها، وساهمت التربية العلاجية في بداية البرنامج العلاجي في رفع وعيها بالآثار السلبية للبدانة على الصحة النفسجسدية مستقبلا، وعليه تبنت الحالة شرب الماء الكافي حسب الاحتياج اليومي لجسمها، واستخدام بذور الشيا كعامل مساعد على الشبع وفوائده كمكمل غذائي، وأهمية زيادة النشاط البدني. * ولمواجهة الأفكار السلبية وتحديدها من خلال

<p>الحوار السقراطي وتغييرها لأفكار ايجابية تنامي لدى الحالة الوعي الذاتي بسلوكها السلبي بقولها: " كنت ناكل وصايي بلا ما نَعَسُ روعي ".</p> <p>* تعرفت الحالة على أفكارها السلبية المفعلة لمشاعر السلبية، والنتيجة سلوكيات سلبية كالأكل الانفعالي والقضم بين الوجبات والأكل السريع، هذه الأفكار السلبية تجعل البدانة مستقرة لديها.</p> <p>* توصلت الحالة إلى تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية مثل: " دروك راني نعرف السرعات شحال فالماكلة تعي ونتحكم فيها بلا مانجوع "، " أنا نقدر نسيطر على روعي، وراني نشرب الماء بزاف وصنعت حلوى بديلة صحية بطحين الحمص والتمر ومارانيش نحس بالحرمان "</p> <p>* تغير النقد الداخلي السلبي بأفكار ايجابية داعمة ومؤكدة للذات مثل: " أنا نقدر نواصل "</p> <p>* حفظ الأفكار المناسبة لمواجهة النقد المختلف للآخرين عن ظهر قلب، والتدرب عليه مع حالات المجموعة، وصرحت أنها ستتدرب عليه كل يوم في البيت بقولها: " نزيد نتمرن عليه فدار بش نتعلم ومنبقاش نكُرب وحدي "</p> <p>* "راني نحس روعي خفيفه، ونقس الشحط</p>	<p>جسمي راني سمينه بزاف" ، " النقد تاع الناس يزيد يوترني نحس بلي ما نعجبهمش وما يبغونيش " ، " مين نشوف بنات ناقسات وشابات نحس بالغيره " ، " راني نحشم بجسمي وليت نكره روعي كرشني خارجه كلشي فيا راه يعيف " ، " تمنيت لوكان عندي جسم رشيق " ، " نخاف ونحشم من جسمي ابدأ منعرش أجزاء منه " ، " أقارن نفسي بزاف مع البنات لآخرين هما عندهم لاطاي شابه و أنا سمينه بزاف راني ضايعه " ، " اختار غير ملابس العريضة نُدرك بها جسمي " ، " أنخاف من أفكار الناس عليا لأنني نشوف في عينيهم اللوم " ، " نزحف بزاف مين ينتقدوني على جسمي خاصة أمي وأخي وبعض أفراد العائلة كنت نزحف ونرد عليهم بصح دروك راني نسكت ومنردش أعليهم " ، " أحيانا أفضل العزلة بش ما نتعرضش للانتقادات "، " من حبش نحظر في الأعراس تع ناس آخرين بش ما يشوفونيش سمينه "، " سمونية تاعي خلنتي نحس باللي أنا غير مهمة لأن حتى واحد ما راه يخطبني وراني خايفه لمنتروجش " ، " أحضر الأعراس القريبه جدا من العائلة ولا اختلط بعامة الناس بش ميخزروش فيا وفي لاطاي تعي ".</p>
--	---

<p>في رجلها وظهري، وقشي وساع عليا، ورنى فرحانة".</p>		
<p>* توصلت الحالة من خلال الحوار السقراطي إلى أنها لا تسير غضبها بطريقة صحيحة بتوصلها إلى فكرة: "واه الغضب مشي مليح، لَوَّلًا ننتفس من بعد نَسْفَسِي ونفهم قَبْل، ونرد بهدوء".</p> <p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول المقارنة السلبية، حفزنا الحالة على حفظ كلمات وأفكار إيجابية مثل: "أنا إنسانة فريدة لا احد يشبهني ولا أشبه أحد " "أنا مميزة ولا وَحْدًا تُشْبِهُني"، " هناك دائما شخص أحسن مني وأتقبل ذلك" ، لتعزز تأكيد الذات والثقة في النفس.</p>	<p>حزن، غضب نحو الذات والآخرين، وكره الجسد، توتر اجتماعي من خلال مشاعر الخجل والإحراج من الجسد البدين، الاستياء من نقد الآخرين ومن أفراد العائلة أو المحيطين، مثل: " : " راني نحشم بسمونيتي ودايما نلوم في روحي ولوكان لطاي تعي شابه كون راني تزوجت " ، نزحف بزاف مين ينتقدوني على جسمي خاصة أمي وأخي وبعض أفراد العائلة كنت نزحف ونرد عليهم بصح دروك راني نسكت ومنردش أعليهم" ، " أحيانا أفضل العزلة بش ما نتعرضش لانتقادات" ، " من حبش نحظر في الأعراس تع ناس آخرين بش ما يشوفونيش سمينه " ، " سمونية تاعي خلنتي نحس باللي أنا غير مهمة لأن حتى واحد ما راه يخطبني ورائي خايفه لمنتزوجش" ، " أحضر الأعراس القريبه جدا من العائلة ولا اختلط بعامة الناس بش ميخزروش فيا وفي لطاي تعي".</p>	<p>المشاعر</p>
<p>من بداية الحصاة الأولى تبنت الحالة شرب الماء بالكمية المحددة حسب الاحتياج اليومي لجسمها، وتنأى لديها الوعي بسلوكها الغذائي السلبي وأصبحت تعرف عدد السعرات في الأغذية، وعليه توقفت عن القضم بين الوجبات</p>	<p>*سلوك غذائي سلبي.</p> <p>* استراتيجيات مواجهة سلبية.</p> <p>*تستعمل الشاي الأخضر وماء مع الليمون</p>	<p>السلوكات</p>

<p>الرئيسية وذلك بيتشتيت انتباهها نحو الأكل بشرب الماء بكثرة وذلك بتصريحها: "دَرُوكْ راني نشرب الماء بزاف، ورائي نختار الخضر لي سعاتها قليلة، وزيدت نشاط آيروبيك فالدار، وحبست العشاء فالليل وناكل ياوورت ناتوغ مع بذور شيا بش منجوعش فالليل"</p>	<p>لزيادة الحرق. * استهلاك قليل للماء. * تمارس الرياضة مرتين في الأسبوع.</p>	
<p>ظهر دعم الأخ وأمها من أجل المتابعة والاستمرار في التغيير وتطور أفكارها الايجابية نحو ذاتها ونحو الآخرين، ولقد وضحت الحالة أن أمها لم تعد تنتقدها ولم يعد يسخر منها أخوها من بدانتها بقولها: "كنت نخبر أمي على كل شيء نتعلمه معاكم، وبلي أنا محتاجه تعاوني، وشراتلي أمي بذور الشيا وراهي تشجعني surtou كشافتني ننقس، وخويا أمي هدرت معاه مراهش يزعفني". * تغيير وزن الحالة ومقاسها جعل والدتها تكافئها بشراء ملابس أصغر عن المقاس السابق، لتعزيز السلوك الايجابي والاستمرار عليه. * تغيير نظرة الآخر وتشجيعها بقولها: "روح مع أمي عند جداتي وتلاقيت بنات خالتي قالولي نقستي زيدي كملي وأنا فرحت بزاف".</p>	<p>إهانات الأم: "شوفي كي وليتي راني نحشم بيك كنخرج معاك"، وتتعرض للنقد والسخرية من المحيط: "حرزي تدوري عليا تكتليني راكي غير تزيدي تسماني"، علاقة سيئة مع الأخ: "النار بيناتنا، يزكر فيا بزاف، ما يعاملنيش غايه يعايرني ويزعق على سمونيتي، حارمني من كل شيء، الباب تاع الدار وما نحلش، ما عنديش صحابات، منخرجشي عند الناس وحدي، هذه الأيام جارتني كانت تقرا معيا عرضتنا للعرس تعها وخويا منغني بش نروح وقالي هي تزوجت ونتيا بُرتي".</p>	<p>نظرة الآخر واستراتيجيات المواجهة</p>
<p>تحصلت الحالة على درجة 113 في القياس البعدي، والتي تعبر عن ارتفاع مستوى تقدير</p>	<p>تحصلت الحالة على درجة 63 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات في القياس</p>	<p>نتائج</p>

القياس	القبلي.	الذات، وتوضح ذلك بتغير في استجابات الحالة على بنود مقياس تقدير الذات (أنظر ملحق مقياس التقدير البعدي)
--------	---------	---

* جدول (21) يوضح تقييم الحالة "فطيمة" للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

البرنامج العلاجي	درجة ضئيلة	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة
الدرجة				+

* توضح استجابة الحالة الثانية على التقييم الايجابي للبرنامج العلاجي المقترح.

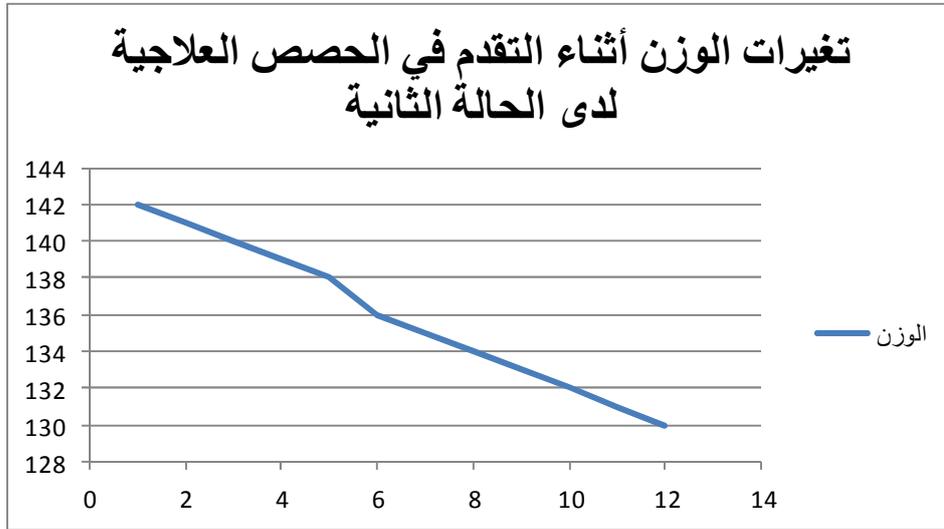
- جدول (22) يوضح تغير في وزن الحالة الثانية مع التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي :

الحصص	الأسبوع 1	الأسبوع 2	الأسبوع 3	الأسبوع 4	الحصص 5	الحصص 6	الحصص 7	الحصص 8	الحصص 9	الحصص 10	الحصص 11	الحصص 12
الوزن	142 كغ	141 كغ	140 كغ	139 كغ	138 كغ	136 كغ	135 كغ	134 كغ	133 كغ	132 كغ	131 كغ	130 كغ
أثناء	غ	غ	غ	غ	غ	غ	غ	غ	غ	غ	غ	غ
الحصص	0 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	2 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ
الوزن المفقود	12 كغ											

* يوضح الجدول الإنخفاض التدريجي للوزن لدى الحالة الثانية من 142 كغ إلى 130 كغ وهذا مؤشر على

فعالية البرنامج العلاجي المقترح.

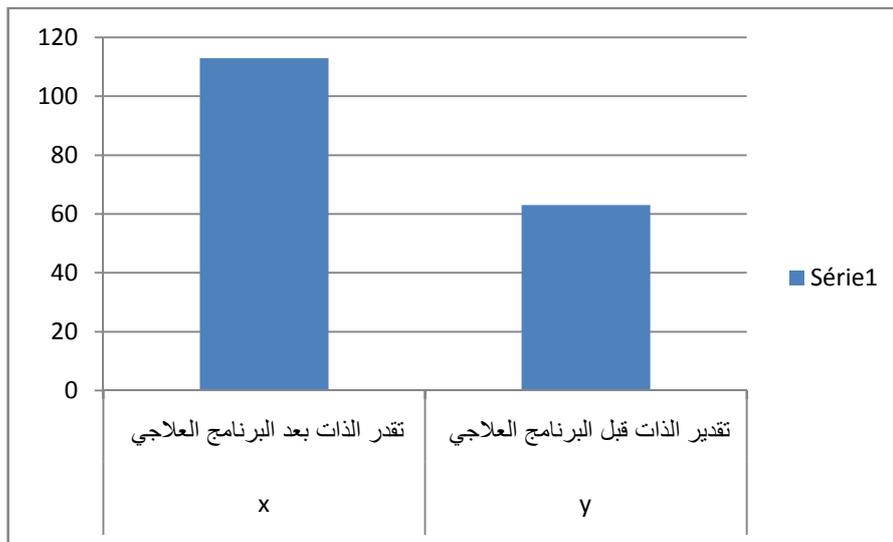
- رسم (04) بياني يوضح تطور وتغيرات وزن الحالة الثانية عبر الحصص العلاجية:



مخطط بياني يوضح تغيرات الوزن للحالة الثانية بين الحصص العلاجية

* يتوضح من الرسم البياني تغيرات في الوزن لدى الحالة الثانية أثناء التقدم في الحصة العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وانتقل الوزن تدريجياً ونزولاً من 142 كغ في الحصة الأولى إلى 130 كغ في الحصة الثانية عشرة.

- رسم (05) بياني يوضح تغيرات في مستوى تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لدى الحالة الثانية:



مخطط يوضح تغير درجات مقياس تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الثانية

* يتوضح من خلال المخطط البياني تغيرات في درجات تقدير الذات لدى الحالة الثانية من 63 درجة والتي تدل على تقدير ذات متدني على مقياس تقدير الذات قبل البرنامج العلاجي، والانتقال إلى 113 درجة والتي تدل على ارتفاع في مستوى تقدير الذات بعد البرنامج العلاجي.

- جدول (23) يوضح أهم التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لدى الحالة الثانية :

الحالة	درجات التقدير القبلي للمقياس	درجات التقدير البعدي للمقياس	الوزن قبل البرنامج	الوزن بعد البرنامج	الطول	الوزن المفقود	مؤشر الكتلة قبل البرنامج	مؤشر الكتلة بعد البرنامج	مؤشر الكتلة المفقود
02	63	113	142 كغ	130 كغ	1.70 م	12 كغ	49.13 %	44.98 %	4.15 %

يوضح الجدول أهم التغيرات في القياس القبلي والبعدي من 63 درجة إلى 113 درجة والوزن من 142 كغ إلى 130 كغ حيث انخفض الوزن بـ 12 كغ بمؤشر كتلة 4.15 %.

- تقديم الحالة الثالثة :

- معلومات شخصية:

- العمر: 42 سنة - الحالة الاجتماعية: مطلقة -

الوظيفة الحالية: تاجرة ملابس نسائية - المستوى الدراسي: 4 متوسط

- الحالة الاقتصادية: متوسطة

- التاريخ المتعلق الوزن الحالي:

- الوزن الحالي: 96 كغ الطول الحالي: 171 سم مؤشر الكتلة: 32.87% بدانة

- نوع البدانة: **Ginoïde** في هذا الشكل الدهون تتركز في الجزء السفلي

- الوزن المثالي الذي ترغب فيه: 70 كغ

- الحالة "ن" 42 سنة مطلقة تعمل في تجارة الملابس، حضرت للحصة وهي ترتدي جلابة وخمار بألوان

زاهية، الحالة لديها أربعة أخوات وأخوين (ثلاثة بنات متزوجات، وواحدة عازبة، وأخوين ذكور)

أبدت الحالة تعاوناً وحماساً في المقابلة، وتفيدنا بأنه كان لديها قوام رشيق وجسم جذاب لكن بعد فترة

من زواجها أصبحت تعاني من اضطرابات وتقلبات في الوزن منذ 2016، وبسبب الأكل والراحة والحلويات

ارتفع وزنها.

تصرح الحالة أنها كلما ازداد وزنها تشعر بالاستياء بحيث أنها لا يمكنها ارتداء ملابسها الجميلة

والضيقة، وهذا يشعرها بالغضب على نفسها وجسدها، وأنها عندما تمارس الرياضة وتخفف القليل من وزنها

تشعر بالفرح والسعادة: " نفرح بزفاف سي normale لبسنا تعي تولي تجي قدي".

وتشير إلى أنها في الوقت الحالي هي غير راضية عن جسمها ووزنها بسبب: " لي غوب دو سواغ ما

راهمش يجو قدي وهذا الشيء ينارفيني و ويزعفني ولازم عليا ننقص مرانيش مرتاحه راني نلبس غير

العريض وليت نحشم"، والأجزاء التي تجدها غير متناسقة في جسمها هي أردافها وأخاذها، وتفيدنا بأنها تعاني

من ألام في ركبتيها بسبب الوزن الزائد والطبيب نصحها بتخفيف الوزن مع تقليل السكريات والنشويات، وتظيف بأنها تزن جسمها مرة كل 15 يوم.

- السلوك الغذائي لدى الحالة:

وتأكد أن عدد الوجبات التي تتناولها كل يوم هي أربعة وجبات (فطور الصباح، الغذاء، قهوة العشيّة، والعشاء).

إفطار الصباح يعتمد على القهوة مع السكر والحلويات مصنوعة في البيت أو مشتريات، الفطور يكون إما أنواع من المرق مع مقلبات أو أطباق في الفرن بالجبن، قهوة العشيّة تعتمد على قهوة بالسكر وحلويات، العشاء كذلك أنواع من المرق، والأغلب معجنات، ومشروبات غازية معها التحليات تتمثل فيه آيس كريم في الليل أو عصير الفواكه مع استهلاك قليل لكميات الماء في اليوم.

تفيدنا الحالة أنها حاولت القيام بحمية بدون إشراف طبي، وتوقفت عن تناول السكريات والنشويات، وتوقفت عن الأكل على الساعة الخامسة مساءً لمدة شهرين مع ممارسه الرياضة، وعليه فقدت 10 كغ من وزنها، ثم توقفت عن ممارسة الرياضة في مرحلة الوباء **Covid 19** وعادت إلى السلوك السابق الغذائي السلبي تقول: "وليت ناكل وزدت في الميزان اللي خسرتّه، مشكلتي هي أنني ناكل الحلويات، والشوكولا بزاف كل يوم ناكل طابلة شيكولا وحدي نكملها في دقيقه منحسش بروحي كيفه تكمل بالخف ومنبعد نندم"، ثم عادت الحالة لممارسة الرياضة بعد الوباء، وهي في الوقت الحالي تمارس الرياضة خمس مرات في الأسبوع بهدف اللياقة البدنية وفقدان الوزن.

تفيدنا الحالة حول مشاعرها نحو الأكل وتقول: "الأكل ممتع بزاف **surtout** الحلويات والشوكولاته"، "أنا كي نزعف ما ناكلش حاجه باليومين نشرب الماء وحده، والأيام الأخرى ناكل كل شيء وكي نكون **normale** ناكل ونقلش عمري ولي تجيني في خاطري نشريها وناكلها **surtout** الحلويات والشوكولا ولاكرام و **surtou** في الصيف"، وتفيد بأن أمها وأختها الصغيرة تنتقدها باستمرار حول الحلويات والمنتجات والشكولاتة وهذا الانتقاد يغضبها.

وتفيد أنها تأكل بطريقة بطيئة حيث تقول: "كامل ينوضو بالخف من الطابله غير أنا نبقي ناكل في غرضي حتى أمي تزكي عليا وتقولي راكي تاكلي بزاف، ونزحف ونزكي على شوية مكلة تحاسبوني"، تفيدنا أنها لا تقوم بالنقيء الإجباري، ولا تستعمل ملينات أو أدوية أو مشروبات مثل (التزانة).

وتخبرنا بأنها مؤخرا متعبة نفسيا وتقول: "أنا ما عنديش زهر مع الرجال، وتبكي، تعرفت على رجل وعيشني في الأحلام وأنا كنت حاسة بالفراغ بزاف ومحتاجه للحب والحنانة لكن لقيته مشي صادق معيا ونيتيه ماشي صافيه قطعت معاه وراني حاسة بالفراغ وبالوحدة".

تعاني الحالة من اضطرابات في النوم وتفيد: "كينحظ راسي على المخده كامل الهدره والمشاكل تاع النهار نتفكرهم وما نرقدش حتى مع الصباح"، لا تعاني من مشاكل في التركيز أو الذاكرة، تشكو من إحساسها بالتعب لأنها تعمل في الخارج وكذلك داخل البيت مع ممارسة الرياضة خمسة مرات في الأسبوع، وتضيف أنها لم تدخل المستشفى سابقا، وأنه يوجد في العائلة من يعاني من السمنة مثل والدتها وخالتها وكذلك الأب.

توقفت عن الدراسة في مرحلة المتوسطة تقول أنها كانت مشاغبة مع الزملاء وكانت نتائجها رديئة وكانت والدتها تضربها ضرب مبرح بسبب ذلك، وكانت تضربها بأي شيء في يدها خاصة عندما تكون غاضبة وفي خلاف مع الأب، وعليه توقفت عن الدراسة ولم تواصل، بعدها سجلت في التكوين المهني لتتعلم حلاقة النساء، تقول أنها تخرجت وعملت عند الناس لفترة لكن تفيد: "حرثوا علي وما اعطونيش حقي لميت دراهم واشريت أدوات ومصفف الشعر، وخدمت وحدي في دارنا، وقدمت طلب على مستوى البلدية للحصول على محل".

وتفيدنا بأنها أصبحت لديها شهرة بمداخل جيدة كانت تساعد بها في مصاريف البيت والعلاج الطبي للوالدين، وأنها بقيت فترة طويلة وهي تعمل في هذه المهنة.

وكان لديها طلبات عديدة للزواج لكنها كانت ترفض بسبب وجود علاقة مع شاب كانت تحبه، وكانت تنتظر اليوم الذي يأتي ليخطبها من والديها، حتى جاء اليوم المنشود طلبها وتقدم إليها مع والديه للزواج تقول: "تحقق حلمي في الزواج مع حب حياتي بصح عشت معه الجنه والنار كان في البدايه مليح معيا لكن بعد اشهر تغير واصبح يسهر إلى وقت متأخر مع أصحابه ويجي سكران، أنا متقبلتش هاد الشيء، ودايما نلومه وندابزو، منبعد ولا يظربني، خبرت والديه زقاو عليه، ومره صرات مشكلة الشرطة لقات عندو الكيف، حكمو

عليه بـ 3 سنوات حبس بتهمة المتجارة بالمخدرات، لم أتخلى عنه وبقيت على اتصال به، والديه أرغموني على الخروج من البيت الزوجي بش يكروه ويتصرفو بالمدخول تاعه، ورماولي قشي برا لأنني رفضت الخروج من داري، وأخبرت زوجي وهو قالي منقدر ندير والو مع والديه، تماك قلت واش راني ندير في روجي، رحى عند محامي لرفع قضيه الخلع و قبل الطلاق ولحد الآن لم يرجع لي صداقي ومازال لحد الآن محبوس، مقدرناش نجيبو ولاد في السنوات الأولى بسبب قله الحيوانات المنويه عنده، وكنت صابره، عشت غبينا كبيره معاه والديه ما رحمونيش وهو محمانيش منهم".

وتصرح الحالة أنها بعد ذلك غيرت المهنة إلى تجارة الملابس وتعرفت على رجل آخر بحكم ممارستها للتجارة وأحبته لكن كانت علاقة فاشلة لأنه كان يريد السيطرة عليها وبنقدها كثيرا، ولم يكن صادقا معها تقول: "كان يقولي متخدميش مع الرجال وكان يقلي نَقْسي لطاي، ومين نقله وِنْت نتزوجو يتهريلي وكل يوم يقولي سبا وأنا كرهت منه وقطعت علاقتي بيه وقلبي هذا عفست عليه برجليا ما نعاود ندير ثقته في حتى واحد، معنديش الزهر مع الرجال " تتنهد الحالة وتبكي.

- وثيقة الالتزام العلاجي للحالة الثالثة:

أنا الممضية أسفله أعد بأن أكون جدية في الالتزام بمواعيد الحصص العلاجية وأطبق كل ما أتعلمه من تقنيات علاجية لأحقق هدفي.

الهدف: الوصول إلى وزن 70 كغ

كيف ذلك: نظام أكل صحي من دون نشويات وحلويات، ومشروبات غازية.

في أي مدة زمنية: 6 أشهر فما فوق

سأعلق هذا العقد في خزانة ملابسي حتى أتذكر كل يوم وعودي وهدفي.

- أفكار الحالة حول لماذا تريد تخفيف وزنها:

* لأحسن مظهري وأبدو جميلة.

* لأصبح رشيقة وألبس ملابسي لي صغارت عليا.

* حتى أرتاح من ألم رجليا.

أفكار الحالة حول كيف تكافئ نفسها عندما تخلص الوزن:

* أهدي لعمري الملابس الجميلة.

* أذهب في رحلة.

- الأفكار السلبية المستنتجة من الاستبيان من خلال الأسئلة المطروحة من طرف الباحثة حول لماذا اختارت الحالة الثالثة هذه الاستجابات منها مايلي:

- " صحتي مهمة بزاف وأنا راني نسوفري من رجليا بسبب الثقل وسمونية" ، " مرانيش راضية ومراهش عجبتي لطاي تعي راني كارها روحي ولبسه تعي الشابه كع مراهش تجي قدي" ، " كون جيت عندي دراهم أندير chirurgie esthétique ونولي كما les manekin" ، " ماقدرتش ننقص بلخف وتني معنديش إرادة بلخف nlaché" ، "إانتقادات الناس تزعفني وهدرتهم تضرنني في خاطري ميراعوش مشاعر ناس ومرات نضحك بصح في قلبي يغيضني الحال" ، " راني بغيه نتزوج ومرات نقول في نفسي بلاك مين سمانيت مرانيش نعجب الرجال ونبقى نلوم في روحي" ، " كنشوف نسا يشرو حوايج مقاسات صغيرة في لطاي نغير في قلبي" ، " نظرات الناس تقلقني surtout رجال".

- جدول (24) يوضح نموذج الواجب المنزلي حول سجل التغذية اليومي للحالة الثالثة :

اليوم	9-8	-9 10	11-10	12-11	1-12	2-1	3-2	4-3	6-5	7-6	8-7	9-8
ماذا أكلت	قهوة+ سكر 1باتيسري الماء		شكولا طابلة كليتها كامل		مرقة بطاطا ودنجال مقلي خبز الدار سلطة 2كسان كوكاكولا الماء		1إسكيمو		قهوة+ سكر+ 2بحلاوة+ 2صابلي الماء طعام سفة ودلاع 1كاس لمناد		1لاكرام	4قطع بتزا 1كاس عصير الماء
مشاعر قبل الأكل	عادي		زعفت الناس مخلصونيش فالسلة		زعفانا		الراحة				شفت لاكرام برا تشهيته	عادي
مشاعر بعد الأكل	عادي		لوم وندم		شربت بزاف كوكا وندمت				الارتياح ندمت أكلت بزاف		الارتياح	
مع من كنت	الدار مع أمي وأختي وأخي		في المحل		أمي وأختي		المحل		مع أمي عند صديقتي		مع أمي برا	أمي وأخي وأختي في البيت

- جدول (25) يوضح التحليل الوظيفي للحالة الثالثة :

المثيرات البعيدة والنتيجة	السلوك	المثيرات القبلية
الغضب، لوم الذات والندم على الأكل الكثير	الأكل بكثرة ، الأكل بين الوجبات الرئيسية خاصة الشكولاتة والمثلجات	خلافات مع الناس بسبب البيع والشراء، النقد من الأم والأخت الصغيرة، فراغ عاطفي وإحساس بالوحدة.

- استنتاج الحالة الثالثة:

الحالة الثالثة تزن 96 كغ، مؤشر كتلة 32.87% دليل على البدانة.

-نوع البدانة: **Gynoïde** في هذا الشكل الدهون تتركز في الجزء السفلي.

- الأعراض الجسدية: آلام على المستوى المفاصل وعضلات رجلين، الإحساس بالتعب.

- السلوكيات والآثار النفسية: أفكار وأحكام ومشاعر سلبية عن الجسد وعن الذات، اضطراب النوم، (الأكل

العاطفي، القضم **Grignotage** ، السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف **Accés Hyperphagiques** (Leger) ، ومشاعر فقدان الإرادة، لوم الذات على الأكل، عدم الرضا عن الجسد، تأويلات سلبية حول آراء الآخرين، المقارنة الذاتية مع الأخريات والإحساس بالغيرة من الجسد الرشيق، مشاعر الاستياء من النقد الخارجي، التوتر الاجتماعي، الإحساس بالوحدة والفراغ العاطفي.

- نتائج القياس القبلي للحالة الثالثة:

بعد إجراء التطبيق القبلي لمقياس تقدير الذات، وجدت الباحثة أن الحالة تحصلت على درجة 78 والتي تعبر عن مستوى متوسط لتقدير الذات، ولقد توضحت المعاناة النفسية من خلال إجابة الحالة على البنود والتي أظهرت عدم تقبل للجسد البدين وعن عدم الرضا عنه والنقد الذاتي السلبي، وما جعل الوضع يستاء المشاعر السلبية التي يخلفها التقدير الاجتماعي السلبي (أنظر الملحق الخاص بمقياس تقدير الذات للحالة الثالثة)

- تحليل سيرورة البرنامج العلاجي لدى الحالة الثالثة :

الحالة "ن" تعاني من البدانة وهي ضعيفة مقلقة بالنسبة لها، وهي واعية بالأثر النفسي والجسدي للجسد البدين بقولها: "صحتي مهمة بزاف وأنا راني نسوفري من رجليا بسبب الثقل وسمونية"، "مرانيش راضية ومراهش عجبتي لطاي تعي راني كارها روحي ولبسه تعي الشابه كع مراهيش تجي قدي"، "كون جيت عندي دراهم أندير **chirurgie esthétique** ونولي كما **les manekin**"، فهي تقدر الجسد الرشيق والمرغوب، وترى بأنه هو الذي يعطي قيمة للمرأة، وأصبحت وضعية البدانة تؤثر عليها سلبيا وتسبب لها مساس في قيمة الذات، وتفكر في جراحة التجميل لاسترجاع الجسد الرشيق السابق.

الحالة تعاني من أعراض جسدية مؤلمة تتمثل في آلام على المستوى المفاصل وعضلات رجلين، الإحساس بالتعب بقولها: "راني نسوفري من رجليا بسبب الثقل وسمونية".

النظام الغذائي لدى الحالة يعتمد على أكل غني بالنشويات(المعجنات، الخبز، الحلويات، والشكولاتة، والآيس كريم)، والمشروبات الغازية والعصائر مع فواكه قليلة، وقليل البروتينات (البيض، اللحوم، الأسماك)، ويعود هذا إلى الجانب الاقتصادي المتوسط للعائلة.

ظهر لدى الحالة بدانة مقاومة، لأنها حاولت القيام بالحمية لكنها لا تستمر عليها ثم تعود لسلوكاتها الغذائية السابقة، فسلوك التغذية موجه من خلال الانفعالات مثل الحزن والغضب وهذا بقولها: "الأكل ممتع بزاف **surtout** الحلويات والشوكولاته"، "أنا كي نزعف ما ناكلش حاجه باليومين نشرب الماء وحده، والأيام الأخرى ناكل كل شيء وكي نكون **normale** ناكل ونقلش عمري ولي تجيني في خاطري نشريها وناكلها **surtout** الحلويات والشوكولا ولاكرام و**surtout** في الصيف"، "مشكلتي هي أنني ناكل الحلويات، والشوكولا بزاف كل يوم ناكل طابلة شيكولا وحدي نكملها في دقيقه منحسش بروحي كيفه تكمل بالخف ومنبعد نندم"، فالتغذية تصبح فعلا فكريا منقطعا عن إحساسات التغذية للجوع والشبع، فهي تفقد السيطرة على سلوكاتها الغذائية، وهذا ما أكدته دراسة كل من بيتر هيرمان **Peter Herman** جانيت بوليفي **Janet Polivy** بأن سلوك التغذية مستسلم لسيطرة الانفعالات، والحالة تتأرجح بين مرحلة السيطرة ومرحلة فقدان السيطرة لسلوكات التغذية لديها، وهذا يقودها إلى اختلال على مستوى التغذية، والإحساسات المتعلقة بالتغذية تكون مدركة لكن احترامها والسيطرة عليها غير ممكنة، وسلوك الأكل في حالة الانفعال يقلل من التوتر مؤقتا لكن يتحول إلى الندم بعد ذلك، وهذا ما تؤكدته دراسة أجراها بينت وآخرون **Bent & all** حيث توصلت إلى

أن تناول الطعام العاطفي في بعض الأحيان لا يقلل من الضائقة الانفعالية بل يعزز منها بإثارة مشاعر الذنب الشديد بعد تناول الطعام.

ظهر لدى الحالة الفشل في تجربة الحمية، وتكون لديها حوار داخلي يميل إلى الإسناد الداخلي بقولها: "ماقدرتش ننقص بلخف وتني معنديش إرادة بلخف **nlaché**"، وهذه الأفكار تفعل الإحساس بالشك في القدرات، وتفعل سلوكيات التأجيل وعدم القدرة على اتخاذ القرار الحاسم.

الحالة "ن" غير متقبلة لجسدها البدين فهي تعيش صراع نفسي بين الأفكار السلبية والمشاعر المؤلمة وتمني الجسد الرشيق والتفكير بالجراحة التجميلية، وذلك بقولها: "مرانيش راضية ومراهش عجبنتي لطاي تعي راني كارها روعي ولبسه تعي الشابه كع مراهيش تجي قدي"، "كون جيت عندي دراهم أندير **chirurgie esthétique** ونولي كما **les manekin**".

ظهرت مشاعر الإحساس بالوحدة والحرمان العاطفي، وتوضح بقولها: "أنا ما عنديش زهر مع الرجال"، "تعرفت على رجل وعيشني في الأحلام وأنا كنت حاسة بالفراغ بزاف ومحتاجه للحب والحنانه بصح لقيته ماشي صادق معيا ونيته ماشي صافيه قطعت معاه وراني حاسة بالفراغ وبالوحدة"، "راني باغيه نتزوج ومرات نقول في نفسي بلاك مين سمانيت مرانيش نعجب الرجال ونبقى نلوم في روعي"، هذه المشاعر السلبية الإحساس بالوحدة والحرمان العاطفي جعلها تشعر بعدم الأمان والجوع العاطفي، فعدم إشباع هذا الاحتياج للحب دفع الحالة إلى ملأ هذا الفراغ بشيء آخر ألا وهو الأكل العاطفي وهو إرضاء مؤقت يهدف إلى التخفيف من هذه المشاعر، وهذا ما يؤكد بعض علماء النفس والاضطرابات النفسية أمثال ماكنزي، ماستر وجونسون إلى ربط السمنة فقدان مشاعر الحب والبحث عن بديل عن موضوع الحب المفقود سواء أكان عاطفة أم زوج أو غياب الرضا الجنسي وذلك للتعويض عن هذا الحرمان.

تركز الحالة على عيوبها الجسدية من خلال أفكارها بقولها: "مراهيش عجبنتي لطاي تعي راني كارها روعي ولبسه تعي الشابه كع مراهيش تجي قدي"، وعليه تبنت الحالة استراتيجيات التجنب مثل ملابس عريضة لتخفي جسدها وذلك بقولها: "مرانيش مرتاحه راني نلبس غير العريض وليت نحشم"

ظهر لدى الحالة المقارنة الذاتية لجسدها مع الأخريات والإحساس بالغيرة، وأدى ذلك إلى تقويمات وأفكار ومشاعر غير مفضلة وسلبية لجسدها المدرك هذه الأفكار السلبية دليل على تدني مشاعر قيمة الذات،

فهي تفعل لدى الحالة مشاعر النقص والإحساس بالدونية بقولها: "كنشوف نسا يشرو حوايج مقاسات صغيرة في لطاي نغير في قلبي"، وهذا ما تأكده نظرية فيستنجر 1954.

الحالة متأثرة بالمحيط الرفض للبدانة، فتكونت لديها مشاعر الإحراج والخجل الاجتماعي وتستعمل استراتيجيات سلبية للمواجهة اللباس العريض والرد إما بالضحك أو بالغضب في مواقف النقد: "إنتقادات الناس تزعفني وهدرتهم تضرنني في خاطري ميراعوش مشاعر ناس ومرات نضحك بصح في قلبي يغيضني الحال"، "نزعف ونزكي على شوية مكلة يحاسبوني"، هذه المشاعر فعلت الإحساس بعدم القيمة، ومشاعرها أصبحت حساسة للطريقة التي ينظر بها الآخر لها، وعليه تأثرت حالتها النفسية بالسلب وتوضح بقولها: "نظرات الناس تقلقني surtou رجال"، وعليه فنظرة ورأي الآخر الراضة التي تمثل المرأة الاجتماعية حسب شارل كولي **Charle cooley** تبعث إشارات بالرفض، وكان لها دور في بناء الشعور بالذات الاجتماعية السلبية، والحالة تشكل لديها تصور سلبي نحو ذاتها الجسمية وذاتها الاجتماعية، وبالتالي تقدير ذات سلبي.

الحالة "ن" ترغب وتطمح إلى الجسد المرغوب وهذا يعكس رغبة تابعة لمرجسية المرأة وحبها لذاتها، وأن الجسد المرغوب هو الوسيلة الأكثر جدوى لإيجاد الطرف الآخر، وأن مشاعر النقص نحو جسدها جعلها تشعر بأنها مقصية من المجتمع وتوضح ذلك في أفكارها بقولها: "راني باغيه نتزوج ومرات نقول في نفسي بلاك مين سمانيت مرانيش نعجب الرجال ونبقى نلوم في روعي"، وهذا يدفعها إلى محاولة تحقيق الذات، ومحاولة تخفيف الوزن للحصول على القوام الرشيق الذي يقدم لها سند نرجسي، وذلك من خلال الحمية وممارسة الرياضة.

وعليه سنحاول أن نوجه الحالة من التركيز على المعاناة النفسية من الجسد البدين من خلال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وذلك برفع وعيها بسلوكها الغذائي السلبي وتغييره، وتغيير أفكارها من السلبية إلى الايجابية حيث تخدم رغبتها المستقبلية التي دونتها حول الأسباب التي دفعتها لخوض هذه التجربة (لأحسن مظهري وأبدو جميلة، لأصبح رشيقة وألبس ملابس لي صغارت عليا، حتى أرتاح من ألم رجليا).

- يوضح الجدول (26) الموالى أهم الاستنتاجات المتوصل إليها قبل وبعد البرنامج العلاجي:

الحالة الثالثة	قبل الخضوع للبرنامج العلاجي	بعد الخضوع للبرنامج العلاجي
الجسد	بدانة نوع البدانة: Gynoïde الوزن: 96 كغ ومؤشر الكتلة: 32.8%. أعراض جسدية: ألام على المستوى المفاصل، وعضلات رجلين، الإحساس بالتعب.	بدانة الوزن: 88 كغ مؤشر الكتلة: 30.1 % مؤشر الكتلة المفقود: 2.7% الوزن المفقود: 8 كغ الأعراض الجسدية: فقدان الوزن، تغير المقاس، مشاعر الإحساس بالخفة، تحسن في أعراض المفاصل، وعضلات رجلين. * تحسن النوم.
الأفكار	أفكار سلبية عن الذات والجسد، لوم الذات على كثرة الأكل، مشاعر الاستياء نحو الجسم، مشاعر سلبية لعدم إيجاد ملابس لائقة حسب الذوق للجسد، النقد الداخلي السلبي للذات، مقارنة الذات مع الأخريات، الإحساس برفض الآخر وتتمثل في: "صحتي مهمة بزاف وأنا راني نسوفري من رجليا بسبب النقل وسمونية" ، " مرانيش راضية ومراهش عجبنتي لطاي تعي راني كارها روحي ولبسه تعي الشابه كع مراهيش	* ساهمت التربية العلاجية في بداية البرنامج العلاجي في رفع وعي الحالة بمرضها وآثاره السلبية على الصحة النفسجسدية مستقبلا، وعليه تبنت الحالة شرب الماء الكافي واستخدام بذور الشيا كعامل مساعد على الشبع وفوائده كمكمل غذائي، ورفعت من النشاط البدني بالرقص لمدة ساعة مع أختها في البيت كل يوم. * عن طريق الشرح والتوضيح حول الأفكار السلبية وتأثيرها، وأهمية الأفكار الايجابية

<p>وفوائدها، ومواجهة الأفكار السلبية وتحديدها بالحوار السقراطي وتغييرها لأفكار ايجابية.</p> <p>* تتامى لدى الحالة الوعي الذاتي بسلوكها السلبي بقولها: "لي تجيني في خاطري نشريها وناكلها surtout الحلويات والشوكولا ولاكرام بصح هذا شي هو لمخلاتيش ننقص malgré ندير رياضة"</p> <p>* تعرفت الحالة من خلال سجل التغذية على سلوكياتها وأفكارها السلبية المؤدية لتفعيل المشاعر السلبية، والنتيجة سلوكيات سلبية كالأكل الانفعالي والقضم بين الوجبات والأكل السريع، هذه الأفكار السلبية تجعلها تعيش معاناة نفسية مؤلمة.</p> <p>* توصلت الحالة إلى تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية مثل: "راني فرحانة كلكيت بديل السكر الأبيض (سكر ستيفيا) راني نصنع لكرام تعي بالفواكه وراني نشري شكولا نواغ 70% وناكل بشوية بمنحرمش روجي وحبست السكر العادي الأبيض"، " راني نعرف السعرات لي في الأكل ونتحكم فيهم على حسابي "</p> <p>* التعرف على النقد الداخلي السلبي وتغييره بأفكار ايجابية داعمة ومؤكدة للذات مثل: " أنا إرادتي قوية "</p>	<p>تجي قدي" ، " كون جيت عندي دراهم أندير chirurgie esthétique ونولي كما les manekin" ، " ماقدرتش ننقص بلخف وتتي معنديش إرادة بلخف nlaché" ، "إنتقادات الناس ترعفني وهدرتهم تضرني في خاطري ميراعوش مشاعر ناس ومرات نضحك بصح في قلبي يغيضني الحال " ، " راني بغيه نتزوج ومرات نقول في نفسي بلاك مين سمانيت مرانيش نعجب الرجال ونبقى نلوم في روجي"، "معنديش الزهر مع الرجال"، " كنشوف نسا يشرو حوايج مقاسات صغيرة في لطاي نغير في قلبي"، نظرات الناس تفلقني surtout رجال".</p>	
---	---	--

<p>* حفظ الأفكار المناسبة لمواجهة النقد المختلف لآخرين عن ظهر قلب، والتدرب عليه مع حالات المجموعة لاستخدامه عندما تتعرض له وعندما تقتضي الضرورة أمثلة: "إنني بحاجة للدعم والمساعدة وليس النقد السلبي وأن هذا الأسلوب يؤذي نفسي"، "أنا لا أحب هذا الأسلوب وإذا تكرر سيكون لدي موقف آخر، وأقول لهم النصيحة أمام الناس فضيحة والقصد منها الإحراج"</p> <p>* هذا التعلم عزز من تأكيدها لذاتها وصرحت أنها ستتبناه بقولها: "مكنتش نعرف كِنُواجه الناس وواش نرد عليهم بصح دروك تعلمت "</p> <p>* دروك وزن تعي نقص راني فرحانة ومرانيش ننضر من رجليا ومرانيش نحس بالتعب".</p>		
<p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول انفعال الغضب وتأثيره السلبي على الهرمونات وعلى نظام الحرق في الجسم، وعلى الذات وعلى الآخرين وعلى العلاقات، وتوصلت الحالة من خلال الحوار السقراطي إلى أنها لا تسير غضبها بطريقة صحيحة بتوصلها إلى فكرة: "الغضب يخليني في حالة مشي مليحه ونبقي منارفا ومنقدرش نرقد فاليل غادي نحاول نتحكم</p>	<p>حزن، غضب نحو الذات والآخرين، وكره الجسد، توتر اجتماعي من خلال مشاعر الخجل والإحراج من الجسد البدين، الاستياء من نقد الآخرين ومن أفراد العائلة أو المحيطين، مثل: "لي غوب دو سواغ ما راهمش يجو قدي وهذا الشيء ينارفيني ويزعفني ولازم عليا ننقص مرانيش مرتاحه"، "وليت نحشم"، "وليت ناكل وزدت في الميزان اللي خسرتة، مشكلتي هي أني ناكل</p>	<p>المشاعر</p>

<p>بالاسترخاء والتنفس".</p> <p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول المقارنة السلبية وما يمكن أن تولده من مشاعر سلبية، والإحساس بالضعف تتولد مشاعر النقص والدونية، وتكون سبب في تقلب المزاج وعدم الرضا وتوليد للصراع النفسي والألم النفسي.</p> <p>* حفزنا الحالة على حفظ كلمات ايجابية بأفكار وكلمات إيجابية مثل: "أنا إنسانة فريدة لا احد يشبهني ولا أشبه أحد " "أنا مميزة ولا وَحْدًا تُشَبَّهَلِي"، " هناك دائما شخص أحسن مني وأتقبل ذلك"، لتعزز تأكيد الذات والثقة في النفس.</p>	<p>الحلويات، والشوكولا بزاف ونبغيتها بزاف كل يوم ناكل طابلة شيكولا وحدي نكملها في دقيقه منحشش بروحي كيفه نكمل بالخف ومنبعد نندم". " الأكل ممتع بزاف surtout الحلويات والشوكولاته"، " أنا كي نزعف ما ناكلش حاجه باليومين نشرب الماء وحده، والأيام الأخرى ناكل كل شيء وكى نكون نورمال ولا فرحانه ناكل ونقلش عمري ولي تجيني في خاطري نشريها وناكلها surtout الحلويات والشوكولا ولاكرام"، "كنت حاسة بالفراغ بزاف ومحتاجه للحب والحنانة...وراني حاسة بالفراغ وبالوحدة".</p>	
<p>من بداية الحصاة الأولى تبنت الحالة شرب الماء بالكمية المحددة حسب الاحتياج اليومي لجسمها، وبدأت باستخدام بذور الشيا، توقفت عن القضم بين الوجبات الرئيسية وذلك بيتشتيت انتباهها نحو الأكل بشرب الماء أولاً ثم القيام بشيء آخر وذلك بقولها: "راني نشرب الماء بزاف، وقفت الأكل بين الوجبات وشكولا نواغ ولاكرام لنصنعه نكلهم بكمية قليلة بعد الوجبة الرئيسية مباشرة "</p> <p>* بواسطة تقنية الاسترخاء التي تعلمتها في الحصص، وتحميل التطبيق الخاص بالاسترخاء</p>	<p>سلوك غذائي سلبي يتمثل في الأكل العاطفي، القضم Grignotage ، والأكل بكثرة بمعدل خفيف Accès Hyperphagiques Leger.</p> <p>* الاستسلام المتكرر والتوقف عن الحمية.</p> <p>* لا تستعمل مشروبات مساعدة على رفع الحرق.</p> <p>* استهلاك قليل للماء.</p> <p>* تمارس الرياضة خمس مرات في الأسبوع.</p>	<p>السلوكات</p>

<p>ومتابعته يوميا تمكنت تدريجيا من التخلص من الحوار الداخلي الذي يشغلها ويؤثر على نومها، وأصبحت تنام مباشرة بعد استخدامه.</p>		
<p>ظهر الدعم من الوالدة ومن الأخت بقولها: " كشافوني بدلت شكولا ولاكرام وهنميت بالسعرات ولاؤ يشجعوني كيشافوني ننقص فالميزان "</p> <p>* تغير وزن الحالة ومقاسها، وبما أنها تعمل في مجال بيع الملابس أصبحت تقنتي ملابس أصغر عن المقاس السابق.</p> <p>* أهدت الحالة نفسها رحلة مع أمها وأختها إلى شاطئ البحر.</p>	<p>" أمي تزكي عليا وتقولي راكي تاكلي بزاف، ونزحف على شوية مكلة تحاسبني"، " وكان يقلي نفسي لطاي"، " الانتقادات تزعفني ومرات نضحك بضح في قلبي يغيضني الحال"، " راني نلبس غير العريض"</p>	<p>نظرة الآخر واستراتيجيات المواجهة</p>
<p>تحصلت الحالة على درجة 135 في القياس البعدي، والتي تعبر عن ارتفاع مستوى تقدير الذات، وتوضح ذلك بتغير في استجابات الحالة على بنود مقياس تقدير الذات (أنظر ملحق مقياس التقدير البعدي)</p>	<p>تحصلت الحالة على درجة 78 والتي تعبر عن مستوى متوسط لتقدير الذات في القياس القبلي.</p>	<p>نتائج القياس</p>

* جدول (27) يوضح تقييم الحالة "تادية" للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة ضئيلة	البرنامج العلاجي
+				الدرجة

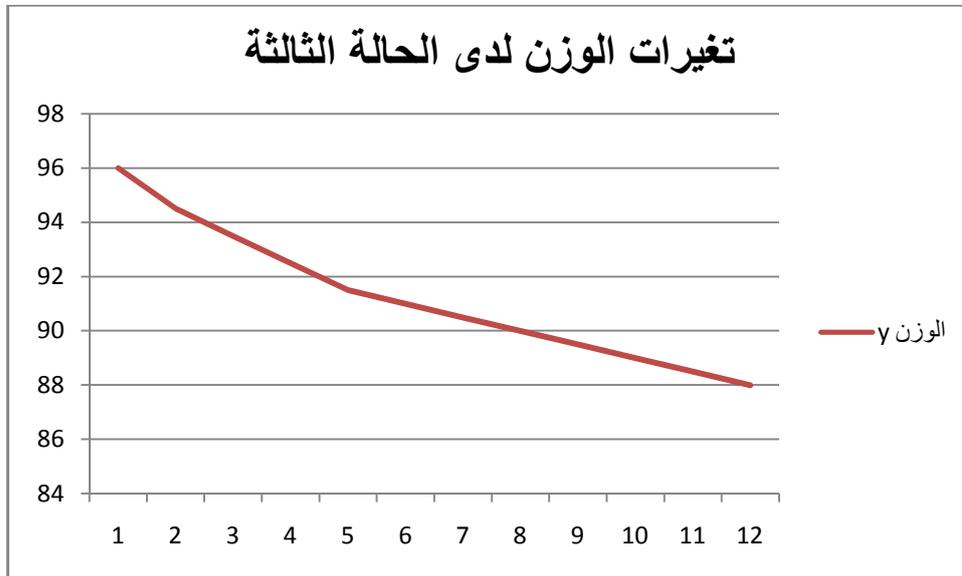
* تقييم الحالة الثالثة ايجابي للبرنامج المقترح.

- جدول (28) يوضح تغير في وزن الحالة الثالثة مع التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الحصص	الأسبوع 1	الأسبوع 2	الأسبوع 3	الأسبوع 4	الأسبوع 5	الأسبوع 6	الأسبوع 7	الأسبوع 8	الأسبوع 9	الأسبوع 10	الأسبوع 11	الأسبوع 12
الوزن أثناء الحصص	96 كغ	94.5 كغ	93.5 كغ	92.5 كغ	91.5 كغ	91 كغ	90.5 كغ	90 كغ	89.5 كغ	89 كغ	88.5 كغ	88 كغ
الوزن المفقود	0 كغ	1.5 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	500 كغ	500 كغ	500 كغ	500 كغ	500 كغ	500 كغ	500 كغ
الوزن المفقود	8 كغ											

*يوضح الجدول انتقال الوزن وتغيره تدريجيا من 96 كغ إلى 88 كغ

- رسم بياني(06) يوضح تطور وتغيرات وزن الحالة الثالثة عبر الحصص العلاجية:



مخطط بياني يوضح تغيرات الوزن للحالة الثالثة بين الحصص العلاجية

* يتوضح من الرسم البياني تغيرات في الوزن لدى الحالة الثالثة أثناء التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وانتقل الوزن تدريجياً ونزولاً من 96 كغ في الحصة الأولى إلى 88 كغ في الحصة الثانية عشرة.

- رسم بياني يوضح تغيرات لدى الحالة الثالثة في مستوى تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:



مخطط يوضح تغير درجات مقياس تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الثالثة

* يتوضح من خلال المخطط البياني تغيرات في درجات تقدير الذات لدى الحالة الثالثة من 78 درجة والتي تدل على تقدير ذات متوسط على مقياس تقدير الذات قبل البرنامج العلاجي، والانتقال إلى 135 درجة والتي تدل على ارتفاع في مستوى تقدير الذات بعد الخضوع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

- جدول يوضح أهم التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الحالات	درجات التقديم	درجات التقديم البعدي استبيان	الوزن قبل البرنامج	الطول	الوزن بعد البرنامج	الوزن المفقود	مؤشر الكتلة قبل البرنامج	مؤشر الكتلة بعد البرنامج	مؤشر الكتلة المفقود
03	78	135	96 كغ	1.71م	88 كغ	8 كغ	%32.8	%30.1	%2.7

* يوضح الجدول تغيرات في درجة تقدير الذات من 78 درجة 135، وتغير الوزن من 96 إلى 88 كغ .

- الحالة الرابعة:

معلومات شخصية:

- العمر: 34 - الحالة الاجتماعية: عازبة - الوظيفة الحالية: تاجرة ملابس في البيت

- المستوى الدراسي: 2 متوسط - الحالة الاقتصادية: متوسطة

- التاريخ المتعلق الوزن الحالي:

- الوزن الحالي: 105 كغ الطول الحالي: 160 سم مؤشر الكتلة: 41.01% بدانة مفرطة

- نوع البدانة: **Androïde** تتركز الدهون في الجزء العلوي من الجسم

- الوزن المثالي الذي ترغب فيه: 80 كغ

الحالة "ج" 34 سنة، عيناها بنية ترتدي فستان وخمار، قابلتنا وهي مبتسمة ومتحمسة وتجاوبت معنا بطريقة إيجابية، تمارس الحالة تجارة الملابس، لديها ثلاثة إخوة اثنان ذكور وأخت، والديها أحياء، تعاني الحالة من التهاب في المعدة نتيجة وجود جرثومة معوية، كذلك لديها تكيس المبايض وهذا يسبب اضطرابات في الدورة الشهرية، وهي تخضع للعلاج الطبي وتتصحها طبيبتها بالحمية لتخفيض وزنها ولكن من دون خطة واضحة للحمية.

تعاني من ارتفاع الوزن الزائد منذ المراهقة وعانت من تقلبات متكررة في الوزن، فلقد حاولت عدة مرات تخفيف وزنها لكن الوزن يعود مرة ثانية بعودتها إلى السلوك الغذائي السابق وخاصة في مرحلة وباء كورونا حيث تقول: "درت شحال من مرة رجيم ونقست بصح كجا الوباء كورونا والقعاد في الدار والطيباب والماكلة والراحة زدت سممت وتاني فالدار يديرو الماكلة لي تسمن وأنا منقدرش نصبر كنشوفهم ياكلو"، وتفيدنا أن زيادة الوزن تشعرها بالاستياء وتجيب: "يغيظني الحال على روحي ورائي خايفه لكان فالمستقبل منولدش بسبب تكيس المبايض"، وتضيف أن انخفاض في الوزن بمعدل الكيلو الواحد يجعلها تفرح بقولها: "S'afait plaisir نفرح بزاف" وتصرح أنها غير راضية عن جسدها البدين والأجزاء غير المتناسقة في جسمها: "جسمي كع ضاع جنابي تاع ظهري كرشني و Les onches لو كان يدخلوا نولي غايه"، وأنها تزن نفسها أحيانا مرة في الأسبوع وأحيانا كل 15 يوم.

- السلوك الغذائي لدى الحالة:

يتمثل في فطور الصباح والغداء قهوة العشية والعشاء، فطور الصباح يكون قهوة مع سكر أحيانا وتمر أو حلويات من صنع البيت، بالنسبة للغداء في فصل الشتاء تتمثل في أنواع من المرق والبقوليات مع المقلبات وفي فترة الصيف المقلبات بصورة يومية، بالنسبة لقهوة العشية فهي قهوة بالحليب مع سكر وحلويات صنع البيت، بالنسبة للعشاء فهو متأخر من العاشرة إلى الحادية عشر ليلا، أحيانا أطباق في الفرن، وبالنسبة لاستهلاك الماء فهو بصورة قليلة.

عندما حاولت الحالة تخفيف وزنها توقفت عن الدهون السكريات وقللت من الملح، هذه الحمية لم تكن باستشارة أو متابعة الطبيب فلقد قامت بها بمفردها.

تخبرنا عن مشاعرها نحو الأكل: "مين نكون زعفانة منكلش ونولي نحس روجي ثقيلة ومين كون normale ناكل كل شيء وناكل بسرعه ونبلع مأكلة بالخف مقلقه أنايا نكمل بالخف الماكله اللي تكون قدامي ومرات ناكل بزاف ونندم ومنبعد نلوم روجي" ، لا تستعمل الحالة المليينات ولا أنواع من المشروبات أو أدوية، تمارس الرياضة مرتين في الأسبوع وتخبرنا: "باش نطلع المورال شويه وننقص وباش نبقي خفيفه وتني رجال ميغوش المرا سميئة".

تخبرنا الحالة بأنها شخصية حساسة وتتعب كثيرا وتتعرض للانتقاد على وزنها من طرف الوالد إلام الإخوة وتقول: "خطرات في الدار يصري مشكل غير صغير نزحف ونبقى نقول في قلبي علاش ينارفوني وخطرات مانردش عليهم بش eviter هدره زائدة".

تفيدنا الحالة بأنها لا تعاني من اضطرابات في النوم لكنها تحب أن تسهر لتشاهد أفلام على التلفزة، لا تعاني من مشاكل في التركيز والذاكرة لكنها تشكو من التعب وتقول: "نقضي بزاف وراسي يعيا من هدره الناس بسبب التجارة ولديا كبار في السن وأنا البنت الكبيرة فالدار محمليني بزاف مسؤوليات" ، لم تدخل الحالة المستشفى سابقا، وفي ما يخص التاريخ العائلي ووجود البدانة فهي تفيدنا بأن الوالد يعاني من البدانة ومرض السكري والأم كذلك أما إخوتها فهم لا يعانون من السمنة.

توقفت الحالة عن التمدد بسبب بعد المتوسطة مع أن نتائجها كانت جيدة إلا أن والديها وأعمامها لم يرغبوا في أن تواصل دراستها بعيدا عن الدائرة، تفيد بأنها: " زعفت بزاف وغاضتني عمري بزاف على قرأتي

عائلتي ما عندهاش عقليه **ouvert** فوت صغري في الدار نتعلم فلقضيان واطياب وأمي تقولي تعلمي معايا وديري كيفي المرا تع دار وتع زواج " تجيب بأنها لم تتزوج حتى الآن بقولها: "الغلبية يخطبوني بصح مايولوش"، "ويخطبوني بصح مايولموش يا إما مطلق وعند غراوين يا إما شيباني انا باغيه راجل عازب ويكون كما بويا فيه خوف ربي".

تفيدنا الحالة أنها كان لديها علاقات سابقة مع رجال بقولها: "عشت علاقات مع رجال لكنها ماتحققش لي كنت متمنيات، راني مضعوره أنا لي قلبي أنظر بزاف، وحبست العلاقات كع، وراني حاسة بل **vide** وراني خايغه كبرت ومزال متزوجتش راني ندعي فالله ونستنا في مكتوبي".

تفيد الحالة أن علاقتها بوالديها طيبة وتقول: "والدينا رباونا على الاحترام ويبغيونا بزاف ويخافو علينا" وتظيف أن علاقتها مع إخوتها يشوبها بعض التوتر فهناك خلافات بسيطة مع الأخت حول النشاطات اليومية في البيت، أما الإخوة فتجيب: "خويا كبير جابد روحه كامل عايش بلاطاي وماشي خدام، وخويا صغير يخدم ميكانيكي و **sever** بزاف مزيرني على اللبسه على المكياج على الأعراس"، وتخبنا أنها متحملة لمسؤوليات عديدة وهذا يتعبها بقولها: "بزاف مسؤوليات تاع الدار أنا لي نشري أنا ندي والديا للطبيب أنا نتعامل مع الصيدلي أنا نروح **casnos**"

- وثيقة الالتزام العلاجي للحالة الرابعة:

أنا الممضية أسفله أعد بأن أكون جدية في الالتزام بمواعيد الحصص العلاجية وأطبق كل ما أتعلمه من تقنيات علاجية لأحقق هدفي.

- الهدف: 80 كغ

- كيف ذلك: بالإرادة والمواصلة بالرياضة والنظام الغذائي.

- في أي مدة زمنية: 6 أشهر فما فوق.

- هذا العقد سأضعه في كراس في حقيبتني أحمله دائما معي حتى أتذكر كل يوم وعودي وهدفي.

- أفكار الحالة حول لماذا تريد تخفيف وزنها:

* أريد تخفيف وزني من أجل صحتي وأشفى من تكيس المبايض.

* من أجل مظهري ليصبح جميلا ورشيقا.

* أصبح رشيقة وأتزوج.

* سأكون سعيدة جدا لأنني سأتمكن من لبس ملابس أريدها.

- أفكار الحالة حول كيف تكافئ نفسها عندما تخفض الوزن:

* سوف أحقق كل ما أتمناه في حياتي ملابس جميلة وأنيقة.

* سأهدي نفسي العناية بالوجه عند esthéticienne.

* سأهدي نفسي العناية بالأظافر.

- الأفكار السلبية المستنتجة من الاستبيان من خلال الأسئلة المطروحة من طرف الباحثة حول لماذا

اختارت الحالة الرابعة هذه الاستجابات منها مايلي:

" بسباب السمونية مرضت بتكيس المبايض وراني خايفه لكان منبعد منولدش غراوين" ، " أمي وأختي يلوموني على جسمي سمين ويقولولي راكي صغيرة وسامحه في روحك شكون لي يبغي يتزوج مع وحده سمينه كيفك، نفسي الماكلة" ، " مرانيش راضية على لاطاي تعي ودايما نقول روحي علاش مجيتش كيما ختي ناقسة" ، " جسمي مراهش كما راني باغيا راه فاسد وخصه تعديل" ، " نحشم بجسمي مين يخزرو فيا ناس برا، يجرحوني بنظراتهم" ، " صحاباتي deranjouni كيهدررو على لبسة وعلى لطاوي" ، " كي نكون في la sale de sport نشوف بنات ناقسات نغير منهم" ، " منلبسش ملابس elastique وتبين les forme تع جسمي نحشم وتتي عيب عندنا نلبسو مزير مع لطاوي" ، " والديا ميفهمونيش مشي قاريين" ، " كع فالدار ينتقدوني على سمونيتي وحتى الناس برا، مرة مول طكسي قلبي تخلصي زوج بلايص، مرة امرأة في عرس قاتلي العرض درك كع المرايا وهادي الهدره تزعفني و demoralisini،" نروح الأعراس بصح منبغيش نتصور نحشم بلطاوي تعي".

- جدول (29) يوضح نموذج الواجب المنزلي حول سجل التغذية اليومي للحالة الرابعة :

اليوم	9-8	-9 10	-10 11	12-11	1-12	2-1	3-2	4-3	6-5	7-6	8-7	11-10 ليلا
ماذا أكلت	قهوة حليب+ 1سكر 3غريبة الماء			بيتزا 3 قطع عصير	حريرة بطاطا مقلية خبز دار سلطة 3مشماش 1كسان لمناد الماء				قهوة حليب+1سكر 2 بغير بلعسل	مايبين		دنجال مقلي بصوص الخبز سلطة 1كاس عصير الماء
مشاعر قبل الأكل	عادي			زعت متلاقيتش دوا تعي عند farmacie وربحه تع بيتزا جوعتني	زعفانا							عادي
مشاعر بعد الأكل	عادي			ندمت	كليت بزاف وندمت				الارتياح نبغي بغير بزاف	الارتياح		زعت أختي قالتلي راكي غير تكلي
مع من كنت	الدار مع أمي وأختي وأخي			برا نشري وحدي	أمي وأختي أبي في دار				مع أمي وأختي فدار		مع أمي وأختي	أمي وأبي وأختي فالداد

- جدول (30) يوضح التحليل الوظيفي للحالة الرابعة :

المثيرات البعيدة والنتيجة	السلوك	المثيرات القبلية
الغضب ، لوم الذات والندم على الأكل الكثير	الأكل بكثرة ، الأكل بين الوجبات الرئيسية.	النقد من طرف أفراد العائلة على السمنة والأكل، مواقف سلبية في الحياة والعمل مع الناس، الخوف من المستقبل.

- استنتاج الحالة الرابعة:

- تزن الحالة الرابعة 105 كغ مؤشر كتلتها 41.01% دليل على بدانة مفرطة.

نوع البدانة: **Androïde** تتركز الدهون في الجزء العلوي من الجسم.

- الأعراض الجسدية: إلتهاب المعدة بسبب جرثومة معدية، تكيس المبايض، اضطرابات في الدورة الشهرية، تعب وإرهاق عصبي بسبب العمل وتعدد المسؤوليات.

- السلوكات والآثار النفسية: الخوف من المستقبل والخوف من عدم الإنجاب، لوم الذات والنقد الذاتي على الأكل بكثرة (الأكل العاطفي، القضم **Grignotage**، السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف **Accés** **Hyperphagiques Leger**)، التأثير السلبي من النقد الخارجي، الإحساس بالخجل من الجسد البدين، مشاعر الغيرة من الجسد المتناسق، مقارنة الجسد الذاتي بجسد الأخريات، إخفاء الجسد بالملابس العريضة، الغضب الداخلي، الإحساس بالفراغ العاطفي والوحدة، توتر اجتماعي من خلال الخوف من أحكام الآخرين والخجل والإحراج، الخوف من المستقبل وعدم الزواج.

- نتائج القياس القبلي للحالة الرابعة:

بعد إجراء التطبيق القبلي لمقياس تقدير الذات، وجدت الباحثة أن الحالة تحصلت على درجة 77 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات، وعليه تعيش الحالة معاناة نفسية وتبين من خلال إجابة الحالة على البنود والتي أظهرت عدم تقبل للجسد البدين وعن عدم الرضا عنه والنقد الذاتي السلبي، وما جعل

الوضع يستاء المشاعر السلبية التي يخلفها نقد الآخرين (أنظر الملحق الخاص بمقياس تقدير الذات للحالة الرابعة)

- تحليل سيرورة البرنامج العلاجي لدى الحالة الرابعة:

الحالة "ج" تعاني من البدانة المفرطة وهي وضعية مقلقة بالنسبة لها، وهي واعية ببدانتها وبالأثر النفسي والجسدي للجسد البدين بقولها: "مرانيش راضية على لاظاي تعي ودايما نقول روجي علاش مجيتش كيما ختي ناقسة"، "جسمي مراهش كما راني باغيا راه ضايغ وخصه تعديل"، فهي تفضل وتقدر الجسد المتناسق والمرغوب من الجميع، وترى بأنه هو الذي يعطي قيمة للمرأة، وهذه البدانة أثرت عليها نفسيا وجسديا وأصبحت تعاني من جلد الذات، وتقيم ذاتها تقيما سلبيا.

الحالة تعاني من أعراض جسدية مؤلمة تتمثل في إتهاب المعدة بسبب جرثومة معدية، تكيس المبايض، اضطرابات في الدورة الشهرية، تعب جسدي وإرهاق عصبي بسبب العمل وتعدد المسؤوليات.

النظام الغذائي لدى الحالة يعتمد على أكل غني بالنشويات، والمشروبات الغازية والعصائر مع فواكه قليلة واستهلاك كميات قليلة من الماء، وقليل البروتينات وذلك بسبب الدخل المادي المتوسط للعائلة.

تعاني الحالة من تعب وإرهاق عصبي نتيجة تعدد المسؤوليات بقولها: "نقضي بزاف وراسي يعيا من هدرت الناس بسبب التجارة، وتاني ولديا كبار في السن وأنا البننت الكبيرة فالدار محمليني بزاف مسؤوليات".

حاولت الحالة القيام بالحمية لكنها لا تستمر عليها لتعود لسلوكاتها الغذائية السابقة، فسلوك التغذية موجه لديها من مشاعر الحزن والغضب وهذا بقولها: "درت شحال من مرة رجيم ونقست بصح كجا الوباء كورونا والقعاد في الدار والطياب والماكلة والراحة زدت سمنت"، وسلوك التغذية يصبح فعلا فكريا منقطعاً عن إحساسات التغذية للجوع والشبع بقولها: "مين نكون زعفانة منكش ونولي نحس روجي ثقيلة ومين كون normale ناكل كل شيء وناكل بسرعه ونبلع مأكلة بالخف مقلقه أنايا نكمل بالخوف الماكله اللي تكون قدامي وكناكل بزاف نندم ونلوم روجي"، فهي تفقد السيطرة على سلوكاتها الغذائية وتتكون مشاعر الندم ولوم الذات، وهذا يقودها إلى اختلال على مستوى التغذية مع وجود بدانة مفرطة واضحة، وهذا ما أكدته دراسة كل من بيتر هيرمان Peter Herman جانيت بوليفي Janet Polivy بأن سلوك التغذية مستسلم لسيطرة الانفعالات.

إن الفشل في تجربة الحمية جعل الحالة تكون حوار داخلي يميل إلى الإسناد الداخلي وتحمل الآخرين المسؤولية في عدم مساعدتها في حميتها بقولها: "فالدار يديرو الماكلة لي تسمن وأنا منقدرش نصبر كنشوفهم ياكلو"، وهذه الأفكار تفعل الإحساس بالشك في القدرات، وتفعل سلوكيات التأجيل وعدم القدرة على اتخاذ القرار الحاسم في إتباع حمية أو نظام غذائي صحي.

الحالة غير متقبلة لجسدها البدني فهي تعيش صراع نفسي ومشاعر مؤلمة، وتتمنى الجسد الرشيق، وذلك بقولها: "جسمي كع ضاع جنابي تاع ظهري كرشني و **Les onches** لو كان يدخلو نولي غايه"

تشعر الحالة بالوحدة والحرمان العاطفي والخوف من المستقبل، وتوضح بقولها: "عشت علاقتين مع رجال لكنها ماتحققش لي كنت متمنيات، راني مضعوره أنا لي قلبي أنظر بزاف، وحبست العلاقات كع، وراني حاسة بل **vide** وراني خايفه كبرت ومزال متزوجتش راني ندعي فالله ونستنا في مكتوبي"، هذه المشاعر جعلتها تشعر بعدم الأمان، فعدم إشباع هذا الاحتياج يدفعها إلى ملأ الإحساس بالفراغ من خلال الأكل وهذا ما يسمى بالأكل العاطفي.

ظهر لدى الحالة تركيز على العيوب الجسدية لديها من خلال أفكارها بقولها: "جسمي مراهش كما راني باغيا راه ضايح وخصه تعديل"، جسمي كع ضاع جنابي تاع ظهري كرشني و **Les onches**، "نحشم بجسمي"، وبسبب هذا التركيز تبنت استراتيجيات التجنب مثل ملابس عريضة لتخفي جسدها وذلك بقولها: "منلبسش ملابس **elastique** وتبين **les forme** تع جسمي نحشم وتني عيب عندنا نلبسو مزير مع لطاي".

توضح الإحساس بالغيرة والمقارنة الذاتية لجسدها مع الأخريات فهذا الإحساس يفعل مشاعر النقص والإحساس بالدونية، وأدى ذلك إلى أفكار ومشاعر سلبية لجسدها المدرك وهذه الأفكار السلبية دليل على تدني مشاعر قيمة الذات، وظهر ذلك بقولها: "صحاباتي **deranjouni** كيهيرو على لبسة وعلى لطاي"، "كي نكون في **la sale de sport** نشوف بنات ناقسات عليا نغير منهم".

إن التقييمات والأحكام والأفكار والنظرة التي كونتها الحالة عن جسدها تعتمد على استدخال الرفض من قبل الآخرين، فالنفاعلات السلبية مثل (السخرية، النقد، الرفض) تنتج تأثيرات سلبية على تصور المظهر الجسدي، وتؤدي إلى تبني سلوك تجنب الآخرين فنكون لديه مشاعر الإحراج والخجل الاجتماعي، وهي متأثرة بالمحيط الراض للبدانة، وتستعمل استراتيجيات سلبية للمواجهة كاللباس العريض والمواجهة السلبية أما بالرد

بالغضب أو السكوت في مواقف النقد: "أمي وأختي يلوموني على جسمي سمين ويقولولي راكي صغيرة وسامحه في روحك شكون لي يبغي يتزوج مع وحده سمينه كيفك، نقسي الماكلة"، كع فالدار ينتقدوني على سمونيتي وحتى الناس برا، مرة مول طكسي قلي تخلصي زوج بلايص، مرة امرأة في عرس قاتلي العرض درك كع المرايا وهادي الهدره تزعفني و demoralisini"، "خطرات في الدار يصرى مشكل غير صغير نزعف ونزكي ونبقى نقول في قلبي علاش ينارفوني وخطرات مانردش عليهم بش eviter هدره زايدة"، "نروح الأعراس بصح منبغيش نتصور نحشم بلطاي تعي"، "نحشم بجسمي مين يخزرو فيا ناس برا، يجرحوني بنظراتهم"، هذه المشاعر فعلت الإحساس بعدم القيمة، ومشاعرها أصبحت حساسة للطريقة التي ينظر بها الآخر لها، وعليه تأثرت حالتها النفسية بالسلب وانخفض تقديرها لذاتها.

الحالة "ج" ترغب في الزواج ولديها مخاوف حول مستقبلها، وهي تعلم أن الجسد المرغوب هو الوسيلة الأكثر جدوى لإيجاد الطرف الآخر، وهي تشعر بأنها مقصية من المجتمع نتيجة هذه البدانة وتستخدم الوازع الديني بأنها تنتظر فرج الله، وتوضح ذلك في أفكارها بقولها: "الغالبية يخطبوني بصح مايولوش"، "يخطبوني بصح مايولوموش يا إما مطلق وعند غراوين يا إما شيباني انا باغيه راجل عازب ويكون كما بويا فيه خوف ربي"، "راني خايفه كبرت ومزال متزوجتش راني ندعي فالله ونستنا في مكتوبي"، وهذا يدفعها إلى محاولة تحقيق الذات، ومحاولة تخفيف الوزن للحصول على القوام الرشيق الذي يقدم لها سند نرجسي، وذلك من خلال الحمية وممارسة الرياضة بقولها: "ندير الرياضة باش نطلع المورال شويه وننقص وباش نبقى خفيفه وتني رجال ميبغوش المرا سميئة"، وهذا ما تحدثت عنه كل من بدره ميموني نقلا عن لكان Lacan حول التأثير السلبي على الجسد غير المستثمر في من خلال علاقة الزواج، فالزواج يحقق من خلاله إشباع حاجات مختلفة فزيولوجية ووجدانية واجتماعية ومادية ويضمن الاندماج الاجتماعي فمكانة الزوجة وبعدها مكانة الأم وولادة الطفل، والأمومة هي تأمين للحياة لدى المرأة كل هذه الأمور تعتبر عوامل أساسية للشعور بالأمان، والإحساس بالقيمة الايجابية للذات، وعدم تحقق ذلك يجعلها تشعر بالضعف وأصبح تقديرها الذاتي والجسدي سلبي لأنها فقدت مكانة التقدير الاجتماعي لها ولجسدها.

وعليه سنحاول أن نوجه الحالة من التركيز على المعاناة النفسية من الجسد البدين من خلال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وذلك برفع وعيها بسلوكها الغذائي السلبي وتغييره، وتغيير أفكارها من السلبية إلى الايجابية حيث تخدم رغبتها المستقبلية التي دونتها حول الأسباب التي دفعتها لخوض هذه التجربة (أريد

تخفيف وزني من أجل صحي وأشفي من تكيس المبايض، من أجل مذهري ليصبح جميلا ورشيقا، أصبح رشيقا وأتزوج، سأكون سعيدة جدا لأنني سأتمكن من لبس ملابس أريدها).

- يوضح الجدول (31) الموالى أهم الاستنتاجات المتوصل إليها قبل وبعد البرنامج العلاجي :

الحالة الثالثة	قبل الخضوع للبرنامج العلاجي	بعد الخضوع للبرنامج العلاجي
الجسد	بدانة مفرطة نوع البدانة: Androide الوزن: 105 كغ ومؤشر الكتلة: 41.01% أعراض جسدية: إلتهاب المعدة بسبب جراثومة معدية، تكيس المبايض، اضطرابات في الدورة الشهرية، تعب وإرهاق عصبي بسبب العمل وتعدد المسؤوليات.	بدانة الوزن: 96 كغ مؤشر الكتلة: 37.5% مؤشر الكتلة المفقود: 3.5% الوزن المفقود: 9 كغ الأعراض الجسدية: فقدان الوزن، تغير المقاس، مشاعر الإحساس بالخفة.
الأفكار	أفكار سلبية عن الذات والجسد، لوم الذات على كثرة الأكل، مشاعر الاستياء نحو الجسم، النقد الداخلي السلبي للذات، مقارنة الذات مع الأخريات، الإحساس برفض الآخر وتمثل في: " بسباب السمونية مرضت بتكيس المبايض وراني خايفه لكان منبعد منولدش غراوين" ، " أمي وأختي يلوموني على جسمي سمين ويقولولي راكي	* ساهمت التربية العلاجية في رفع وعي الحالة بمرضها وآثاره السلبية على الصحة النفسجسدية، وعليه تبنت الحالة "جميلة" شرب الماء الكافي واستخدام بذور الشيا كعامل مساعد على الشبع وفوائده كمكمل غذائي، ورفعت من نشاطها البدني بممارسة Aerobic ساعة في اليوم في البيت. * عن طريق الشرح والتوضيح حول الأفكار

<p>السلبية وتأثيرها، وأهمية الأفكار الايجابية وفوائدها، ومواجهة الأفكار السلبية وتحديها بالحوار السقراطي ساهم في تغييرها لأفكار ايجابية.</p> <p>* تنامي لدى الحالة الوعي الذاتي بسلوكها السلبي بقولها: "ماكانش عندي نظام فالماكلة ناكل أي حاجة وفي أي وقت بصح كعرفت السرعات ألي فالأغذية راني نستعمل لتكون قليلة فسعرات"، والماء وبذور شيا عاوننتي مرانيش نحس بالجوع وراني ننقص".</p> <p>* تعرفت الحالة من خلال سجل التغذية على سلوكياتها وأفكارها السلبية المؤدية لتفعيل المشاعر السلبية، والنتيجة سلوكيات سلبية كالأكل الانفعالي والقضم بين الوجبات والأكل السريع.</p> <p>* توصلت الحالة إلى تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية مثل: "أنا نقدر ننقص ونولي كيما راني باغيا نكون".</p> <p>* التعرف على النقد الداخلي السلبي وتغييره بأفكار ايجابية داعمة ومؤكدة للذات مثل: " أنا إرادتي قوية ونقدر نواصل"</p> <p>* حفظ الأفكار المناسبة لمواجهة النقد المختلف للآخرين عن ظهر قلب، والتدرب عليه مع</p>	<p>صغيرة وسامحه في روحك شكون لي يبغي يتزوج مع وحده سمينه كيفك، نفسي الماكلة"، " مرانيش راضية على لاطاي تعي ودايما نقول روجي علاش مجيتش كيما ختي ناقسة"، " جسمي مراهش كما راني باغيا راه فاسد وخصه تعديل"، " نحشم بجسمي مين يخزرو فيا ناس برا، يجرحوني بنظراتهم"، " صحاباتي deranjouni كيهدرو على لبسة وعلى لاطاي"، " كي نكون في la sale de sport نشوف بنات ناقسات نغير منهم"، " منلبسش ملابس elastique وتبين les forme تع جسمي نحشم وتتي عيب عندنا نلبسو مزير مع لاطاي"، " والديا ميفهمونيش مشي قاريين"، " كع فالدار ينتقدوني على سمونيتي وحتى الناس برا، مرة مول طكسي قلبي تخلصي زوج بلايص، مرة امرأة في عرس قاتلي العرض درك كع المرايا وهادي الهدره تزعفني و démoralisini"، نروح الأعراس بصح منبغيش نتصور نحشم بلطاي تعي".</p>
--	--

<p>حالات المجموعة لاستخدامه عندما تتعرض له وعندما تقتضي الضرورة أمثلة: "إنني بحاجة للدعم والمساعدة وليس النقد السلبي وأن هذا الأسلوب يؤذي نفسيًا"، "أنا لا أحب هذا الأسلوب وإذا تكرر سيكون لدي موقف آخر، وأقول لهم النصيحة أمام الناس فضيحة والقصد منها الإحراج"</p> <p>* هذا التعلم والتدرب مع حالات المجموعة ساهم في تعزيز الثقة في ذاتها وصرحت أنها ستتدرب عليه مع أختها في البيت بقولها: "غادي نعلم أختي واش تعلمت وندريو أنا وياها فادار "</p> <p>* "المعلومات على التغذية وعلى الماء وخاصة بذور شيا عاونتني بزاف بش نقص وراني نحس روحي خفيفه وغادي نواصل حتى نولي ناقصة".</p>		
<p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول انفعال الغضب وتأثيره السلبي على الهرمونات وعلى نظام الحرق في الجسم، وعلى الذات وعلى الآخرين وعلى العلاقات، وتوصلت الحالة من خلال الحوار السقراطي إلى أنها لا تسير غضبها بطريقة صحيحة بتوصلها إلى فكرة: "أنا بلخف نزعف ومنتارفا بصح كعرفت بلي هرموناتى تزيد تضطرب دروك راني ندير تنفس</p>	<p>حزن، غضب نحو الذات والآخرين، وكره الجسد، لوم الذات، توتر اجتماعي من خلال مشاعر الخجل والإحراج من الجسد البدين، الاستياء من نقد الآخرين ومن أفراد العائلة أو المحيطين، مثل: " ، " مرانيش راضية على لاطاي تعي ودايما نقول روحي علاش مجبتش كيما ختي ناقسة" ، " جسمي مراهش كما راني باغيا راه فاسد</p>	<p>المشاعر</p>

<p>استرخائي ونكالمي روحي ".</p> <p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول المقارنة السلبية وما يمكن أن تولده من مشاعر سلبية، والإحساس بالضعف تتولد مشاعر النقص والدونية، وتكون سبب في تقلب المزاج وعدم الرضا وتوليد للصراع النفسي والألم النفسي.</p> <p>* حفزنا الحالة على حفظ كلمات إيجابية بأفكار وكلمات إيجابية مثل: "أنا إنسانة فريدة لا احد يشبهني ولا أشبه أحد " "أنا مميزة ولا وَحْدًا تُشَبَّهَلِي"، " هناك دائما شخص أحسن مني وأقبل ذلك" ، لتعزز تأكيد الذات والثقة في النفس.</p>	<p>وخصه تعديل" ، " نحشم بجسمي، يجرحوني بنظراتهم" ، " صحاباتي deranjouni كيهدرو على لبسة وعلى لطاوي" ، " كي نكون في la sale de sport نشوف بنات ناقسات نغير منهم" ، منلبشش ملابس elastique وتبين les forme تع جسمي نحشم وتني عيب عندنا نلبسو مزير مع لطاوي" ، " كع فالدار ينتقدوني على سمونيتي وحتى الناس برا، مرة مول طكسي قلبي تخلصي زوج بلايص، مرة امرأة في عرس قاتلي العرض درك كع المرايا وهادي الهدره تزعفني و "démoralisini"، منبغيش نتصور نحشم بلطاوي تعي".</p>	
<p>* تبنت الحالة شرب الماء بالكمية المحددة حسب الاحتياج اليومي لجسمها من بداية الحوص، وبدأت باستخدام بذور الشيا، توقفت عن القضم بين الوجبات الرئيسية وذلك بينتشتيت انتباهها نحو الأكل بشرب الماء أولا ثم القيام بشيء آخر.</p> <p>* بواسطة تقنية الاسترخاء والتنفس الاسترخائي التي تعلمته في الحوص، أصبحت تستخدم تقنية التنفس للتخلص من إحساسها بالغضب عندما تواجهه وبعد استخدامه تقول أنها تصبح</p>	<p>سلوك غذائي سلبي يتمثل في الأكل العاطفي، القضم Grignotage ، والأكل بكثرة بمعدل خفيف Accès Hyperphagiques Leger، الاستسلام المتكرر والتوقف عن الحمية، استراتيجيات مواجهة سلبية، لا تستعمل مشروبات تساعد على الحرق، تمارس الرياضة مرتين في الأسبوع، استهلاك قليل للماء.</p>	<p>السلوكات</p>

<p>هادئة.</p>		
<p>ظهر الدعم من أفراد العائلة بقولها: "والديا خاوتي وأختي راهم يشجعوني بش نزيد ننقص وهاد شي يطلعلي Morale"</p> <p>* تغير وزن الحالة ومقاسها، وأهدت نفسها فساتين تقول أنها كانت تحلم باقتنائها، والعناية بالوجه والأظافر.</p>	<p>"أمي وأختي يلوموني على جسمي سمين ويقولولي راكي صغيرة وسامحه في روحك شكون لي يبغي يتزوج مع وحده سمينه كيفك، نقسي الماكلة"، "كع فالدار ينتقدوني على سمونيتي وحتى الناس برا، مرة مول طكسي قلبي تخلصي زوج بلايص، مرة امرأة في عرس قاتلي العرض درك كع المرابا وهادي الهدره تزعفني و demoralisini"، "منلبسش ملابس elastique وتبين les forme تع جسمي نحشم وتتي عيب عندنا نلبسو مزير مع لطاي"، "خطرات في الدار يصري مشكل غير صغير نزعف ونزكي ونبقى نقول في قلبي علاش ينارفوني وخطرات مانردش عليهم بش eviter هدره زايدة".</p>	<p>نظرة الآخر واستراتيجيات المواجهة</p>
<p>تحصلت الحالة على درجة 121 في القياس البعدي، والتي تعبر عن ارتفاع مستوى تقدير الذات، وتوضح ذلك بتغير في استجابات الحالة على بنود مقياس تقدير الذات (أنظر ملحق مقياس التقديم البعدي)</p>	<p>تحصلت الحالة على درجة 77 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات في القياس القبلي.</p>	<p>نتائج القياس</p>

*جدول (32) يوضح تقييم الحالة "ج" للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي :

البرنامج العلاجي	درجة ضئيلة	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة
الدرجة				+

* يوضح الجدول التقييم الإيجابي لدى الحالة للبرنامج العلاجي

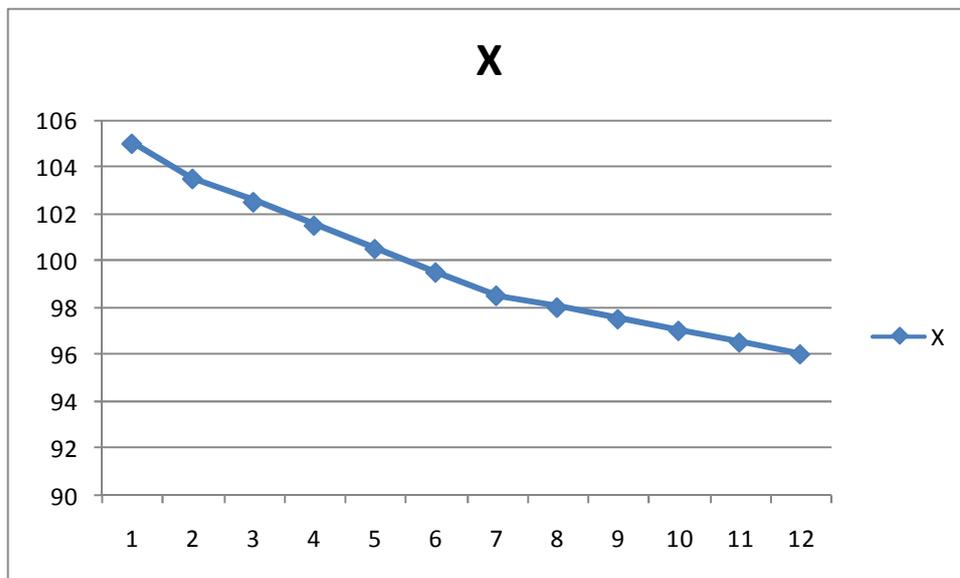
- جدول (33) يوضح تغير في وزن الحالة الرابعة مع التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي

المعرفي السلوكي :

الحصص	الأسبوع 1	الأسبوع 2	الأسبوع 3	الأسبوع 4	الحصص	الحصص	الحصص	الحصص	الحصص	الحصص	الحصص	الحصص
الوزن أثناء الحصص	105 كغ	103.5 كغ	102.5 كغ	101.5 كغ	100.5 كغ	99.5 كغ	98.5 كغ	98 كغ	97.5 كغ	97 كغ	96.5 كغ	96 كغ
الوزن المفقود	0 كغ	1.5 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	1 غ	500 غ	500 غ	500 غ	500 غ
الوزن المفقود	9 كغ											

يوضح الجدول تغير الوزن من 105 كغ إلى 96 كغ وفقدان 9 كغ خلال 12 حصة

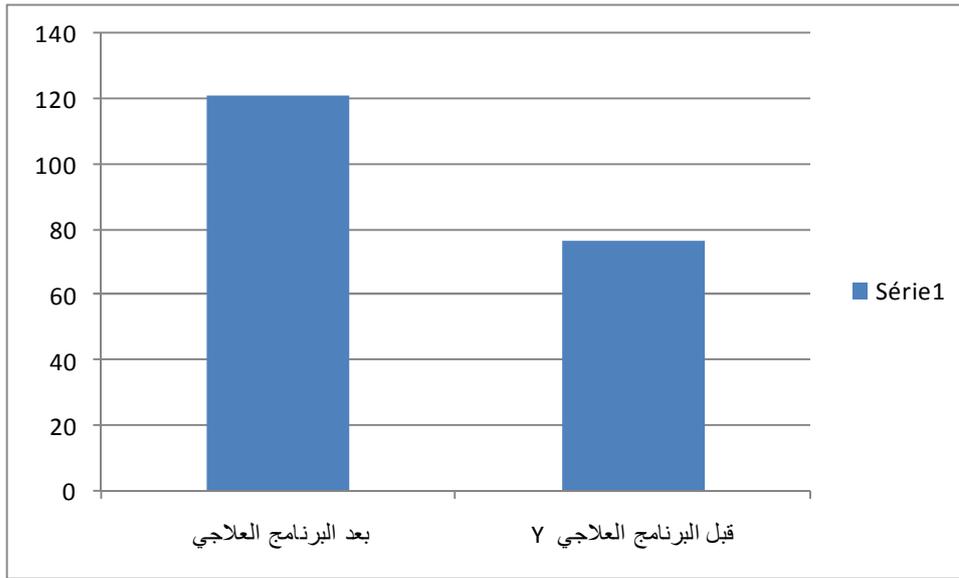
- رسم (8) بياني يوضح تطور وتغيرات وزن الحالة الرابعة عبر الحصص العلاجية:



مخطط بياني يوضح تغيرات الوزن للحالة الرابعة بين الحصص العلاجية

* يتوضح من الرسم البياني تغيرات في الوزن لدى الحالة الرابعة أثناء التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وانتقل الوزن تدريجياً ونزولاً من 105 كغ في الحصة الأولى إلى 96 كغ في الحصة الثانية عشرة.

- رسم (9) بياني يوضح تغيرات لدى الحالة الرابعة في مستوى تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:



مخطط يوضح تغير درجات مقياس تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الرابعة

* يتوضح من خلال المخطط البياني تغيرات في درجات تقدير الذات لدى الحالة الرابعة من 77 درجة والتي تدل على تقدير ذات منخفض على مقياس تقدير الذات قبل البرنامج العلاجي، والانتقال إلى 121 درجة والتي تدل على ارتفاع في مستوى تقدير الذات بعد الخضوع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

- جدول(34) يوضح أهم التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الحالات	درجات التقديم	درجات التقديم البعدي استبيان	الوزن قبل البرنامج	الطول	الوزن بعد البرنامج	الوزن المفقود	مؤشر الكتلة قبل البرنامج	مؤشر الكتلة بعد البرنامج	مؤشر الكتلة المفقود
04	77	121	105 كغ	1.60م	96 كغ	9 كغ	41.01%	37.5%	3.5%

* يوضح الجدول تغير القياس من 77 درجة إلى 121، وتغير الوزن من 105 كغ إلى 96 كغ بمؤشر كتلة 3.5%.

- الحالة الخامسة:

معلومات شخصية:

- العمر: 35 سنة - الحالة الاجتماعية: متزوجة

- الوظيفة الحالية: مائدة بالبيت - المستوى الدراسي: جامعية - الحالة الاقتصادية: متوسطة

- التاريخ المتعلق الوزن الحالي:

- الوزن الحالي: 90 كغ الطول الحالي: 170 سم مؤشر الكتلة: 31.14%

- نوع البدانة: **Gynoid** تتركز الدهون في الجزء السفلي من الجسم.

- الوزن المثالي الذي ترغب فيه: 70 كغ

الحالة "خ" 35 سنة متزوجة ولديها ثلاثة أطفال (ذكر وبننتين)، مائدة بالبيت، ترتدي حجاب وخمار، تظهر عليها ملامح الحزن، لكنها مبادرة بالابتسامة، ظهر عليها الحماس والرغبة في التعلم.

تفيدنا الحالة بأنها عانت تقلبات في وزنها بصفه متكررة فلقد كان وزنها 70 كغ قبل الزواج لكن بعد الإنجاب المتكرر انتقل وزنها إلى 80 كغ وبعد ذلك 90 كغ إلى أن وصلت إلى 102 كيلوغرام لكنها حاولت القيام بالحمية وخفضت وزنها 10 كغ، والآن وزنها ثابت في 90 كغ وتوقف عن الحرق، ويؤثر هذا الثبات في الوزن على مزاجها، وتقول: "نحس روعي كئيبة وتغيظني عمري راني باغيه نزيد ننقص بصح ماقدرتش نزيد نواصل وكنت نفرح بزاف كي ينقص ميزاني نحس روعي درت انجاز كبير".

بالنسبة لرضاها عن جسمها فهي تجيب: "ككنت صغيرة كنت ناقصه ولطاي تعي شابه، بصح دروك ما رانيش راضيه على جسمي سممت بزاف وحاولت نقص ونقصت بالرياضة والرجيم وراني خير ملي كنت بصح مدابيه نزيد ننقص ونولي كما كنت"، والأجزاء التي تجدها غير متناسقة في جسمها: "تجيب صدري ترهل كرشى مازال خارجه ما زال أفخادي معمرين وسمان"، وتزن الحالة جسمها مرة كل أسبوع.

- السلوك الغذائي:

عدد الوجبات تتمثل في أربع مرات في اليوم فطور الصباح والغداء قهوة العشيّة والعشاء، بالنسبة لفطور الصباح يتمثل في قهوة سوداء بدون سكر مع حلويات بالنسبة للغذاء في فترة الشتاء أنواع المرق مع الخبز والبقوليات مع أطباق في الفرن وأحياناً المعجنات، قهوة العشيّة قهوة بدون سكر مع حلويات، العشاء أطباق خفيفة بدون زيوت أو دهون مع فواكه، تتناول بين الوجبات الرئيسية فواكه بكثرة أو مكسرات مملحة أو شوكولاتة سوداء، حاولت تجنب بعض المشروبات والأطعمة المعينة مثل البطاطا المقلية المعجنات مثل البيترزا والكسكس وسباكتي، أما المشروبات الغازية والعصير فعوضتهم بالفاكهة بكثرة على أساس أنها صحية، وتوضح أن استهلاكها للماء قليل.

تفيدنا بأنها لا تتبع حمية تحت إشراف طبي أو مختص في التغذية فهي تحاول ذلك بمفردها، وتفيدنا بأن طريقة أكلها ومضغها للأكل تكون بصورة بطيئة في الأيام العادية لكن عندما تكون حزينة أو غاضبة فتقول: "كنكون زعفانا ناكل بالخُف ما نعرفش كيفاش كليت منستبنش الماكلة"، تفيدنا بأنها لا تقوم بالتقيؤ الإجباري وعندما تحس أنها أكلت كمية كبيرة تحاول ممارسه الرياضة حتى تحرق الطاقة الزائدة فتقول: "نحرب نحرق الماكله بالقضيان والرياضه ونتمشى برا بزاف".

وتصرح بأنها تتناول أنواع من التيزانات مثل عشبة اللويزة أو البسباس وتمارس الرياضة مرتين في الأسبوع لتخفيض الوزن والإحساس باللياقة البدنية وتحسين مزاجها.

تفيدنا أن حياتها فيها مشاكل وتجيّب: "راجلي يخدم فالصحراء، ودائماً بعيد عليا نحس روحي وحدي يغيب بثلاثة أشهر وأنا نتحمل كع المشاكل والمسؤوليات وحدي ومين يولي للدار بعد خمسه أيام نحسه يمل مني ومن أولاده وأنا نكون متوحشاته أنا وأولادي"، تفيد أنها عاشت حياتها الزوجية وهي تعاني من علاقة حميمية غير مرضية أصبحت الآن تمارسها معه بغير اهتمام وتقول: "راجلي عنده سرعة القذف والمقدمات مكاش وتكلمت معاه بزاف على هذا الموضوع خلتيه يتفرج فيديوهات في اليوتيوب يتحدث فيها النابلسي عن الأمور الحميمية في العلاقة الزوجية لكن راجلي لا حياة لمن تنادي ماشي حابر فيا وتني ولا يقولي متقنعيش وهذا شي مرضني نفسيا".

تفيدنا الحالة بأنها لا تعاني من مشاكل في التركيز أو الذاكرة لكن لديها مشكلة وهي أنها تجد صعوبة في الاستيقاظ صباحاً بسبب السهر المفرط حتى الثانية بالليل، لم يسبق للحالة أن دخلت المستشفى ما عدا

في حالة الولادة، وتفيدنا بان التاريخ العائلي لديها الأم تعاني منها السمنة أما آخوها فهو نحيف ولديها خالة تعاني من البدانة كذلك.

- تفيدنا بأن والدها توفى وكان لديها ثمانية سنوات تقول: "منذكروش بزاف بصح نحس فراغ كبير معشتش معه نحس روجي متوحشاته وتبكي الحالة"، تظيف إلى أن والدتها كانت عصبية كثيرا معها ومع أخوها في طفولتها لان الوالد توفى وكان لديها 35 سنة فهي رفضت الزواج وفضلت أن تهتم بأبنائها وتقول: "أنا دروك كي وليت أم راني نحسن عونها عانت أمي بزاف ووالديها كانوا صعاب معها".

تشير الحالة إلى أنها تتعرض للنقد من أمها عندما تراها تأكل بحيث تقول لها: "حبسي مأكلة راكي سمينه"، زيدي نقصي روحك خير ما تولى كيفي وتمرضي بالسكر"، وبالنسبة لزوجها كان يتقدها بقولها: "يقولي سمنتي بزاف نفسي شويه وكان يفلشني يقول لي بطتي كي سمنت ولا يقول لي دبويه وأنا يغيظني الحال على عمري بصح ما نردش عليه ونزعف في قلبي"، وتصرح الحالة وتقول: "أنا بنت طيبه وعاقله مع الناس وناس يحقروني وما نقدرش نرد عليهم ونبقى دائما نلوم في روجي في قلبي ونقول علاش ما رديت علاش يحقروني".

- وثيقة الالتزام العلاجي للحالة الخامسة:

أنا الممضية أسفله أعد بأن أكون جدية في الالتزام بمواعيد الحصص العلاجية وأطبق كل ما أتعلمه من تقنيات علاجية لأحقق هدفي.

- الهدف: 70 كغ

- كيف ذلك: النظام الغذائي الصحي، الرياضة، المشي، شرب الماء الكافي.

- في أي مدة زمنية: قبل رمضان المقبل.

- هذا العقد سأضعه في باب الثلاجة في مطبخي حتى أتذكر كل يوم وعودي وهدفي.

- أفكار الحالة حول لماذا تريد تخفيف وزنها:

* أنا خائفة على صحتي وخائفة من مرض السكري.

* من أجل أن أصبح رشيقة.

* ملابس أنيقة.

أفكار الحالة حول كيف تكافئ نفسها عندما تخلص الوزن:

* اشتري ملابس التي أحبها.

* أذهب في رحلة وأحتفل مع زوجي وأولادي.

* أهدي نفسي عناية جسدية مساجات وتقشير وماسكات للوجه.

* أهدي نفسي تبييض أسنان.

- الأفكار السلبية المستنتجة من الاستبيان من خلال الأسئلة المطروحة من طرف الباحثة حول لماذا

اختارت الحالة الخامسة هذه الاستجابات منها مايلي:

- " راني خايفه على صحتي لكان يحكمني مرض السكر " ، " مراهش عجبني جسمي و رجليا راهم يتعبوا كنطلع في الدروج باش نوصل لداري " ، " كنيشوف البنات في قاعه الرياضة نحس بلي هوما شابين عليا ويغبروني " ، " كرشي مازال خارجه بزاف كع ضاعت ولو كان تدخل ويذوب الشحم اللي فيها يروحلي الخوف من المرض " ، " كنت نسمن وما حاساش بروحي وكنشوف روعي في المرأة نقول راني نورمال " ، " يغيظني الحال كي ينتقدوني على جسمي أنا بروحي راني نعاني علاش يزيدوني " ، " eviter نشري ملابس ضيقه نحشم نبين لاطاي تاغي وزيد راجلي ما يحبشنيش نلبس حاجات ضيقين خاصة برا " ، " معنديش مشاكل مع علاقاتي ولا في النشاطات الاجتماعية بصح في المواقف المفروض ندافع فيها على روعي ما نقدرش نواجه نسكت ومنبعد نبقي نلوم في روعي " .

- جدول (35) يوضح نموذج الواجب المنزلي حول سجل التغذية اليومي للحالة الخامسة :

اليوم	9-8	10-9	-10 11	12-11	1-12	-1 2	3-2	-3 4	6-5	7-6	-7 8	9-8
ماذا أكلت	قهوة + 2 كعك تلمسان ن الماء		2 حبات خوخ		فلفلة خضراء بطاطا خبز سلطة 2 خوخ الماء				قهوة 2كعك تلمسان		فلق دلاع	سوب خضار مع لحم، الخبز سلطة فلق دلاع الماء
مشاعر قبل الأكل	عادي		الارتياح		الارتياح				عادية			عادي
مشاعر بعد الأكل	عادي				أكلت كثير وندمت				الارتياح		راحة	زعت أمي نقدتني على الماكلة في ليل
مع من كنت	الدار مع أولادي				دار مع أولادي				مع أولادي فدار		مع أمي أولاد	أولادي مع أمي في الدار

- جدول (36) يوضح التحليل الوظيفي للحالة الخامسة:

المثيرات البعيدة والنتيجة	السلوك	المثيرات القبلية
الغضب الداخلي، لوم الذات والندم على الأكل بكثرة	الأكل بكثرة ، الأكل بين الوجبات الرئيسية.	النقد من طرف أفراد العائلة على السمنة والأكل.

- استنتاج الحالة الخامسة:

- تزن الحالة الخامسة 90 كغ، و مؤشر الكتلة 31.14% ، دليل على البدانة.

- نوع البدانة: **Gynoid** تتركز الدهون في الجزء السفلي من الجسم.

- الأعراض الجسدية: آلام على مستوى الرجلين، ضيق في التنفس عند الصعود سلم الدرج، الاحساس بالتعب.

- السلوكات والآثار النفسية: اضطراب الصورة الجسدية أمام المرأة، لوم الذات ونقدها على كثرة الأكل (الأكل العاطفي، القضم **Grignotage**، السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف **Accés Hyperphagiques** (Leger)، مقارنة الجسد بالجسد الآخر، مشاعر الغيرة من الجسد الآخر، الخوف من الإصابة بالأمراض، الاستياء من النقد الخارجي، الإحساس بالخجل من الجسد البدين، إستراتيجية التجنب أمام المواقف الضاغطة، الحرمان العاطفي، الإحساس بالوحدة، غياب الحوار والتواصل المحترم بين الزوجين حول العلاقة الحميمة وتحقيق الرضا الجنسي سبب في الإحساس بالجوع العاطفي.

- نتائج التقديم القبلي لمقياس تقدير الذات: بعد إجراء التطبيق القبلي لمقياس تقدير الذات، وجدت الباحثة أن الحالة تحصلت على درجة 75 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات، فالحالة تعاني نفسياً وتبين من خلال إجابة الحالة على البنود والتي أظهرت عدم تقبل للجسد البدين، والنقد الذاتي السلبي، والمشاعر السلبية التي يخلفها نقد الآخرين (أنظر الملحق الخاص بمقياس تقدير الذات للحالة الخامسة).

- تحليل سيرورة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لدى الحالة الخامسة:

الحالة "خ" تعاني من البدانة، وهي وضعية مقلقة بالنسبة لها، ولديها وعي بوضعيتها الصحية وبتأثير البدانة على صحتها النفسية والجسدية بقولها: "راني خايفه على صحتي لكان يحكمني مرض السكر"، نحس روجي

كثيبة وتغيظني عمري راني باغيه نزيد ننقص بصح مقدرتش نواصل"، " ككنت صغيرة كنت ناقصه ولطاي تعي شابه، بصح دروك ما رانيش راضيه على جسمي سمتت بزاف وحاولت نقص ونقصت بالرياضة والرجيم ورائي خير ملي كنت بصح مدايبه نزيد ننقص ونولي كما كنت"، فهي كذلك كمختلف النساء تفضل الجسد المشوق، وهي غير راضية إلى ما آل عليه جسمها، وترغب في استرجاع ما فقدت من تناسق الجسد، وأصبحت تقيم ذاتها تقيما سلبيا بقولها: " مراهش عجبني جسمي و رجليا راهم يتعبوا كنطلع في الدرج باش نوصل لداري" ، " كنيشوف البنات في قاعه الرياضة نحس بلي هوما شابين عليا ويغيرونني" ، " كرشني مازال خارجه بزاف كع ضاعت ولو كان تدخل ويذوب الشحم اللي فيها يروحلي الخوف من المرض".

الحالة تعاني من أعراض جسدية مؤلمة تتمثل في آلام على مستوى الرجلين، ضيق في التنفس عند الصعود سلم الدرج، الإحساس بالتعب.

التغذية لدى الحالة تعتمد على أكل غني بالنشويات، وقليل البروتينات مع كثرة الفواكه.

حاولت الحالة القيام بالحمية وفقدت الوزن تدريجيا لكن وزنها بقي ثابتا في 90 كغ، وسلوك التغذية موجه لديها بمشاعر الحزن ومشاعر الندم ولوم الذات بعد الأكل الزائد وهذا بقولها: " كنكون زعفانا ناكل بالخف ما نعرفش كيفاش كلت منستبنش كع الماكلة ودايما نندم كناكل بزاف"، وهذا ما أكدته دراسة كل من بيتر هيرمان **Peter Herman** جانيت بوليفي **Janet Polivy** بأن سلوك التغذية مستسلم لسيطرة الانفعالات، وما توصلت إليه كذلك دراسة بينت وآخرون **Bent & all** حيث وجدت أن تناول الطعام العاطفي في بعض الأحيان لا يقلل من الضائقة الانفعالية بل يعزز منها بإثارة مشاعر الذنب الشديد وعليه لتخفف إحساسها بالذنب تحاول ممارسة أي نشاط بقولها: " نجرب نحرق الماكلة بالقضيان والرياضه ونتمشى برا بزاف "

إن ثبات الوزن لدى الحالة والإحساس بالفشل في مواصلة تجربة الحمية جعل الحالة تكون حوار داخلي سلبي يميل إلى الإسناد الداخلي وبالتالي تفعيل الإحساس بالشك في القدرات بقولها: " نحس روجي كثيبة وتغيظني عمري راني باغيه نزيد ننقص بصح ماقدرتش نزيد نواصل"، وهذا النوع من الخطاب والأفكار الحزينة تفعل الإحساس بالشك في القدرات لديها.

الحالة غير راضية وغير متقبلة لجسدها البدين فهي تعيش صراع نفسي ومشاعر مؤلمة، وترغب في استرجاع الجسد الرشيق، وذلك بقولها: " ككنت صغيرة كنت ناقصه ولطاي تعي شابه، بصح دروك ما رانيش

راضيه على جسمي سمتت بزاف وحاولت نقص ونقصت بالرياضة والرجيم ورائي خير ملي كنت بصح مدابيه نزيد ننقص ونولي كما كنت"

تعيش الحالة معاناة نفسية مع زوجها بخصوص العلاقة الحميمة، وتشعرها بالوحدة والحرمان العاطفي في علاقتها الزوجية، ولقد عبرت لزوجها بذلك لكنه لم يهتم، فعدم إشباع هذا الاحتياج يفعل الإحساس بالجوع العاطفي ويدفعها ذلك إلى ملاء الإحساس بالفراغ من خلال الأكل وهذا ما يسمى بالأكل العاطفي بقولها: "راجلي يخدم فالصحراء، ودائما بعيد عليا نحس روحي وحدي يغيب بثلاثة أشهر وأنا نتحمل كع المشاكل والمسؤوليات وحدي ومين يولي للدار بعد خمسه أيام نحسه يمل مني ومن أولاده وأنا نكون متوحشاته أنا وأولادي"، راجلي عنده سرعة القذف والمقدمات مكاش وتكلمت معاه بزاف على هذا الموضوع خليته يتفرج فيديوهات في اليوتيوب يتحدث فيها النابلسي عن الأمور الحميمة في العلاقة الزوجية لكن راجلي لا حياة لمن تنادي ماشي حابر فيا ويقول ما تقنعيش وهذا شي مرضني نفسيا"، وهذا ما يؤكد بعض علماء النفس والاضطرابات النفسية أمثال ماكنزي، ماستر وجونسون إلى ربط السمنة والأكل العاطفي بالهيجانات النفسية وبالبرود الجنسي، والبحث عن بديل عن موضوع الحب المفقود سواء أكان عاطفة أم زوج أو غياب الرضا الجنسي وذلك للتعويض عن هذا الحرمان، وتشير السعداوي بقولها: "على الزوجة التي لا تتبلى النشوة الجنسية أن تصارح زوجها بالحقيقة، وقد لا يفضل الزوج التقليدي مثل هذه المصارحة من زوجته، ويعتبرها نوعا من قلة الحياء والشرف، ولكن العلاج ليس في إخفاء المرأة الحقيقة من أجل إرضاء الرجل التقليدي، ولكن العلاج يكمن في تغيير الرجل في أفكاره، ويدرك حقوق زوجته في المتعة الجنسية وأن الشرف ليس في إخفاء المشاعر والرغبات الحقيقية، وإنما الشرف هو التعبير بصدق عن هذه المشاعر والرغبات".

تركيز الحالة على العيوب الجسدية لديها وتشعر بالخجل وبسببه تبنت استراتيجيات التجنب مثل ملابس فضفاضة لتخفي جسدها وأسلوب مواجهة سلبي أمام النقد حول جسدها أو موضوع آخر وذلك بقولها: "صدري ترهل كرشى مازال خارجه ما زال أفخادي معمرين وسمان"، كرشى مازال خارجه بزاف كع ضاعت ولو كان تدخل ويذوب الشحم اللي فيها يروحلي الخوف من المرض"، "eviter نشري ملابس ضيقه نحشم نبين لاطاي تاعي"، بصح في المواقف المفروض ندافع فيها على روحي ما نقدرش نواجه نسكت ومنبعد نبقي نلوم في روحي"، أنا بنت طيبه وعاقله مع الناس وناس يحقروني وما نقدرش نرد عليهم ونبقى دائما نلوم في روحي في قلبي ونقول علاش ما ربيت علاش يحقروني".

ظهر لدى الحالة مشاعر الغيرة والمقارنة الذاتية لجسدها مع الأخريات فهذا الإحساس يفعل مشاعر النقص والإحساس بالدونية، وهذه الأفكار السلبية أدت إلى تدني مشاعر قيمة الذات وإلى الإحساس بالضعف وظهر ذلك بقولها: "كنيثوف البنات في قاعة الرياضة نحس بلي هوما شابين عليا ويغيروني"، هذه التقويمات أدت إلى تكوين أفكار سلبية لجسدها المدرك، وهذا ما تأكده نظرية فيستنجر 1954.

مشاعر الحالة هي حساسة للطريقة التي ينظر بها الآخر لجسدها، وهي متأثرة بالمحيط الرفض للبدانة وتكونت لديها مشاعر الإحراج والخجل، هذه المشاعر فعلت الإحساس بعدم القيمة وانخفض مستوى تقديرها لذاتها، وعليه تأثرت حالتها النفسية بالسلب بقولها: "أمي تقولي حبسي ماكله راكي سمينه"، "زيدني نقصي روحك خير ما تولي كيفي وتمرضي بالسكر"، وبالنسبة لزوجها: "يقولي سمنتي بزاف نفسي شويه وكان يقلشني يقول لي بطي كي سمنت ولا يقول لي بدويه وأنا يغيظني الحال على عمري بصح ما نردش عليه ونزحف في قلبي" يغيظني الحال كي ينتقدوني على جسمي أنا بروحي راني نعاني علاش يزيدوني"، وعليه فإن رأينا كأفراد في ذواتنا وتقييمها يتأثر بالعمليات الاجتماعية وقبول الصورة العقلية الاجتماعية المحددة للجسد المقبول والمفضل وهذا ما أثبتته وتأكده الدراسات العلمية لـ مانوس وآخرون **Manos & all**، ولآثا وآخرون **Latha & all** و سيمون دي بوفواغ **simone dibovaire**، وحسب رأي كل من لارنر، وجيلر، ولونور، وشرودر **Walniel & Greeves & Gelbert & Lonor & Shroder**.

وعليه سنحاول أن نوجه الحالة من التركيز على المعاناة النفسية من الجسد البدين من خلال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وذلك برفع وعيها بسلوكها الغذائي السلبي وتغييره، وتغيير أفكارها من السلبية إلى الايجابية حيث تخدم رغبتها المستقبلية التي دونتها حول الأسباب التي دفعتها لخوض هذه التجربة (أنا خائفة على صحتي وخائفة من مرض السكري، من أجل أن أصبح رشيقه، ملابس أنيقة).

- يوضح الجدول (37) الموالى أهم الاستنتاجات المتوصل إليها قبل وبعد البرنامج العلاجي:

الحالة الخامسة	قبل الخضوع للبرنامج العلاجي	بعد الخضوع للبرنامج العلاجي
الجسد	بدانة نوع البدانة: Gynoid الوزن: 90 كغ ومؤشر الكتلة: 31.1%. أعراض جسدية: آلام على مستوى الرجلين، ضيق في التنفس عند الصعود سلم الدرج، الإحساس بالتعب.	ارتفاع الوزن الوزن: 82 كغ مؤشر الكتلة: 28.3% مؤشر الكتلة المفقود: 2.8% الوزن المفقود: 8 كغ الأعراض الجسدية: فقدان الوزن، تغير المقاس، تحسن في التنفس ومشاعر الإحساس بالخفة.
الأفكار	"راني خايفه على صحتي لكان يحكمني مرض السكر"، "مراهش عجبني جسمي ورجليا راهم يتعبوا كنطلع في الدروج باش نوصل لداري"، "كنيشوف البنات في قاعه الرياضة نحس بلي هوما شايبين عليا ويغيروني"، "كرشي مازال خارجه بزاف كع ضاعت ولو كان تدخل ويذوب الشحم اللي فيها يروحلي الخوف من المرض"، "يغيطني الحال كي ينتقدوني على جسمي أنا بروحي راني نعاني علاش يزيدوني"، "eviter نشري ملابس ضيقه نحشم نبين لايطاي تاعي"، "في المواقف المفروض	* ساهمت التربية العلاجية في رفع وعي الحالة بمرضها وآثاره السلبية على الصحة النفسجسدية، وتبنت الحالة "خويرة" شرب الماء الكافي حسب احتياجها اليومي، واستخدام بذور الشيا كعامل مساعد على الشبع وفوائده كمكمل غذائي، وزادت من النشاط الرياضي أصبحت تمارس 4 أيام بدلا من مرتين في الأسبوع. * عن طريق الشرح والتوضيح حول الأفكار السلبية وتأثيرها، وأهمية الأفكار الإيجابية وفوائدها، ومواجهة الأفكار السلبية وتحديها بالحوار السقراطي ساهم في تغييرها لأفكار

<p>ايجابية.</p> <p>* تنامي لدى الحالة الوعي الذاتي بسلوكها السلبى بقولها: "ماكانتش عندي ثقافة تع التغذية والسعرات الحرارية مكنتش نعرف دور الماء في عملية تخفيف الوزن بصح دروك راني واعيا بكلش وراني نتبع السعرات وزدت الرياضة وكسرت ثبات الوزن لي كان عندي وراني ننقص".</p> <p>* تعرفت الحالة من خلال سجل التغذية على سلوكياتها وأفكارها السلبية المؤدية لتفعيل المشاعر السلبية، والنتيجة سلوكيات سلبية كالأكل الانفعالي والقضم بين الوجبات والأكل السريع.</p> <p>* توصلت الحالة إلى تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية مثل: "أنا سبقي ونقست فالوزن تاعي ونقدر نواصل ونزيد ننقص".</p> <p>* التعرف على النقد الداخلي السلبى وتغييره بأفكار ايجابية داعمة ومؤكدة للذات مثل: "أنا إرادتي قوية ونقدر نواصل"</p> <p>* حفظ الأفكار المناسبة لمواجهة النقد المختلف للآخرين عن ظهر قلب، والتدرب عليه مع حالات المجموعة لاستخدامه عندما تتعرض له وعندما تقتضي الضرورة أمثلة: "إنني بحاجة</p>	<p>ندافع فيها على روجي ما نقدرش نواجه نسكت ومنبعد نبقي نلوم في روجي".</p>
--	---

<p>للدعم والمساعدة وليس النقد السلبي وأن هذا الأسلوب يؤذي نفسيًا، "أنا لا أحب هذا الأسلوب وإذا تكرر سيكون لدي موقف آخر، وأقول لهم النصيحة أمام الناس فضيحة والقصد منها الإحراج"</p> <p>* هذا التعلم والتدريب مع حالات المجموعة ساهم في تعزيز الثقة في ذاتها وصرحت أنها ستدرب عليه مع ابنتها في البيت.</p>		
<p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول انفعال الغضب وتأثيره السلبي على الهرمونات وعلى نظام الحرق في الجسم، وعلى الذات وعلى الآخرين وعلى العلاقات، وتوصلت الحالة من خلال الحوار السقراطي إلى أنها لا تسير غضبها بطريقة صحيحة بتوصلها إلى فكرة: "أنا كنت منقدرش أنواجه الناس كينتقدوني دايمًا كنت نسكت ومنبعد نبقا زعفانا ونلوم في روي دروك دريت روي راني ندير تنفس عميق أولاً ومنبعد ندافع على روي كما تعلمت وراني نحس روي غايا".</p> <p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول المقارنة السلبية وما يمكن أن تولده من مشاعر سلبية، والإحساس بالضعف تتولد مشاعر النقص والدونية، وتكون سبب في تقلب المزاج وعدم</p>	<p>مشاعر الحزن، مشاعر الغيرة من الجسد الآخر، الخوف من الإصابة بالأمراض، الاستياء من النقد الخارجي، الإحساس بالخجل من الجسد البدين، مشاعر الحرمان العاطفي، الإحساس بالوحدة، غياب الحوار والتواصل المحترم بين الزوجين حول العلاقة الحميمة وتحقيق الرضا الجنسي سبب في الإحساس بالجوع العاطفي.</p>	<p>المشاعر</p>

<p>الرضا وتوليد للصرع النفسي والألم النفسي.</p> <p>* حفزنا الحالة على حفظ كلمات ايجابية بأفكار وكلمات ايجابية مثل: " أنا إنسانة فريدة لا احد يشبهني ولا أشبه أحد " "أنا مميزة ولا وَحْدًا تُشَبَّهَلِي"، " هناك دائما شخص أحسن مني وأتقبل ذلك" ، لتعزز تأكيد الذات والثقة في النفس.</p>		
<p>* تبنت الحالة شرب الماء بالكمية المحددة حسب الاحتياج اليومي لجسمها من بداية الحصة، توقفت عن القضم بين الوجبات الرئيسية وذلك بيتشيت انتباهها نحو الأكل بشرب الماء أولا ثم القيام بشيء آخر، رفعت من نشاطها الرياضي.</p> <p>* ساعدت تقنية الاسترخاء الحالة على الشعور بالارتياح بعد استخدامه.</p> <p>*أهدت الحالة نفسها تبييض الأسنان.</p>	<p>السلوكات</p> <p>الأكل العاطفي، القضم Grignotage، السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف Accés Hyperphagiques Leger</p> <p>* استراتيجيات مواجهة سلبية.</p> <p>* تمارس الرياضة مرتين في الأسبوع.</p> <p>* تستعمل أنواع من التيزانات مثل عشبة اللوزة أو البسباس لزيادة الحرق.</p> <p>* استهلاك قليل للماء.</p>	
<p>حسب تصريحات الحالة ظهر الدعم من الزوج و الوالدة بقولها: " راهم يشجعوني ورائي فرحانة كراني ننقص "</p> <p>* تغيير وزن الحالة ومقاسها، وأهدت نفسها ملابس جديدة وأهدت نفسها كذلك تبييض لأسنانها.</p>	<p>نقد الزوج: " يقول سمنتي بزاف نفسي شويه وكان يقلشني يقول لي بطتي كي سمنت ولا يقول لي دبويه وأنا يغيطني الحال"، نقد الأم: " أمي تقولي حبسي ماكله راكي سمينه"، " زيدي نقصي روحك خير ما تولي كيفي وتمرضي بالسكر "</p>	<p>نظرة الآخر واستراتيجيات المواجهة</p>

نتائج القياس	تحصلت الحالة على درجة 75 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات في القياس القبلي.	تحصلت الحالة على درجة 113 في القياس البعدي، والتي تعبر عن ارتفاع مستوى تقدير الذات، وتوضح ذلك بتغير في استجابات الحالة على بنود مقياس تقدير الذات (أنظر ملحق مقياس التقدير البعدي)
--------------	---	--

* جدول (38) تقييم الحالة "خ" للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

البرنامج العلاجي	درجة ضئيلة	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة
الدرجة				+

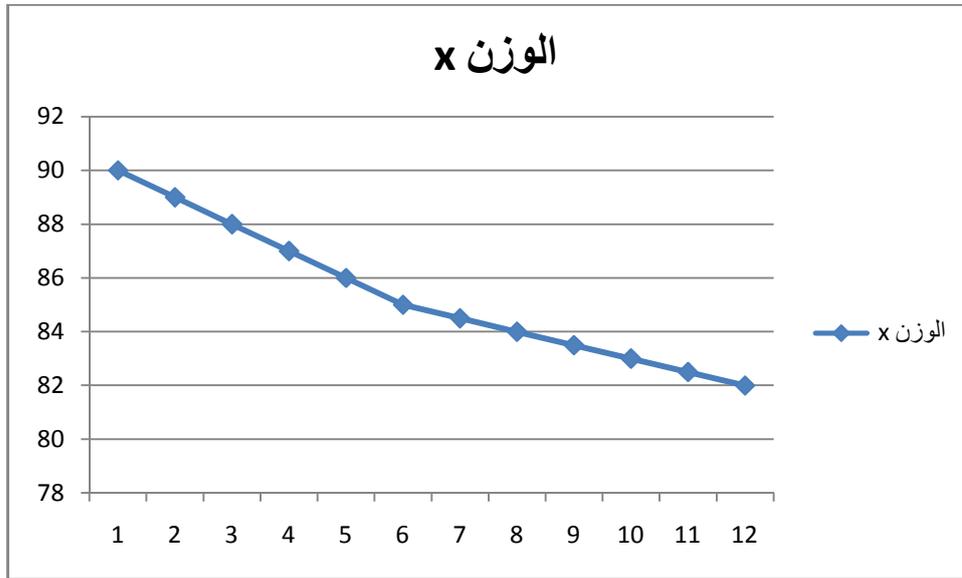
يوضح الجدول التقييم الايجابي للبرنامج العلاجي لدى الحالة الخامسة

- جدول (39) يوضح تغير في وزن الحالة الخامسة مع التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الحصص	الأسبوع 1	الأسبوع 2	الأسبوع 3	الأسبوع 4	الأسبوع 5	الأسبوع 6	الأسبوع 7	الأسبوع 8	الأسبوع 9	الأسبوع 10	الأسبوع 11	الأسبوع 12
الوزن أثناء الحصص	90 كغ	89 كغ	88 كغ	87 كغ	86 كغ	85 كغ	84.5 كغ	84 كغ	83.5 كغ	83 كغ	82.5 كغ	82 كغ
الوزن المفقود	0 كغ	1 كغ	500 غ	500 غ	500 غ	500 غ	500 غ	500 غ				
الوزن المفقود	8 كغ											

* نلاحظ تغيرات في الوزن من 90 كغ إلى 82 كغ بفارق وزن 8 كغ

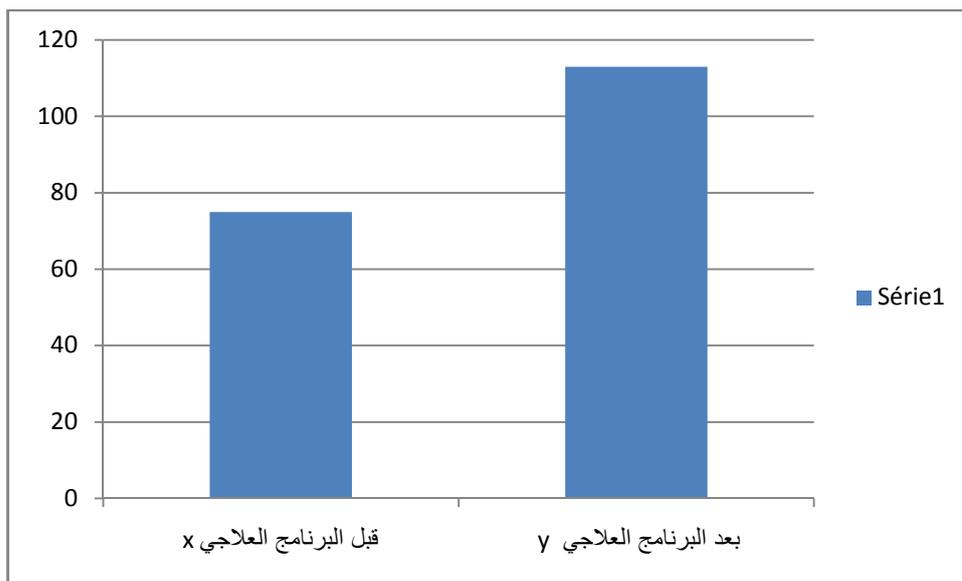
- رسم (10) بياني يوضح تطور وتغيرات وزن الحالة الخامسة عبر الحصص العلاجية:



مخطط بياني يوضح تغيرات الوزن للحالة الخامسة بين الحصص العلاجية

* يتوضح من الرسم البياني تغيرات في الوزن لدى الحالة الخامسة أثناء التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وانتقل الوزن تدريجياً ونزولاً من 90 كغ إلى 82 كغ في الحصة الثانية عشرة.

- رسم (11) بياني يوضح تغيرات لدى الحالة الخامسة في مستوى تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:



مخطط يوضح تغير درجات مقياس تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الخامسة

* يتوضح من خلال المخطط البياني تغيرات في درجات تقدير الذات لدى الحالة الخامسة من 75 درجة والتي تدل على تقدير ذات منخفض على مقياس تقدير الذات قبل البرنامج العلاجي، والانتقال إلى 113 درجة والتي تدل على ارتفاع في مستوى تقدير الذات بعد الخضوع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

- جدول () يوضح أهم التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي :

الحالات	درجات التقديم	درجات التقديم البعدي استبيان	الوزن قبل البرنامج	الطول	الوزن بعد البرنامج	الوزن المفقود	مؤشر الكتلة قبل البرنامج	مؤشر الكتلة بعد البرنامج	مؤشر الكتلة المفقود
05	75	113	90 كغ	1.70 م	82 كغ	8 كغ	31.1%	28.3%	2.8%

* نلاحظ تغيرات في درجة تقدير الذات من 75 درجة إلى 113 درجة، ونزول الوزن من 90 كغ إلى 82 كغ بمؤشر كتلة 2.8%.

- تقديم الحالة السادسة :

معلومات شخصية :

- العمر: 33 - الحالة الاجتماعية: مطلقة

- الوظيفة الحالية: مائدة بالبيت - المستوى الدراسي: 1 ثانوي - الحالة الاقتصادية: متوسطة

- التاريخ المتعلق الوزن الحالي:

- الوزن الحالي: 127.5 كغ الطول الحالي: 169 سم مؤشر الكتلة: 44.56%

- نوع البدانة: **Généralisé** تتركز الدهون في الأجزاء العلوية والسفلية من الجسم.

- الوزن المثالي الذي ترغب فيه: 80 كغ

الحالة "م" 33 سنة مطلقة بدون أولاد، وبدون عمل، ترتدي جلابة وخمار، ملامحها حزينة، توفيت والدتها وهي في عمر 4 سنوات بسبب السرطان، وتكفلت بها أختها الكبيرة، الوالد متزوج من امرأة أخرى، لديها ثلاثة إخوة (بنتان وذكر واحد) كلهم متزوجين، وترتيبها الأخير بالنسبة لإخوتها، أظهرت الحالة تعاوننا وكانت متجاوبة معنا عند طرح الأسئلة.

تفيد الحالة أنها كانت تعاني من السمنة منذ سن المراهقة، ولقد حاولت تخفيض وزنها وفقدت 15 كيلو غرام وبقيت محافظة على وزنها حتى زواجها، بعد مرحلة الزواج بدأ جسمها يتغير وارتفع وزنها بشكل كبير.

تشير الحالة إلى أن ارتفاع الوزن يؤثر على مشاعرها بصورة كبيرة وتقول: "نكره روعي كلما زاد وزني والطلاق زاد أثر عليا كثر وليت ما نرقدش في الليل بزعاف والقلق ومرضت بالمصران والطبيب اكتب لي الدواء تاع الرقاد somenui فدنيا هادي انغبنت بزاف ومرات نقول كون جيت نستاهل كون عطاني ربي"، نصحتها الطبيب بعمل حمية وممارسة الرياضة، وبسبب آلام في الظهر والرجلين قررت الحالة الدخول إلى قاعة الرياضة للتخلص من وزنها الزائد.

وتفقدنا أنها لا تشعر بالرضا عن وزنها وعندما تتخلص من البعض من الوزن تقول: "يعجبني الحال ونفوح كي ننقص خاصة كرشى تدخل"، تفقدنا بأنها غير راضية عن جسمها خاصة البطن الكبيرة والأرداف وتقول: "كرشى هي همي الكبير رني كارهه من روي جسمي كع خرج مل Moule".

تفيد أنها لا تزن نفسها كثيرا فبعد شهر رمضان كانت 120 كغ، لكن أثناء الحصة الأولى عندما وزنت نفسها 127.5 كغ.

- السلوك الغذائي لدى الحالة :

تخبرنا حول نظامها الغذائي أنها تتناول أربع وجبات في اليوم فطور الصباح الغداء قهوة العشية والعشاء.

بالنسبة لطور الصباح: قهوة بالحليب مع حلويات أو خبز بالمري والزبدة، بالنسبة للغداء عموما أنواع منها المرق أو الشوربات مع المقالي وخبز الدار مع سلطة وفاكه ومشروبات غازية دائما، أما بالنسبة لقهوة العشية فتحتوي على قهوة بالحليب وحلويات أو خبز بالمري وزبدة، بالنسبة للعشاء عموما ما يتبقى من الغذاء ويضاف إليه بعض المقلبات، أما الوجبات الخفيفة فهي تتناول حبوب الزريعة المملحة (دوار الشمس) في الصباح وفي المساء وأحيانا حلويات أو شوكولاتة، واستهلاكها للماء بكميات قليلة جدا لأنها لاتستسيغ طعمه.

بالنسبة للحمية الغذائية تقول: "دائما نبدا الرجيم ونكون متحمسه ونعاود نفشل ونحبس كنعس بالجوع"، تظيف بأنها تقوم بالحمية ثم تتوقف عنها وذلك من خلال التوقف عن المقلبات والتوقف عن العشاء، وهذا نظام تتبعه لوحدها بدون إشراف طبي، وتخبرنا بأنها تأكل بطريقة سريعة، وخاصة عندما تكون حزينة أوغاضبة بقولها: "كنكون زعفانا ولا منارفا كناكل منعفلش على ماكله لي كليتها وكيفاه كملتة بلخف ونلقا روي كليت بزاف ونندم".

وهي لا تحاول أن تقوم بالنقيز الإجابري فهي لا تتحمل عموما التقيز، وتستعمل الشاي الأخضر مع الليمون لتساعد نفسها على حرق الدهون، وتفقدنا بأنها تمارس الرياضة مرتين في الأسبوع وتفقدنا: "راني بغيا ننقص ونولي كما لبنات ناقسات والرياضة طلعي Morale نتلقى النساء في قاعة الرياضة ننسا كع همي"، تفقدنا بأنها لا تعاني من مشاكل تتعلق بالتركيز أو الذاكرة ولم تدخل المستشفى من قبل، وتشير أنه لا يوجد أفراد في العائلة يعانون من السمنة ما عدا هي.

تخبرنا بأنها في مرحلة طفولتها لم تكن تفهم غياب أمها خاصة مع وجود أختها الكبرى التي تكفلت بها وتعدت على هذا الغياب مع مرور السنوات وكانت أختها الكبرى هي أمها، وبعد سنوات تزوجت أختها الكبرى وهي في مرحلة المراهقة، هنا تصرح الحالة بقولها: "في هذا الوقت كثروا المشاكل مرت بويا كانت تشيطن بويا عليا وعلى خاوتي وكنت نغيب من الدراسة وانروح عند أختي، في الثانويه كرهت القرابه كان عندي مشكل مع المشرف حقد علي وتوقفت على الدراسه، دروك رني نفكر بش نرجع نقرا بلمراسلة بلاك نفلح فيها كنت نجيب 14 و15 معدل".

وتفيد أن علاقتها مع أختها تغيرت منذ أن تزوجت، والأخت الكبرى أصبحت أم ولديها أولاد وتغيرت معاملتها معها وتقول: "راني حسنا عونها مسؤولياتها بزاف".

تفيد الحالة أن طلاقها كان بسبب الخلافات مع أم الزوج وأحيانا أخت الزوج، وذلك بعد 6 أشهر من الزواج وتخبرنا: "كانو يحقروني وراجلي معدهش شخصية ميدافعش عليا كنت نحس روحي وحدي وكنت نزعف بزاف ودايما مدابزا معاه"، وعندما تطلقت تكفلت بها أختها لأن والدها رفض طلاقها وأرسل إليها كلاما جارحا بقوله: "قولوا لها ما تجيش عندي"، تفيدنا أنها حزنت وغضبت وعلاقتها منقطعة به حتى الآن.

تفيدنا الحالة أنها مطلقة منذ 6 سنوات ولم تُعد الزواج وذلك حسب تصريحها: "راني خايفه لكان نطيح في راجل يَغْبِي وتاني يخطبوني غير الكبار في السن أو المطلقين عندهم غراوين وأنا منبغيش المشاكل".

علاقتها مع عائلة أمها منقطعة منذ أن توفت أمها وتصرح بقولها: "ملي ماتت أمي الله يرحمها حنا تاني مُتنا معها ما يحسوش بنا كامل ومايحسوش علينا".

- وثيقة الالتزام العلاجي للحالة السادسة:

أنا الممضية أسفله أعد بأن أكون جديّة في الالتزام بمواعيد الحصص العلاجية وأطبق كل ما أتعلمه من تقنيات علاجية لأحقق هدفي.

- الهدف: 80 كغ

- كيف ذلك: النظام الغذائي الصحي، الرياضة، شرب الماء، بذور الشيا.

- في أي مدة زمنية: سنة واحدة.

- هذا العقد سأضعه في جدار غرفتي حتى أتذكر كل يوم وعودي وهدفي.

- أفكار الحالة حول لماذا تريد تخفيف وزنها:

* من أجل صحتي.

* من أجل الخفة والرشاقة.

* من أجل الملابس الجميلة وأصغر في المقاس.

أفكار الحالة حول كيف تكافئ نفسها عندما تخلص الوزن:

* أشتري فساتين وطايبورات جديدة.

* سأهدي نفسي مكياج جديد.

* سأهدي نفسي عطر.

- الأفكار السلبية المستنتجة من الاستبيان من خلال الأسئلة المطروحة من طرف الباحثة حول لماذا

اختارت الحالة السادسة هذه الاستجابات منها مايلي:

- " الناس كيتشوف فيا و في جسمي نتقلق ونحشم"، " راني خايفه من الأمراض كيما اختي مريضه بمرض

السكري"، " مرانيش مرتاحه مع جسمي ومظهري لانني نحب اللبسه بزاف مارانيش نلقى قدي وكشني راهي

كبيره بزاف مرات نبكي على روجي"، " راني نعلم باش ننقص وتولي عندي لاطي شابه"، " كرشني

Derongini سبردينه ما نقرش نقفل الكردون"، " يلوموني وينتقدوني علا سمونيتي كما أختي كبيرة دايمًا

تقلي نفسي روحك شكون لي يشوف فيك وانتي كما هاك سمينه بزاف وهذا الهدره تشعل فيا النار مره طاكسيور

علق عليا قال لي انت تمشي ما تركبيش طاكسيات"، " كي نمشي برا الرجاله والاولاد يتمروا ويزعقوا عليا

يقولو جنان تع ليمون ومتدوبيش"، " جسمي ماشي جذاب و Corp من يكون شباب يكون Decor تاع المراه

"، " منلقاش ملابس قدي نخيط حوايج اعراض عند الخياطه باش ندرك كرشني ولاطاي تاعي"، " نفارن

روحي و جسمي مع البنات اللي ناقصين وMorale يطحلي ونقول علاش وليت سمينة"، " يقلقني تفكير

الآخرين راني حاسه روجي مهرسه من الداخل وقلبي مضرار خاصة كطلقت"، " الانتقادات تقلقني أنا

منعلقش على الناس وهما يدخلوا روحهم فيا والنار تشعل فيا " ، " خطرات ما نبغيش نروح للأعراس وما نبغيش نتصور بسباب سمونيتي

-جدول () نموذج الواجب المنزلي حول سجل التغذية اليومي للحالة السادسة:

اليوم	9-8	-9	-10	12-11	1-12	-1	3-2	4-3	6-5	7-6	8-7	9-8
ماذا أكلت	قهوة حليب + 1سكر 1كعك دار الماء	10	11	زريعه	مرقة بطاطا وحمص خبز دار سلطة دلاع 2كسان لمناد الماء	2	شكولا		قهوة حليب +1سكر 2 ميبسس بلعسل		زريعه	مقارون بشمال الخبز سلطة 2كاس لمناد الماء
مشاعر قبل الأكل	عادي		عادي	عادي	زعفانا أختي زقات عليا لأنني ضربت بنتها		زعفانا		زعفانا			عادي
مشاعر بعد الأكل	عادي		راحة	راحة	كليت بزاف وندمت				الارتياح		الارتياح	منارفا أختي قتلي متكليش الخبز
مع من كنت	دار مع أختي و أولادها		في دار	في دار	أختي وأولادها دار		في دار		مع أختي فدار		مع أختي	أختي أولادها فالدار

- جدول (42) التحليل الوظيفي للحالة السادسة :

المثيرات القبلية	السلوك	المثيرات البعيدة والنتيجة
النقد من طرف الأخت الكبرى على السمنة والأكل، مواقف سلبية مثل التتمر.	الأكل بكثرة ، الأكل بين الوجبات الرئيسية.	مشاعر الاستياء والغضب، لوم الذات والندم على الأكل الكثير

- استنتاج الحالة السادسة:

- وزن الحالة السادسة 127.5 كغ، مؤشر الكتلة 44.56%، دليل على البدانة المفرطة.

- نوع البدانة: **Généralisé** تتركز الدهون في الأجزاء العلوية والسفلية من الجسم.

- الأعراض الجسدية: اضطرابات القولون العصبي، آلام على مستوى الأرجل والظهر، اضطرابات في النوم.

- السلوكيات والآثار النفسية: أفكار سلبية عن الذات والجسد، اللوم والنقد الذاتي على كثرة الأكل (الأكل

العاطفي، القضم **Grignotage** ، السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف **Accés Hyperphagiques** (Leger)، الخوف من الإصابة بالأمراض، مقارنة الجسد البدين بالجسد المتناسق، الإحساس بالتوتر من نظرات الآخرين، الإحساس بعدم الارتياح مع الجسد البدين، مشاعر الاستياء من النقد الخارجي، توتر اجتماعي من خلال إخفاء الجسد بملابس عريضة نتيجة مشاعر الخجل بالجسد البدين، التأثير السلبي للطلاق على نفسية الحالة، الإحساس بمشاعر الوحدة والفرغ العاطفي، الإحساس بالاحترق النفسي الداخلي.

- نتائج التطبيق القبلي لمقياس تقدير الذات: تحصلت على درجة 67 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات، توضح من خلال إجابة على البنود عدم تقبل للجسد البدين وعن عدم الرضا عنه والنقد الذاتي السلبي، وما جعل الوضع يستاء المشاعر السلبية التي يخلفها التقدير الاجتماعي السلبي (أنظر الملحق الخاص بمقياس تقدير الذات للحالة السادسة).

- تحليل سيرورة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لدى الحالة السادسة:

الحالة "م" تعاني من البدانة المفرطة، وهي تشكل لديها توترا كبيرا، وهي واعية بوضعيتها الصحية وبتأثير البدانة على صحتها النفسية والجسدية بقولها: "راني خايفه من الأمراض كيما اختي مريضه بمرض السكري"، "مرانيش مرتاحه مع جسمي ومظهري لاني نحب اللبس بزازف مارانيش نلقى قدي وكرشى راهي كبيره بزازف مرات نبكي على روجي"، "كرشى Derongini سبردينه ما نقدرش نقفل الكردون"، "كرشى هي همي الكبير رني كارهه من روجي جسمي كع خرج مل Moule"، "نكره روجي كلما زاد وزني والطلاق زاد أثر عليا كثر وليت ما نرقدش في الليل بزعاغ والقلق ومرضت بالمصران والطبيب اكتب لي الدواء تاع الرقاد somenuit".

فالحالة "م" تتمنى وتحلم كمختلف النساء أن يكون قوامها رشيقا بقولها: "راني نحلم باش ننقص وتولي عندي لاطي شابه"، وهي في الوقت الحالي غير راضية إلى ما آل عليه جسمها بقولها: "جسمي ماشي جذاب و Corp من يكون شباب يكون Decor تاع المراه"، وترغب في في استرجاع جمال جسدها السابق وما فقدته من تناسقه بقولها: "راني بغيا ننقص ونولي كما لبنات ناقسات"، وأصبحت تقيم ذاتها وجسدها تقيما سلبيا بقولها: "راني كارهه من روجي جسمي كع خرج مل Moule".

الحالة تعاني من أعراض جسدية مؤلمة تتمثل في اضطرابات القولون العصبي، ألام على مستوى الأرجل والظهر، اضطرابات في النوم.

التغذية لدى الحالة تعتمد على أكل غني بالشويات، وقليل البروتينات مع قلة الفواكه، وشرب كميات كبيرة من المشروبات الغازية، واستهلاك الماء بكميات قليلة جدا لأنها لا تفضل طعمه.

عانت الحالة من البدانة في مراهقتها وحاولت القيام بالحمية وفقدت الوزن لكن بعد زواجها أهملت تغذيتها وأصبح سلوكها الغذائي موجه بمشاعر الحزن ومشاعر الندم ولوم الذات بعد الأكل الزائد وهذا بقولها: "كنكون زعفانا ولا منارفا كناكل منعقلش على ماكلة لي كليتها وكيفاه كملتتها بلخف ونلقا روجي كليت بزازف وتندم".

تشعر الحالة بالفشل في تجربة الحمية وهذا جعلها تكون أفكار سلبية وحوار داخلي سلبي يميل إلى الإسناد الداخلي وبالتالي تفعيل الإحساس بالشك في القدرات والاستحقاق بقولها: "دائما نبدا الرجيم ونكون

متحمسه فالبداية ونعاود نفشل ونحبس كنجس بالجوع"، " فدنيا هادي انغبنت بزاف ومرات نقول كون جيت نستاهل كون عطاني ربي"، وحسب إليس، وبيك Ellis، وBECK: " إن أسلوب التفكير الخاطئ والسلبية عن الذات يؤثر في سلوك الفرد بالسلب، وإن المشكلات النفسية هي نتيجة الاستجابات غير الصحيحة لمعلومات غير صائبة، وهذا يؤدي إلى تقدير الذات بصورة سلبية كما أن السلوك يكون مضطرب ويؤدي إلى الفشل"، و حسب جيل غناغ Jule Renard يؤكد على أن ذوي التقدير الذاتي المنخفض يستسلمون بسرعة أمام الضغوطات أو الصعوبات، ويعانون من التسويف والتردد والتأجيل في أخذ قرارات.

الحالة غير راضية وغير متقبلة لجسدها البدن وتحمل نحوه مشاعر الكره كلما ارتفع الوزن وذلك بقولها: " نكره روعي كلما زاد وزني والطلاق زاد أثر عليا كثر وليت ما نرقدش في الليل بزعايف والقلق ومرضت بالمصران والطبيب اكتب لي الدواء تاع الرقاد somenuit ."

عاشت الحالة معاناة نفسية وفقدان للإحساس بالأمان في السابق وفي الحاضر، وفي طفولتها ومراهقتها وبعد زواجها، وذلك بسبب فقدانها لأمها، انقطاع العلاقة مع الأب وإهماله بسبب زواجه من امرأة أخرى بقولها: " كثروا المشاكل مرت بويا كانت تشيطن بويا عليا وعلى خاوتي وكنت نغيب من الدراسة وانروح عند أختي، في الثانويه كرهت القرابه كان عندي مشكل مع المشرف حقد علي وتوقفت على الدراسه، دروك رني نفكر بش نرجع نقرا بلمراسلة بلاك نفلح فيها كنت نجيب 14 و 15 معدل"، وانقطاع العلاقات مع عائلة الأم بقولها: " ملي ماتت أمي الله يرحمها انحرمتنا من كلشي"، " أمي توفات وحنا تاني مُتتا معها وعائلة تع أمي حتى واحد ما يحسش بنا كامل ومايحوسوش علينا"، والتوقف عن الدراسة، والطلاق وفقدانها لمكانة المتزوجة، فهي تشعر بالحزن وبالوحدة والحرمان العاطفي، فعدم إشباع هذا الاحتياج يفعل لديها الإحساس بالجوع العاطفي ويدفعها ذلك إلى ملأ الإحساس بالفراغ من خلال الأكل العاطفي، وعليه التعويض يتم عن طريق الأكل بحيث يحدث إرضاء مؤقت يهدف إلى التخفيف من هذه المشاعر وهذا ما يؤكد مكنزي، ماستر وجونسون إلى ربط السمنة بالأكل العاطفي والبحث عن بديل عن موضوع الحب المفقود سواء أكان عاطفة أم زوج أو غياب الرضا الجنسي وذلك للتعويض عن هذا الحرمان.

تركيز الحالة "م" على العيوب الجسدية لديها وتشعر بالخجل وبسببه تبنت استراتيجيات التجنب مثل ملابس فضفاضة لتخفي جسدها وأسلوب مواجهة سلبي أمام النقد حول جسدها أو موضوع آخر وذلك بقولها: " كرشني هي همي الكبير"، " الناس كيتشوف فيا و في جسمي نتقلق ونحشم"، " منلقاش ملابس قدي

نخيط حوايج اعراض عند الخياطه باش ندرك كرشى ولاطاي تاغي"، " كينتقدوني تغيضني عمري بصح منردش عليهم دايمًا ساكتًا"، " خطرات ما نبغيش نروح للأعراس وما نبغيش نتصور بسباب سمونيتي".

ظهر لدى الحالة مشاعر الغيرة والمقارنة الذاتية لجسدها مع الأخباريات فهذا الإحساس يفعل مشاعر النقص والإحساس بالدونية ولوم الذات، وهذه الأفكار السلبية أدت إلى تدني مشاعر قيمة الذات، وظهر ذلك بقولها: "نقارن روحي و جسمي مع البنات اللي ناقصين و **Morale** يطيحلي ونقول علاش وليت سمينة".

أصبحت مشاعر الحالة حساسة للطريقة التي ينظر بها الآخر لجسدها، وهي متأثرة كثيرا بالمحيط الرفض والناقد والمتنمر على البدانة، هذه المشاعر فعلت الإحساس بعدم القيمة، وعليه تأثرت حالتها النفسية وأصبحت تشعر بالاحترق النفسي وبالخوف من المستقبل بقولها: " يلوموني وينتقدوني علا سمونيتي كَمَا أُختي كبيرة دايمًا تقلي نفسي روحك شكون لي يشوف فيك وانتي كما هاك سمينه بزاف وهذا الهدره تشعل فيا النار، مره طاكسيور علق عليا قال لي انت تمشي ما تركيبش طاكسيات"، " كي نمشي برا الرجاله والاولاد يتنمروا ويزعقوا عليا يقولو جنان تع ليمون ومتدوبيش"، " يقلقني تفكير الآخرين راني حاسه روحي مهرسه من الداخل وقلبي مضرار خاصة كطلقت"، " الانتقادات تقلقني أنا منعلقش على الناس وهما يدخلوا روحهم فيا والنار تشعل فيا ". راني خايفه لكان نطيح في راجل يَغْبِي وتاني يخطبوني غير الكبار في السن أو المطلقين عندهم غراوين وأنا منبغيش المشاكل"، وعليه فنظرة ورأي الآخر الراضية التي تمثل المرأة الاجتماعية حسب شارل كولي **Charle cooley** تبعث إشارات بالقبول أو الرفض حيث ساهمت في بناء الشعور بذات اجتماعية سلبية وتقدر ذاتي سلبية ومنخفض لدى الحالة.

توضحت المعاناة النفسية لدى الحالة " م " نتيجة البدانة وأمور أخرى سلبية عايشتها، وعليه سنحاول أن نوجه تركيزها من المعاناة النفسية ومن جسدها البدين من خلال البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وذلك برفع وعيها بسلوكها الغذائي السليبي وتغييره، وتغيير أفكارها من السلبية إلى الايجابية حيث تخدم رغبتها المستقبلية التي دونتها حول الأسباب التي دفعتها لخوض هذه التجربة (من أجل صحتي، من أجل الخفة والرشاقة، من أجل الملابس الجميلة وأصغر في المقاس) .

- يوضح الجدول (43) الموالى أهم الاستنتاجات المتوصل إليها قبل وبعد البرنامج العلاجي:

الحالة السادسة	قبل الخضوع للبرنامج العلاجي	بعد الخضوع للبرنامج العلاجي
الجسد	<p>البدانة المفرطة</p> <p>نوع البدانة: Généralisé</p> <p>الوزن: 127.5 كغ</p> <p> ومؤشر الكتلة: 44.56 %</p> <p>أعراض جسدية: اضطرابات القولون العصبي، ألم على مستوى الأرجل والظهر، اضطرابات في النوم، صعوبة في التنفس والإحساس بالتعب.</p>	<p>البدانة المفرطة</p> <p>الوزن: 120 كغ</p> <p>مؤشر الكتلة: 42.1 %</p> <p>مؤشر الكتلة المفقود: 2.4 %</p> <p>الوزن المفقود: 7.5 كغ</p> <p>الأعراض الجسدية: فقدان الوزن، تغير المقاس، تحسن النوم، تحسن في التنفس ومشاعر الإحساس بالخفة</p>
الأفكار	<p>أفكار سلبية عن الذات، والجسد و القدرات، و " الناس كيتشوف فيا و في جسمي نتقلق ونحشم"، " راني خايفه من الأمراض كيما اختي مريضه بمرض السكري"، " مرانيش مرتاحه مع جسمي ومظهري لاني نحب اللبسه بزاف مارانيش نلقى قدي وكرشي راهي كبيره بزاف مرات نبكي على روحي"، " راني نحلم باش ننقص وتولي عندي لاطي شابه"، " كرشي Derongini سبردينه ما نقدرش نقفل</p>	<p>* ساهمت التربية العلاجية في رفع وعي الحالة بمرضها وآثاره السلبية على الصحة النفسجسدية وكذلك تغير أفكارها، بسبب قلة استهلاك الماء ورفض طعم الماء لدى الحالة اقترحت الطالبة الباحثة إضافة معطر غذائي Arome للماء وعليه تقبلت الفكرة وتبنت الحالة "م" شرب الماء الكافي حسب احتياجها اليومي بإضافة معطر غذائي لذوق الموز، واستخدام بذور الشيا كعامل مساعد على الشبع وفوائده كمكمل غذائي، وزادت من النشاط الرياضي أصبحت تمارس 3</p>

<p>أيام بدلا من مرتين في الأسبوع، وممارسة المشي كل يوم نصف ساعة.</p> <p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول الأفكار السلبية وتأثيرها، وأهمية الأفكار الايجابية وفوائدها، ومواجهة الأفكار السلبية وتحديدها بالحوار السقراطي ساهم في تغييرها لأفكار ايجابية.</p> <p>* تعرفت الحالة من خلال سجل التغذية على سلوكياتها وأفكارها السلبية المؤدية لتفعيل المشاعر السلبية، والنتيجة سلوكيات سلبية كالأكل الانفعالي والقضم بين الوجبات والأكل السريع.</p> <p>* تنامي لدى الحالة الوعي الذاتي بسلوكها السلبي بقولها: "مكنت نعرف والو على السعرات وعلى بذور الشيا والهرمونات وأمور كثيرة تعلمتها"، "لقيت صعوبة في البداية مع السعرات والحسابات منبعد والفت"، "مرانيش نتعشا ورائي نستعمل بذور شيا قليل مرانيش نحس بالجوع ورائي ننقص راني فرحانة".</p> <p>* توصلت الحالة إلى تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية مثل: "ككنت صغيرة نقصت 15 كغ ودروك تعلمت معلومات بزاف على التغذية</p>	<p>الكردون" ، " يلوموني وينتقدوني علا سمونيتي كما أختي كبيرة دايمًا تقلي نفسي روحك شكون لي يشوف فيك وانتي كما هاك سمينه بزاف وهذا الهدره تشعل فيا النار مره طاكسيور علق عليا قال لي انت تمشي ما تركبش طاكسيات"، " كي نمشي برا الرجاله والاولاد يتتمروا ويزعقوا عليا يقولو جنان تع ليمون ومتدويش" ، " جسمي ماشي جذاب و Corp من يكون شباب يكون Decor تاع المره " ، " منقاش ملابس قدي نخيط حوايج اعراض عند الخياطه باش ندرك كرشي ولاطاي تاعي" ، " نقارن روحي و جسمي مع البنات اللي ناقصين و Morale يطحلي ونقول علاش وليت سميته " ، " يقلقني تفكير الآخرين راني حاسه روحي مهرسه من الداخل وقلبي مضرار خاصة كطلقت " ، " الانتقادات تقلفني أنا منعلقش على الناس وهما يدخلوا روحهم فيا والنار تشعل فيا " ، " خطرات ما نبغيش نروح للأعراس وما نبغيش نتصور بسباب سمونيتي".</p>
--	---

<p>ودروك أنا نقدر نقص روجي ".</p> <p>* التعرف على النقد الداخلي السلبي وتغييره بأفكار ايجابية داعمة ومؤكدة للذات مثل: " أنا إرادتي قوية ونقدر نواصل"</p> <p>* حفظ الأفكار المناسبة لمواجهة النقد المختلف للآخرين عن ظهر قلب، والتدرب عليه مع حالات المجموعة لاستخدامه عندما تتعرض له وعندما تقتضي الضرورة أمثلة: "إنني بحاجة للدعم والمساعدة وليس النقد السلبي وأن هذا الأسلوب يؤذي نفسيًا"، "أنا لا أحب هذا الأسلوب وإذا تكرر سيكون لدي موقف آخر، وأقول لهم النصيحة أمام الناس فضيحة والقصد منها الإحراج".</p> <p>* هذا التعلم والتدرب مع حالات المجموعة ساهم في تعزيز الثقة في ذاتها وصرحت أنها ستتدرب عليه مع أختها الكبيرة في البيت.</p>		
<p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول انفعال الغضب وتأثيره السلبي على الهرمونات وعلى نظام الحرق في الجسم، وعلى الذات وعلى الآخرين وعلى العلاقات، وتوصلت الحالة من خلال الحوار السقراطي إلى أنها لا تسير غضبها الداخلي بطريقة صحيحة وتوصلت إلى</p>	<p>مشاعر الحزن، مشاعر الغيرة من الجسد الآخر، الخوف من الإصابة بالأمراض، الاستياء من النقد الخارجي، الإحساس بالخجل من الجسد البدين، مشاعر الحرمان العاطفي، الإحساس بالوحدة.</p>	<p>المشاعر</p>

<p>فكرة: " أنا كنت كينتقدوني نسكت دائما منعرفش ومنقاش كلام نرد بيه ونزعف في خاطري بصح تعلمت مع المجموعة دروك كيفاش نجابو بلباقة ".</p> <p>* لتفادي المقارنة السلبية وما يمكن أن تولده من مشاعر سلبية، حفزنا الحالة على حفظ كلمات وأفكار إيجابية مثل: " أنا إنسانة فريدة لا احد يشبهني ولا أشبه أحد " "أنا مميزة ولا وَحْدًا تُشْبَهَلِي"، " هناك دائما شخص أحسن مني وأتقبل ذلك"، لتعزز تأكيد الذات والثقة في النفس.</p>		
<p>* تبنت الحالة شرب الماء بالكمية المحددة حسب الاحتياج اليومي لجسمها من بداية الحصص، توقفت عن القضم بين الوجبات الرئيسية وذلك بتشتيت انتباهها نحو الأكل بشرب الماء أولا ثم القيام بشيء آخر، رفعت من نشاطها الرياضي باضافة حصة في قاعة الرياضة والمشي يوميا نصف ساعة.</p> <p>* ساعدت تقنية الاسترخاء الحالة على توجيه انتباهها إلى الخلود للنوم مباشرة بقولها: "موليتش ن فكر بزاف قبل الرقاد نفتح تطبيق تع استرخاء فتليفون ونركز فالاسترخاء ونرقد" .</p> <p>*أهدت الحالة نفسها عطرا عندما لاحظت انخفاض الوزن، وأهدتها أختها الكبيرة</p>	<p>السلوكات</p> <p>الأكل العاطفي، القضم Grignotage، السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف Accés . Hyperphagiques Leger</p> <p>* استراتيجيات مواجهة سلبية.</p> <p>* تمارس الرياضة مرتين في الأسبوع.</p> <p>* تستعمل شاي بالليمون لزيادة الحرق.</p> <p>* استهلاك قليل للماء.</p>	

أصغر عن المقاس السابق.		
نظرة الآخر واستراتيجيات المواجهة	نقد الأخت الكبيرة، نقد الآخرين.	حسب تصريحات الحالة ظهر الدعم من الأخت الكبيرة بقولها: "أختي راهي دايمًا تشريللي بذور الشيا وراهي تشجعني وطلعلي Morale"، والبنات لي ندير معاهم رياضة كع قالولي ركي تتقسي زيدي كمللي"
نتائج القياس	تحصلت الحالة على درجة 67 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات في القياس القبلي.	تحصلت الحالة على درجة 114 في القياس البعدي، والتي تعبر عن ارتفاع مستوى تقدير الذات، وتوضح ذلك بتغير في استجابات الحالة على بنود مقياس تقدير الذات (أنظر ملحق مقياس التقدير البعدي)

* جدول (44) يوضح تقييم الحالة "م" للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي :

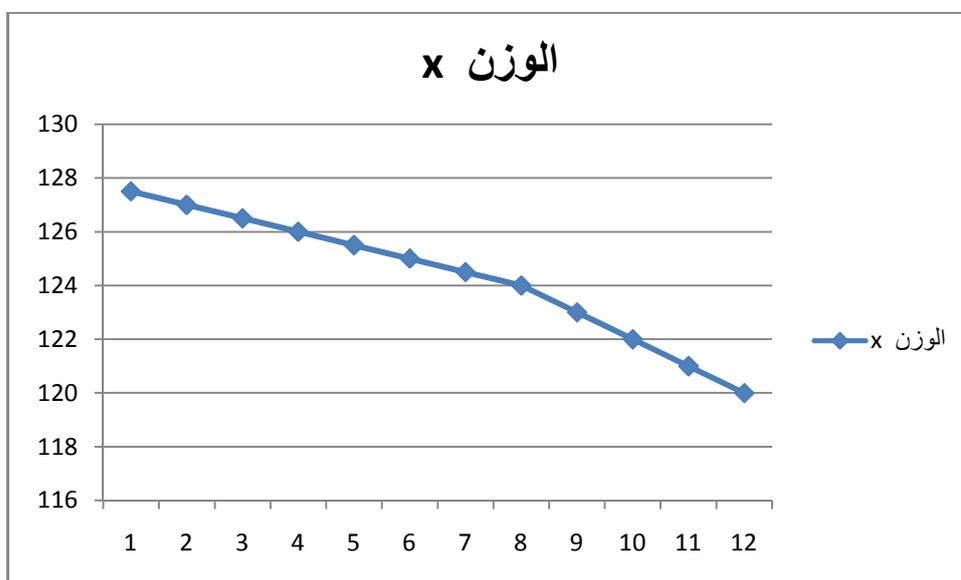
البرنامج العلاجي	درجة ضئيلة	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة
الدرجة				+

* توضح العلامة + أن التقييم للبرنامج العلاجي إيجابي

- جدول (45) يوضح تغير في وزن الحالة السادسة مع التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الحصص	الأسبوع 1	الأسبوع 2	الأسبوع 3	الاسبوع 4	الحصّة 5	الحصّة 6	الحصّة 7	الحصّة 8	الحصّة 9	الحصّة 10	الحصّة 11	الحصّة 12
الوزن أثناء الحصص	127.5 كغ	127 كغ	126.5 كغ	126 كغ	125.5 كغ	125 كغ	124.5 كغ	124 كغ	123 كغ	122 كغ	121 كغ	120 كغ
الوزن المفقود	0 كغ	500 غ	500 غ	500 غ	500 غ	500 غ	500 غ	500 غ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ
الوزن المفقود	7.5 كغ											

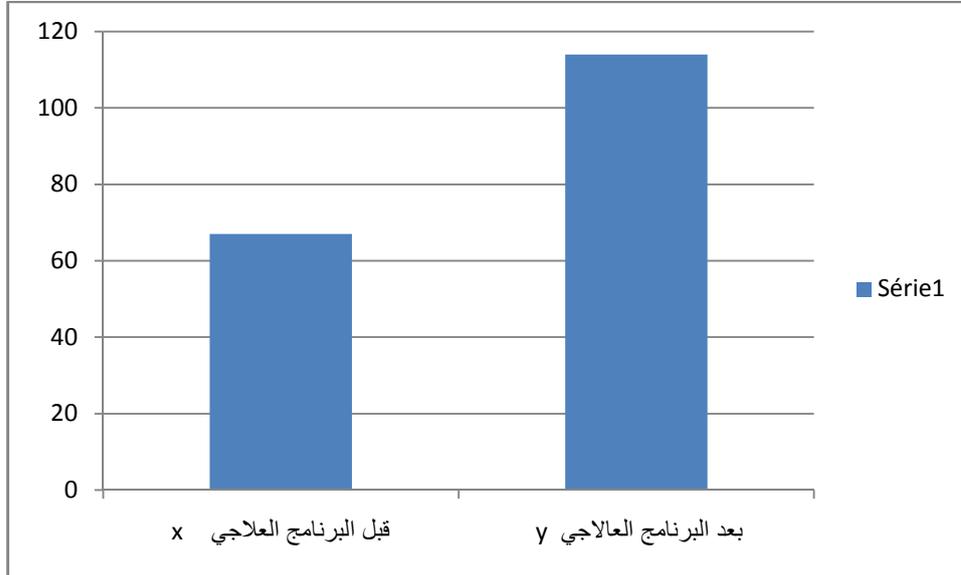
- رسم (12) بياني يوضح تطور وتغيرات وزن الحالة السادسة عبر الحصص العلاجية :



مخطط بياني يوضح تغيرات الوزن للحالة السادسة بين الحصص العلاجية

* يتوضح من الرسم البياني تغيرات في الوزن لدى الحالة السادسة أثناء التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وانتقل الوزن تدريجياً ونزولاً من 127.5 كغ إلى 120 كغ في الحصّة الثانية عشرة.

- رسم (13) بياني يوضح تغيرات لدى الحالة السادسة في مستوى تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:



مخطط يوضح تغير درجات مقياس تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة السادسة

* يتوضح من خلال المخطط البياني تغيرات في درجات تقدير الذات لدى الحالة السادسة من 67 درجة والتي تدل على تقدير ذات منخفض على مقياس تقدير الذات قبل البرنامج العلاجي، والانتقال إلى 114 درجة والتي تدل على ارتفاع في مستوى تقدير الذات بعد الخضوع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

- جدول (46) يوضح أهم التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لدى الحالة السادسة:

الحالات	درجات التقديم القبلي	درجات التقديم البعدي	الوزن قبل البرنامج	الوزن بعد البرنامج	الوزن المفقود	مؤشر الكتلة قبل البرنامج	مؤشر الكتلة بعد البرنامج	مؤشر الكتلة المفقود
06	67	114	127.5 كغ	120 كغ	7.5 كغ	44.5%	42.1%	2.4%

* يوضح الجدول تغير الوزن من 127.5 كغ إلى 120 كغ وتغير القياس من 67 درجة إلى 114 درجة وهذا دليل على التحسن وفعالية البرنامج العلاجي.

- تقديم الحالة السابعة :

- معلومات شخصية:

- العمر: 26 سنة - الحالة الاجتماعية: متزوجة -
الوظيفة الحالية: ماکثة في البيت - المستوى الدراسي: 4 متوسط - الحالة الاقتصادية: متوسطة

- التاريخ المتعلق الوزن الحالي:

- الوزن الحالي: 92.5 الطول الحالي: 1.58 مؤشر الكتلة: 36%

- نوع البدانة: **Gynoid** تتركز الدون في الجهة السفلية.

- الوزن المثالي الذي ترغب فيه: 75 كغ

الحالة "ص" عمرها 26 سنة، بدينة، ملامحها حزينة، ترتدي جلابية وخمار، متزوجة بتاجر، لديها بنت عمرها ثلاث سنوات، ولها أختين وأخ أكبر كلهم متزوجون، أبدت الحالة تجاوبا واهتماما مع أسئلتنا.

تفيدنا الحالة بأنها كانت نحيفة قبل الزواج وكان وزنها 65 كغ وتفيدنا: "مين كنت صغيرة مكنتش ناكل بزاف بش ما نسمنش كنت نلبس غاية ونبغي لامود ونتبع واش يلبسو لمانكا فتلفزيون والمجلات"، ولكن بعد الزواج أصبحت تعاني من تقلبات في الوزن نتيجة الحمل، ارتفع وزنها بدرجة كبيرة حيث وصل وزنها إلى 98 كيلوغرام تقول الحالة: "راجلي كان يقول لي كولي مليح بش ولدي يزيد بصحته وكامل وانا كنت انساعفه"، وبعد الولادة كذلك كان يقول لها: "كولي مليح باش ترضعي لي ابنتي وبقيت على هذا الحال سمينه".

وتشير إلى أن زيادة الوزن تؤثر عليها نفسيا وجسديا فكل ملابسها الخاصة بالحفلات والأعراس لم تعد تناسبها في المقاس وتقول: "لغوب وجهازي صغارو عليا كاع ميدخلوليش وكشحي ولات سمينه وخارجيه بزاف مرانيش نلقا حوايج قدي راني Soufri".

وتشير إلا أنها تصاب أحيانا بالتهابات جلدية بين الفخذين عندما تمشي مسافات طويلة وتشعر بالآلام في قدميها.

بخصوص الحمية تفيد أنها في رمضان السابق حاولت أن تقلل من الحلويات والمشروبات الغازية والمعجنات، وانخفض وزنها إلى 94 كغ وهذا أفرحها كثيرا لكن بعد رمضان مع وجود حلويات العيد لم تقاوم إغرائها فعاد وزنها للارتفاع مجددا بقولها: "نصنع كعك الحلوة مع العيد وهوما ياكلو وأنا نبقا نشوف ماقدرتش وليت ناكل كيفهم في كل وقت وعاود ولالي وزن لخسرته"، وبسبب هذا الارتفاع في الوزن قررت الدخول إلى قاعة الرياضة وهي تمارس مرتين في الأسبوع.

فالحالة غير راضية عن جسمها وتجد أنه كله غير متناسق وخاصة البطن بقولها: "مرانيش راضيه على جسمي كع Deforma"، و تفيد بأنها تزن جسمها مرة في 15 يوم.

– السلوك الغذائي:

أخبرتتنا الحالة أن عدد الوجبات هو أربع وجبات في اليوم، ففطور الصباح يتمثل في قهوة مع ثلاث ملاعق سكر وحلويات أو خبز بالمربي، أما الغذاء أنواع من المرق مع خبز والسلطة والفواكه والمشروبات الغازية، بالنسبة لقهوة العشية فتتكون من قهوة بالحليب معها حلويات أو خبز بالمربي، أما العشاء أغلبية الوقت المعجنات، وتفيد أنها تتناول أشياء مملحة ما بين الوجبات مثل الفول السوداني المملح وأحيانا الشوكولاتة، وتفيدنا بأنها تأكل بطريقة سريعة، وأنها حاولت إتباع حمية بمفردها عدة مرات لكنها فشلت في ذلك بقولها: "الزفاف على حالتي مخلانيش ننقص ومعديش Courage بش نكمل ودايما نندم كما نواصلش".

تشير إلى أنها تمضغ الأكل بطريقة عادية لا سريعة ولا بطيئة لكنها تخبرنا أنها تخف من حزنها بالأكل بقولها: "كنتفكر روعي وحياتي وراجلي تغيضني عمري ونبقى نحوس على حاجة حلوة ولا مالحة نلهي بيها روعي".

وهي لا تجبر نفسها على التقيؤ لأنها تخاف من آلام التقيؤ وإذا شعرت أنها أكلت كثيرا فهي تحاول أن تقوم بنشاطات إضافية في المنزل، وتشير إلى أنها تستعمل مشروبات ساخنة مثل تيزانات القرفة مع الزنجبيل والمردقوش، وتمارس الرياضة مؤخرا مرتين في الأسبوع وذلك بهدف أن تخفض وزناها وحتى تكون لديها لياقة وصحة بدنية جيدة.

الحالة متأثرة وتعاني من مشكلة في حياتها وتفيدنا أنها تمر بحالة نفسية سيئة مؤخرا لأنها تعيش الآن مع والديها بسبب دخول زوجها السجن، فلقد أصدر عليه حكم سنتين حبس بسبب تجارة المهلوسات، وعليه

فضلت العودة إلى بيت الوالدين بقولها: " ما قدرتش نعيش مع شيخي وعجوزتي وراجلي مشي معيا الدار ولات تبان ظلمه بلا بيه ووالديه زحفوا عليا وقاطعوني على جال ما بغيتش نبقي معهم "، وتضيف: "راني متوحشا راجلي بزاف راني كارها حياتي وحدي وبنتي ظل تبكي على بوها وانا نبكي معها وتتنهد الحاله وتبكي".

تفيد أنها لا تعاني من مشاكل بخصوص التركيز أو الذاكرة، ولا تعاني من الكسل والخمول، لكنها تحس بالتعب عند القيام بأشغال في البيت، وتجد صعوبة في صعود الدرج، وأنها لم تعاني من أمراض سابقا ولم تدخل المستشفى إلا في حالة ولادة ابنتها، بالنسبة للتاريخ العائلي المرضي تخبرنا أن والديها لا يعانين من البدانة لكن خالاتها وعماتها فيوجد حالات تعاني منها.

وتفيد أنها عاشت طفولة سعيدة مع أجدادها الذين توفوا وتركوا فراغ كبير في حياتها، أما بخصوص حياتها الدراسية فعندما وصلت إلى مرحلة الرابعة متوسط انخفضت نتائجها الدراسية ولم تنتقل إلى الثانوية وعليه توقفت عن الدراسة، وتضيف بأن علاقتها مع والديها وإخوتها طيبة ماعدا بعض الانتقادات التي توجهها لها أمها وإخوتها البنات على جسمها بقولهم: " وليتي بوقا، وليتي بابور وهاد انتقاد يقلقني وتنفارقا ونبقي نكرش"، أما والدها وأخوها الأكبر متكفلين بمصاريفها واحتياجات ابنتها الصغيرة وتقول: " متهايين فيا وفي بنتي ما خصني والو".

وتشير إلى أن علاقتها مع زوجها كانت طيبة فهي تزوجته عن حب ما عدا بعض الخلافات البسيطة مع أم الزوج في البيت، وتشير إلى أن العلاقة الحميمة التي كانت تعيشها مع زوجها أحيانا تكون مرضية وأحيانا تكون مملة بسبب سرعة الفذف لدى زوجها ولقد حاولت التحدث معه بقولها: " قتلته دير حابه روح عند الطبيب وعالج روحك ولا دير الرياضة بصح هو كان يتجاهلني وأنا كنت نزعف ونخرج زعافي في الماكله".

- وثيقة الالتزام العلاجي للحالة السابعة:

أنا الممضية أسفله أعد بأن أكون جدية في الالتزام بمواعيد الحصص العلاجية وأطبق كل ما أتعلمه من تقنيات علاجية لأحقق هدفي.

- الهدف: 75 كغ

- كيف ذلك: شرب الماء الكافي، النظام الغذائي الصحي، الرياضة.

- في أي مدة زمنية: سنة واحدة.

- هذا العقد سأضعه باب الخزانة حتى أتذكر كل يوم وعودي وهدفي.

- أفكار الحالة حول لماذا تريد تخفيف وزنها:

* أريد تخفيف وزني من أجل صحتي.

* من أجل مظهر وجسم رشيق.

أفكار الحالة حول كيف تكافئ نفسها عندما تخسر الوزن:

* أذهب عند الحلاقة أغير قصة شعري.

* سأشتري ملابس جميلة أصغر من مقاسي الحالي.

- الأفكار السلبية المستنتجة من الاستبيان من خلال الأسئلة المطروحة من طرف الباحثة حول لماذا

اختارت الحالة السابعة هذه الاستجابات منها مايلي:

- " الناس برا مترحمش يزعلو و يضحكو على ليكون سمين هاد شي يزيد مرضني " ، " صحتي مهمه و راني

خايفه على روجي لكان نمرض " ، " كنتشوف النساء عندهم لاطاي شابة ولبسه تجي عليهم ونشوف روجي

سمينه نكره حياتي " ، " ماما وخواتي البنات ينتقوني على سمونيتي يقولولي شوفي روحك وليتي بابور وليتي

بوقا" ، " وليت نكره جسمي كي نشوف روجي في المرابا Surtou كرشني " ، " راني نعييا بلخف وسمن

تعيني" ، " قدام ماما ومنعريش روجي ما نبغيش ليخزر فيا وفي جسمي نحشم بجسمي " ، " جسمي مبقا فيه

لا جاذبية لا والو راني عايفاته" ، " نلبس حوايج عرض باش لاطاي تاغي ما تباش " ، " علاقتي مع الناس

مليحه من غير والدين زوجي راهم مقاطعني ما بغاوش يفهموني ويحسو بيا " ، " تتارفيني الانتقادات على

لاطاي تاغي بسيف نزعف نبقا غير أنكرش " ، " كما كامل لبنات نتمنى نكون ناقصه ونولي كما كنت" ، "

منبغيش نتصور وليت مشي شابة " ، " خطرات ما نبغيش نحضر حفلات ولا أعراس ناس متحسش العون و

يقولولي سمنتي بزاف وتني وليت نحشم كيسقسوني على راجلي"

- جدول (47) يوضح نموذج الواجب المنزلي حول سجل التغذية اليومي للحالة السابعة:

اليوم	9-8	10-9	11-10	12-11	1-12	2-1	3-2	4-3	6-5	7-6	8-7	11 ليلا
ماذا أكلت	قهوة حليب+ 3سكر خبز والمرى الماء		كوكاو		شورية دجاج خبز سلطة 2 فلق بطيخ 1كسان لمناد الماء			مايبس	قهوة حليب 3+سكر سفنج 2		مايبس	بلا بطاطا بشمال الخبز سلاطة 1كاس لمناد الماء
مشاعر قبل الأكل	عادي							حزينة تذكرت زوجي				عادي
مشاعر بعد الأكل	عادي		ارتياح		أكلت خبز كثير ندمت			ارتياح	الارتياح		الارتياح	ارتياح
مع من كنت	الدار مع أمي أبي ابنتي		وحدتي غرفتي		أمي أبي في دار			غرفتي مع ابنتي	مع أمي فدار		مع أمي في دار	أمي وأبي فالدار

- جدول (48) التحليل الوظيفي للحالة السابعة:

المثيرات البعيدة والنتيجة	السلوك	المثيرات القبلية
الحزن، الغضب، الندم على الأكل الكثير.	الأكل بكثرة ، الأكل بين الوجبات الرئيسية.	النقد من طرف الأخوات على السمنة والأكل، الحزن، مشاعر الوحدة والإحساس بالعار.

- استنتاج الحالة السابعة:

- تزن الحالة السابعة 92.5 كغ، مؤشر الكتلة 36%، دليل على البدانة.

- نوع البدانة: **Gynoid** تتركز الدهون في الجهة السفلية.

- الأعراض الجسدية: الإحساس بالتعب من الأشغال المنزلية، التهابات جلدية على مستوى الفخذين، آلام في الأرجل.

- السلوكات والآثار النفسية: أفكار سلبية عن الذات والجسد، النقد ولوم الذات على الأكل بكثرة (الأكل العاطفي، القضم **Grignotage** ، أحيانا الأكل بكثرة بمعدل خفيف **Hyperphagie Leger**)، الخوف من الإصابة بالأمراض، توتر اجتماعي من خلال مشاعر الخجل من الجسد البدين، مشاعر الاستياء عند النظر في المرأة، إخفاء الجسد بملابس عريضة، الغضب من النقد الخارجي، مقارنة الجسد البدين بالجسد الآخر، الإحساس بالوحدة وبمشاعر وصمة العار بسبب الزوج، غياب التواصل والحوار الايجابي ولد الجوع العاطفي مما عمق الاضطراب في العلاقة الحميمة.

- نتائج التطبيق القبلي لمقياس تقدير الذات: تحصلت على درجة 75 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات، توضح من خلال الإجابة على البنود عدم تقبل للجسد البدين والنقد الذاتي السلبي، وما أزم الوضعية المشاعر السلبية التي يخلفها التقدير الاجتماعي السلبي (أنظر الملحق الخاص بمقياس تقدير الذات للحالة السابعة)

- تحليل سيرورة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لدى الحالة السابعة :

الحالة "ص" تعاني من البدانة، وهي تشكل لديها توترا كبيرا، وهي واعية بوضعيتها الصحية ويتأثير البدانة على صحتها النفسية والجسدية بقولها: "راني نعييا بلخف وسمن تعبني"، "صحتي مهمه و راني خايفه على روعي لكان نمرض"، "لغوب وجهازي صغارو عليا كاع ميدخلوليش وكرشي ولات سمينه وخارجه بزاف مرانيش نلقا حوايج قدي راني Soufri"، "مرانيش راضيه على جسمي كع Deforma"، "وليت نكره جسمي كي نشوف روعي في المرايا"، "جسمي مبقا فيه لا جاذبية لا والو راني عايفاته".

الحالة تعاني من أعراض جسدية مؤلمة تتمثل في الإحساس بالتعب من الأشغال المنزلية، التهابات جلدية على مستوى الفخذين، آلام في الأرجل.

التغذية لدى الحالة تعتمد على أكل غني بالنشويات، وكميات قليلة من البروتينات مع قلة الفواكه، وشرب كميات كبيرة من المشروبات الغازية، واستهلاك الماء بكميات قليلة جدا.

كانت الحالة قبل زواجها مهتمة برشاقتها وتغذيتها ومتأثرة بوسائل الإعلام المروجة للنحافة والمودا وذلك بتصريحها: "مين كنت صغيرة مكنتش ناكل بزاف بش ما نسمنش كنت نلبس غاية ونبغني لامود ونتبع واش يلبسو لمانكا فتلزيون والمجلات"، وكان هذا له تأثير قوي عليها ذلك لأن الضغوط الثقافية على المرأة لتماثل الجسم المثالي أكثر قوة وانتشار في الإعلام والمحيط وبين الشباب والمراهقات وهذا ما تؤكد كل من دراسات والنيال وقريف وفان هاميت **Walniel & Greeves & Fanhamet 1994**.

بدأت الحالة تعاني من البدانة بعد زواجها والحمل، وحاولت أن تقلل من الحلويات والمشروبات الغازية والمعجنات، وانخفض وزنها إلى 94 كغ، ولكن بعد رمضان لم تقاوم إغراء الحلويات فعاد وزنها للارتفاع وتفيدنا بقولها: "نصنع كاع الحلوة تع العيد وهوما ياكلو وأنا نبقا نشوف ماقدرتش وليت ناكل كيفهم في كل وقت وعاود ولالي وزن لخسرته"، وأهملت الحمية وتغذيتها خاصة بعد دخول زوجها السجن، وأصبح سلوكها الغذائي موجه بمشاعر الحزن ومشاعر الندم ولوم الذات بعد الأكل الزائد وهذا بقولها: "راجلي كان يقول لي كولي مليح بش ولدي يزيد بصحته وكامل وانا كنت انساعفه"، وبعد الولادة: "كولي مليح باش ترضعي لي ابنتي وبقيت على هذا الحال سمينه"، "كنتفكر روعي وحياتي وراجلي تغضني عمري ونبقى نحوس على حاجة حلوة ولا مالحة نلهي بيها روعي".

فالحالة "ص" غير راضية إلى ما آل عليه جسمها وأصبحت تقيم ذاتها وجسدها تقيما سلبيًا وتشعر بالقرص منه بقولها: "وليت نكره جسمي كي نشوف روعي في المرآيا"، "جسمي مبقا فيه لا جاذبية لا والو راني عايفاته"، وأصبحت تتمنى وتحلم كمختلف النساء أن يكون قوامها رشيقًا بقولها: "كما كامل النساء نتمنى نكون ناقصه ونولي كما كنت".

الحالة تحمل نحو جسدها مشاعر الكره كلما ارتفع الوزن وذلك بقولها: "وليت نكره جسمي كي نشوف روعي في المرآيا Surtou كرشى".

تكونت لدى الحالة أفكار وأحكام سلبية وحوار داخلي سلبي يميل إلى الإسناد الداخلي وبالتالي تفعيل الإحساس بالشك في القدرات والإحساس بالندم بقولها: "الزفاف على حالي مخلانيش نقص ومعنديش Courage بش نكمل ودايما نندم كما نواصلش"، ويؤكد إليس، وبيك Ellis، وBeck أن أسلوب التفكير الخاطيء والسلبية عن الذات يؤثر في سلوك الفرد بالسلب، ويؤدي إلى تقدير الذات بصورة سلبية.

تركيز الحالة "ص" على العيوب الجسدية لديها وتشعر بالخجل من جسدها وكونت تقييمات وأحكام سلبية عنه وتعتمد على استدخال الرفض من قبل الآخرين، فالتفاعلات السلبية مثل (السخرية، النقد، الرفض) تنتج تأثيرات سلبية على تصورهما لمظهرها الجسدي، وأدت إلى تبني سلوك تجنب الآخرين وبسببه تبنت استراتيجيات التجنب مثل ملابس فضفاضة لتخفي جسدها وأسلوب مواجهة سلبي أمام النقد حول جسدها وذلك بقولها: "وليت نكره جسمي كي نشوف روعي في المرآيا Surtou كرشى"، "قدام ماما ومنعريش روعي ما نبغيش ليخزر فيا وفي جسمي نحشم بجسمي"، "جسمي مبقا فيه لا جاذبية لا والو راني عايفاته"، "نلبس حوايج عرض باش لا طاي تاعي ما تباش"، "تتارفيني الانتقادات على لا طاي تاعي بسيف نزعف نبقا غير أنكرش"، "منبغيش نتصور وليت مشي شابة".

تقارن الحالة جسدها مع الأخريات وتكونت لديها مشاعر الغيرة، وهذا الإحساس يفعل مشاعر النقص والإحساس بالدونية، وبالتالي هذه الأفكار السلبية تؤدي إلى تدني مشاعر قيمة الذات والإحساس بالحزن على فقدان الجسد الرشيق وتوضح ذلك بقولها: "كنشوف النساء عندهم لا طاي شابة ولبسه تجي عليهم ونشوف روعي سمينه نكره حياتي"، هذه التقويمات غير المفضلة والسلبية لجسدها تفعل مشاعر الحزن في حياتها، وهذا ما تأكده نظرية فيستنجر للمقارنة 1954.

الحالة "ص" تعتمد على استدخال الرفض من قبل الآخرين، فالتفاعلات السلبية مثل (السخرية، النقد، الرفض) تنتج تأثيرات سلبية على تصورهما لمظهرها الجسدي، وتؤدي إلى تبني سلوك تجنب الآخرين، فهي متأثرة كثيرا بالمحيط العائلي والمحيط الخارجي الراض والناقد والمتنمر على البدانة فمشاعرها حساسة للطريقة التي ينظر بها الآخر لجسدها، وتشعر الحالة بإحساس العار بسبب الزوج المسجون هذه المشاعر فعلت الإحساس بعدم القيمة، وعليه تأثرت حالتها النفسية بقولها: "ماما وخواتي البنات ينتقدوني على سمونيتي يقولولي شوفي روحك وليتي بابور وليتي بوفا وهاد انتقاد يقلقتني ومنتارفا ونبقي نكرش"، "الناس برا مترحمش يزعقو و يضحكو على ليكون سمين هاد شي يزيد مرضني"، "منبغيش نتصور وليت مشي شابة"، "خطرات ما نبغيش نحضر حفلات ولا أعراس ناس متحسنش العون و يقولولي سمنتي بزاف وتني وليت نحشم كيسقسوني على راجلي".

تعيش الحالة معاناة نفسية من خلال مشاعر الوحدة والحرمان العاطفي بعد دخول زوجها للسجن وظهر ذلك بقولها: "راني متوحشا راجلي بزاف راني كارها حياتي وحدي وبنتي ظل تبكي على بوها وانا نبكي معها وتتنهد الحاله وتبكي"، فعدم إشباع هذا الاحتياج يزيد ويفعل الإحساس بالجوع العاطفي ويدفعها ذلك إلى ملأ الإحساس بالفراغ من خلال الأكل العاطفي وتوضح ذلك بقولها: "كنتفكر روعي وحياتي وراجلي تغيضني عمري ونبقي نحوس على حاجة حلوة ولا مالحة نلهي بيها روعي"، وهذا ما يؤكد عليه كل من ماكنزي، ماستر وجونسون إلى ربط السمنة بالأكل العاطفي والبحث عن بديل عن موضوع الحب المفقود سواء أكان عاطفة أم زوج أو غياب الرضا الجنسي وذلك للتعويض عن هذا الحرمان.

ومن خلال ماسبق عرضه توضحت المعاناة النفسية لدى الحالة "صارة" نتيجة البدانة وما تعانيه من الوحدة والحرمان العاطفي بسبب غياب زوجها، وعليه سنحاول أن نوجه تركيزها من معاناتها النفسية ومن جسدها البدين إلى رفع وعيها بسلوكها الغذائي السلبي وتغييره، وتغيير أفكارها من السلبية إلى الإيجابية حيث تخدم رغبتها المستقبلية التي دونتها حول الأسباب التي دفعتها لخوض هذه التجربة (أريد تخفيف وزني من أجل صحتي، من أجل مظهر وجسم رشيق)

- يوضح الجدول (49) الموالى أهم الاستنتاجات المتوصل إليها قبل وبعد البرنامج العلاجي :

الحالة السابعة	قبل الخضوع للبرنامج العلاجي	بعد الخضوع للبرنامج العلاجي
الجسد	<p>البدانة</p> <p>نوع البدانة: Gynoid</p> <p>الوزن: 92.5 كغ</p> <p>ومؤشر الكتلة: 36 %</p> <p>أعراض جسدية: الإحساس بالتعب من الأشغال المنزلية، التهابات جلدية على مستوى الفخذين، آلام في الأرجل.</p>	<p>البدانة</p> <p>الوزن: 84 كغ</p> <p>مؤشر الكتلة: 33.7 %</p> <p>مؤشر الكتلة المفقود: 2.3 %</p> <p>الوزن المفقود: 8.5 كغ</p> <p>الأعراض الجسدية: فقدان الوزن، تغير المقاس، تكوين مشاعر الإحساس بالخفة.</p>
الأفكار	<p>أفكار سلبية عن الذات، والجسد و القدرات.</p>	<p>* ساهمت التربية العلاجية في رفع وعي الحالة بمرضها وآثاره السلبية على الصحة النفسجسدية وكذلك تغير أفكارها، وعليه تبنت الحالة "صارة" شرب الماء الكافي حسب احتياجها اليومي، واستخدام بذور الشيا، ورفعت من نشاطها الرياضي أصبحت تمارس 3 أيام في الاسبوع، وممارسة Aerobic في باقي الأيام لمدة ساعة في البيت.</p> <p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول الأفكار واجهت الحالة الأفكار السلبية وتحدثتها بالحوار</p>

<p>السقراطي معنا وتغييرها لأفكار ايجابية.</p> <p>* تعرفت الحالة من خلال سجل التغذية على سلوكياتها وأفكارها السلبية المؤدية لتفعيل المشاعر السلبية، والنتيجة سلوكيات سلبية كالأكل الانفعالي والقضم بين الوجبات والأكل السريع.</p> <p>* تكون لدى الحالة الوعي الذاتي بسلوكها السلبي بقولها: "كنت نقول كندير الرياضة ننقص بصح الرياضة وحدها مكفاتش ومن قبل ماكنت نعرف والو على تغذية الصحية"، "دروك تعلمت كلش على التغذية والرياضة ونقصت شوية وراني فرحانة بروحي".</p> <p>* توصلت الحالة إلى تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية مثل: "أنا نقدر نواصل ونقص روعي".</p> <p>* التعرف على النقد الداخلي السلبي وتغييره بأفكار ايجابية داعمة ومؤكدة للذات مثل: "أنا عندي Courage ونقدر نواصل"</p> <p>* قامت الحالة بحفظ الأفكار المناسبة لمواجهة النقد المختلف للآخرين عن ظهر قلب، والتدريب عليه مع حالات المجموعة لاستخدامه عندما تتعرض له وعندما تقتضي الضرورة أمثلة: "إنني بحاجة للدعم والمساعدة وليس النقد السلبي وأن</p>		
---	--	--

<p>هذا الأسلوب يؤذيني نفسياً"، أنا لا أحب هذا الأسلوب وإذا تكرر سيكون لدي موقف آخر، وأقول لهم النصيحة أمام الناس فضيحة والقصد منها الإحراج".</p> <p>* هذا التعلم والتدرب مع حالات المجموعة ساهم في تعزيز الثقة في ذاتها وصرحت أنها ستدرب عليه مع أخواتها في البيت.</p>		
<p>* توصلت الحالة من خلال الحوار السقراطي إلى أنها لا تسير غضبها الداخلي بطريقة صحيحة وتوصلت إلى فكرة: "أنا كنت كينتقدوني كنت نبقي نكرش ونزعف بصح دروك تعلمت مع المجموعة دروك كيفاش نتعامل مع النقد".</p> <p>* لتقادي المقارنة السلبية وما يمكن أن تولده من مشاعر سلبية، حفزنا الحالة على حفظ كلمات وأفكار إيجابية مثل: "أنا إنسانة فريدة لا احد يشبهني ولا أشبه أحد " أنا مميزة ولا وَحْدًا تُشَبِّهَلِي"، " هناك دائماً شخص أحسن مني وأتقبل ذلك " ، لتعزز تأكيد الذات والثقة في النفس.</p>	<p>مشاعر الحزن، مشاعر الغيرة من الجسد الآخر، الخوف من الإصابة بالأمراض، الاستياء من النقد الخارجي، الإحساس بالخجل من الجسد البدين، مشاعر الحرمان العاطفي، الإحساس بالوحدة.</p>	<p>المشاعر</p>
<p>* تبنت الحالة شرب الماء بالكمية المحددة</p>		<p>السلوكات</p>

<p>حسب الاحتياج اليومي لجسمها من بداية الحصص، توقفت عن القضم بين الوجبات الرئيسية وذلك بتثنيته انتباهها نحو الأكل بشرب الماء أولاً ثم القيام بشيء آخر، رفعت من نشاطها الرياضي باضافة حصة في قاعة الرياضة وممارسة Aerobic لمدة ساعة في الأيام الأخرى.</p> <p>* ساعدت تقنية الاسترخاء الحالة على توجيه انتباهها إلى تذكر اللحظات السعيدة مع زوجها وابنتها في انتظار عودته.</p> <p>*أهدت أم الحالة لباس تقليدي أصغر في المقاس عندما انخفض وزن الحالة، وأهدت الحالة نفسها لون وقصة شعر جديدة.</p>	<p>الأكل العاطفي، القضم Grignotage، السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف Accés Hyperphagiques Leger .</p> <p>* استراتيجيات مواجهة سلبية.</p> <p>* تمارس الرياضة مرتين في الأسبوع.</p> <p>* تستعمل تيزانات القرفة مع الزنجبيل والمردقوش لزيادة الحرق.</p> <p>* استهلاك قليل للماء.</p>	
<p>حسب تصريحات الحالة ظهر الدعم من الأم والأخوات بقولها: "كراني ننقص دروك راهم يشجعوني وحتى راجلي قالي وليتي غاية"</p>	<p>نقد الأم والأخوات، نقد الآخرين.</p>	<p>نظرة الآخر واستراتيجيات المواجهة</p>
<p>تحصلت الحالة على درجة 140 في القياس البعدي، والتي تعبر عن ارتفاع مستوى تقدير الذات، وتوضح ذلك بتغير في استجابات الحالة على بنود مقياس تقدير الذات (أنظر ملحق مقياس التقدير البعدي)</p>	<p>تحصلت الحالة على درجة 75 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات في القياس القبلي.</p>	<p>نتائج القياس</p>

*جدول(50) يوضح تقييم الحالة "ص" للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

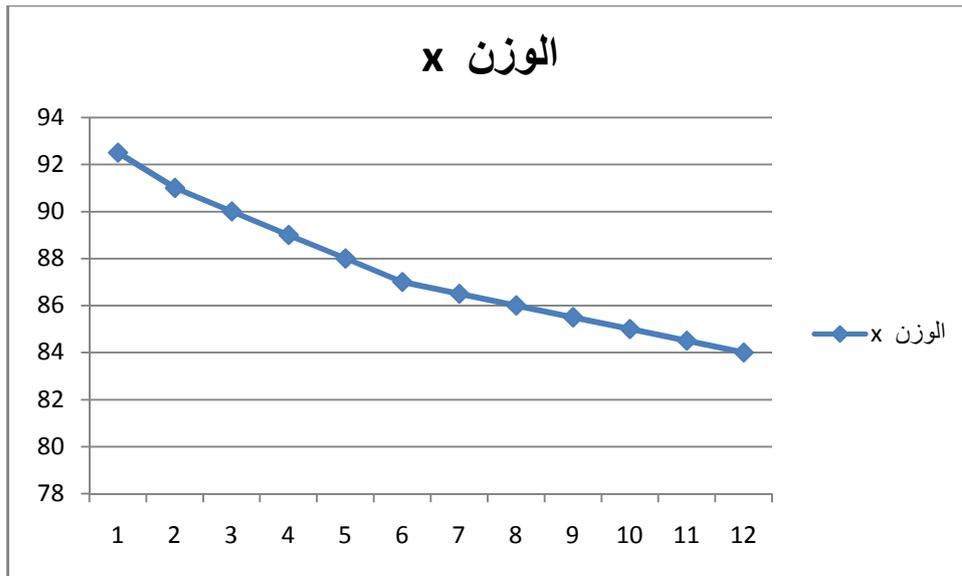
البرنامج العلاجي	درجة ضئيلة	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة
الدرجة				+

يوضح الجدول التقييم الايجابي للبرنامج لدى الحالة " ص "

- جدول (51) يوضح تغير في وزن الحالة السابعة مع التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الحصص	الأسبوع 1	الأسبوع 2	الأسبوع 3	الأسبوع 4	الأسبوع 5	الأسبوع 6	الأسبوع 7	الأسبوع 8	الأسبوع 9	الأسبوع 10	الأسبوع 11	الأسبوع 12
الوزن أثناء الحصص	92.5 كغ	91 كغ	90 كغ	89 كغ	88 كغ	87 كغ	86.5 كغ	86 كغ	85.5 كغ	85 كغ	84.5 كغ	84 كغ
الوزن المفقود	0 كغ	1.5 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	500 غ	500 غ	500 كغ	500 كغ	500 كغ
الوزن المفقود	8.5 كغ											

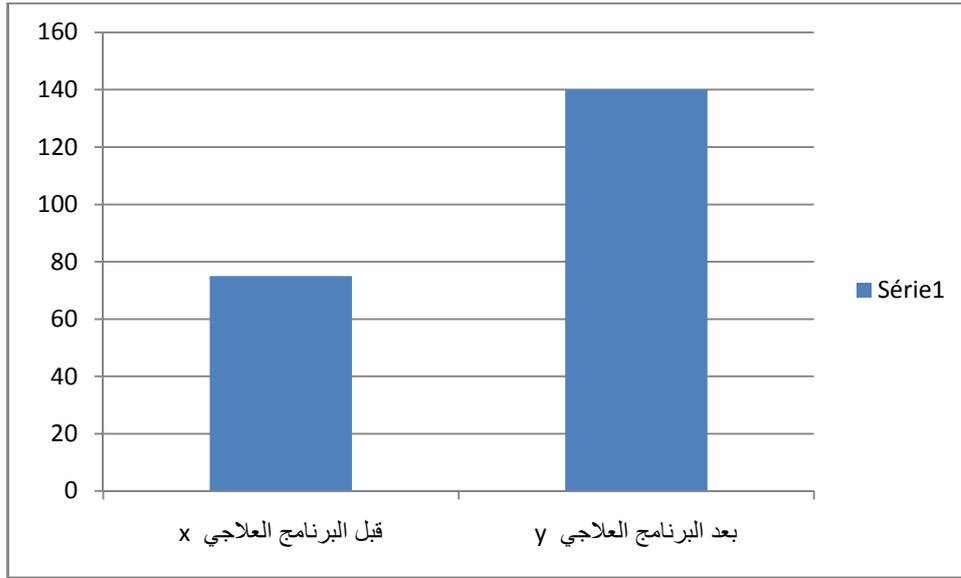
- رسم (14) بياني يوضح تطور وتغيرات وزن الحالة السابعة عبر الحصص العلاجية:



مخطط بياني يوضح تغيرات الوزن للحالة السابعة بين الحصص العلاجية.

* يتوضح من الرسم البياني تغيرات في الوزن لدى الحالة السابعة أثناء التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وانتقل الوزن تدريجياً ونزولاً من 92.5 كغ إلى 84 كغ في الحصة الثانية عشرة.

- رسم (15) بياني يوضح تغيرات لدى الحالة السابعة في مستوى تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:



مخطط يوضح تغير درجات مقياس تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة السابعة

* يتوضح من خلال المخطط البياني تغيرات في درجات تقدير الذات لدى الحالة السابعة من 75 درجة والتي تدل على تقدير ذات منخفض على مقياس تقدير الذات قبل البرنامج العلاجي، والانتقال إلى 140 درجة والتي تدل على ارتفاع في مستوى تقدير الذات بعد الخضوع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

- جدول (52) يوضح أهم التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لدى الحالة السابعة :

الحالات	درجات التقديم القبلي للمقياس	درجات التقديم البعدي للمقياس	الوزن قبل البرنامج	الوزن بعد البرنامج	الوزن المفقود	مؤشر الكتلة قبل البرنامج	مؤشر الكتلة بعد البرنامج	مؤشر الكتلة المفقود
07	75	140	92.5 كغ	84 كغ	8.5 كغ	36%	33.7%	2.3%

* يوضح الجدول تغير مستوى تقدير الذات من 75 إلى 140 درجة، وتغير الوزن من 92.5 كغ إلى 84 كغ.

. - الحالة الثامنة:

- معلومات شخصية:

- العمر: 45 سنة - الحالة الاجتماعية: متزوجة

- الوظيفة الحالية: حلاقة نساء - المستوى الدراسي: 3ثانوي - الحالة الاقتصادية: متوسطة

- التاريخ المتعلق الوزن الحالي:

- الوزن الحالي: 105.5 كغ الطول الحالي: 168 سم مؤشر الكتلة: 37.23%

- نوع البدانة: **Généralisé** معممة تتركز الدهون في الأجزاء العلوية والسفلية من الجسم.

- الوزن المثالي الذي ترغب فيه: 80 كغ

الحالة "و" عمرها 45 سنة، والدها متوفي أما أمها فتعيش معها، لديها أخوين ذكور متزوجان، الحالة متزوجة لديها أربعة أولاد (ثلاثة ذكور وبنث) تمارس الحلاقة وتجارة مواد التجميل، زوجها أستاذ في الطور المتوسط، تزني جلابة وخمار، مبادرة بالابتسامة وقد أبدت تجاوبا وتعاوننا أثناء المقابلة وطرح الأسئلة.

عانت الحالة من تقلبات في الوزن بصورة متكررة، وتفيدنا أنها تعاني من ضغط الدم، وأن وزنها كان بالتقريب 68 كغ عندما كانت عازبة لكن بعد الزواج وبعد الحمل المتكرر ارتفع وزنها بسبب كثرة الأكل حيث تقول: "مين كنت حامل كامل عائلتي وزوجي ينصحوني لازم تاكلي مليح وعندما ولدت صنعوا لي طمينه بالمكسرات والعسل وكليتها فتره طويله بش يزيد إدرار الحليب وبش نرضع ولدي صغير وهد شي يتعاود كل ما نولد وبقيت نزيد نسمن وما درتش رجيم ووالفت ناكل بزاف".

تفيد الحالة أن الوزن يؤثر عليها كثيرا فهي تقول: "ما رانيش نجم نمشي بزاف وقلبي راه يضرني وراني ننظر من ظهري وشحط في مفاصلي راني كرها هذا الثقل وجسمي كامل"، وتشير الحالة إلى أنها تفرح كثيرا عندما ينخفض القليل من وزنها وتؤكد على أنها غير راضية عن جسمها بقولها: "ما رانيش راضيه على جسمي دوارتي خارجه مرودي كبار وليت نحشم ب corp تاعي في لعراس راني نحشم نوض نرقص نحسهم كاع راهم يضحكو عليا"، بالنسبة للأجزاء التي تجدها غير متناسقة تفيد بقولها: "كاع corp راني عايفته ما رانيش نلقا واش نلبس ومين نشوف روعي في المرايا نكره روعي".

تشير الحالة إلى أنها تتعرض إلى الانتقادات من زوجها وأبنائها حول بدانتها بقوله: "نقصي الماكله والحلويات شويه ماشي على جالي على جال صحتك ومرات يعيطلي بقرتي ومنين يشوفني زعفت يقول راني نزق معاك، وأولادي يلوموني علاش ماما أنتيا سمينه نحسهم يكرهوا جسمي"، ولقد توصل الأمر إلى سخرية زملاء ابنها الصغير في المدرسة من وزنها المرتفع بقولها: "شحال من مرة ولدي يعايروه بيا لولاد معاه في المدرسة ويقولوله مكد سمينه كبسينه ويدابز معاهم".

تزن الحالة جسمها مرة واحدة في الشهر بقولها: "مارانيش نوزن بزاف راني نخاف بش نوزن روحي ونخاف لكان نلقاه زاد ولا نقص حاجة قليلة".

- السلوك الغذائي:

تفيدنا أن نظامها الغذائي يتمثل في أربعة وجبات في اليوم فطور الصباح، الغذاء، قهوة، العشيّة، والعشاء، بالنسبة لفطور الصباح حليب مع خبز بالمربي، بالنسبة للفطور أنواع من المرق أحيانا مقلبات وخبز مع سلطات وفواكه ومشروبات غازية، بالنسبة للقهوة العشيّة فحليب مع خبز بالجبن، أما العشاء عبارة عن أنواع من المرق والمقلبات، والأغلب تتناول وجبة العشاء في الأعراس بحكم عملها كمزينة وحلاقة العرائس، وبين الوجبات تشرب كثيرا (عصير رامي وتأكل لمجة كرانتىكة بالهريسة يوميا)، أما استهلاك الماء فقليل جدا.

وتفيدنا أنها لم تتبع حمية مع طبيب أو مختص في التغذية وأنها كانت تقوم به وحدها، بالنسبة لمشاعرها نحو الأكل فهي تقول: "مين نكون زعفانه ناكل بزاف ونبلع المره بلا مضيق ونندم منبعد"، تفيد أنها قامت بالحمية عدة مرات وحاولت إنقاص مكونات مثل الخبز والمشروبات الغازية لكنها دائما تبدأ لأيام معدودة ثم تعود للسلوك الغذائي السابق بقولها: "ندير الريجيم بصح ما نداومش ونولي نتشها الماكلة، نحس بلجوع بزاف، والخبز يغيرني ونكره بالخف ونحبس ما عنديش إرادة كبيرة".

تفيدنا أنها تأكل بطريقة سريعة عندما تكون متوترة ولكن عندما تكون في حالتها العادية فهي تأكل ببطء، وأنها لا تمارس التقية الإجباري بقولها: "نخاف تقيا كي نحس بلي كليت بزاف نمشي في الدار باش الماكلا تهود"، تخبرنا بأنها لا تستعمل ملينات أو أدوية لتخفيف الوزن ما عدا في بعض الأحيان تتناول مشروبات ساخنة مثل تيزانات (الكمون باللیمون)، وأما ممارسة النشاط الرياضي فهي غير منتظمة، فأحيانا

تمارسها في قاعة الرياضة وأحيانا تنقطع عنها، وتمارسها في البيت أحيانا أخرى بمشاهدة فيديوهات Aerobic في اليوتيوب.

تخبرنا بأنها متوترة مؤخرا بسبب مشاكل مع الجيران بسبب خلافات بين أولادها وأولاد الجارة، وهذا الأمر يجعلها في حالة خوف مستمر على أولادها حين الذهاب للعمل بقولها: "راني نخاف على أولادي من نروح نخدم surtout رانا في العطلة".

تشير الحالة أنها لا تعاني من اضطرابات في النوم أو التركيز أو الذاكرة، لكنها تشعر بالتعب نتيجة العمل اليومي في محل الحلالة وتزيين العرائس خاصة في فصل الصيف، لم يسبق للحالة أن دخلت المستشفى لأمراض واضحة، ما عدا في حالة الولادة لأبنائها، وبالنسبة للتاريخ العائلي المرضي تفيد أنه لديها أخ بدين مثلها لكن والديها لا يعانين من البدانة ما عدا عمه واحدة.

تخبرنا الحالة بأن علاقتها مع أمها طيبة، وبالنسبة لإخوتها الذكور لم تكن تتفاهم معهم بسبب عصبيتهم الزائدة، وبسبب خلافات زوجاتهم مع أمها، ولهذا قررت أن تتكفل وتهتم بأمها في بيتها، وتخبرنا بأن علاقتها مع زوجها عموما هي طيبة ما عدا بعض الخلافات البسيطة حول مصاريف البيت أو مشاكل الأولاد، أما بخصوص العلاقة الحميمة مع زوجها فتخبرنا بأنها مرضية.

- وثيقة الالتزام العلاجي للحالة الثامنة:

أنا الممضية أسفله أعد بأن أكون جدية في الالتزام بمواعيد الحصص العلاجية وأطبق كل ما أتعلمه من تقنيات علاجية لأحقق هدفي.

- الهدف: 80 كغ

- كيف ذلك: بالرياضة والنظام الغذائي الصحي.

- في أي مدة زمنية: سنة فما فوق.

- هذا العقد سأضعه في باب المطبخ حتى أتذكر كل يوم وعودي وهدفي.

- أفكار الحالة حول لماذا تريد تخفيف وزنها:

* أريد أن أهتم بصحتي.

* ليصبح جسمي رشيقا وخفيف.

* ارتداء ملابس صغيرة في المقاس وجميلة.

أفكار الحالة حول كيف تكافئ نفسها عندما تخفض الوزن:

* أشتري ملابس صغيرة المقاس جميلة وأنيقة.

* سأكافئ نفسي بشراء ورود ونباتات منزلية.

* سأكافئ نفسي بحمام وبمساج.

- الأفكار السلبية المستنتجة من الاستبيان من خلال الأسئلة المطروحة من طرف الباحثة حول لماذا

اخترت الحالة الثامنة هذه الاستجابات منها مايلي:

- "أنا نحس روحي ماشي مقبولة بالسمن تاعي ونشوفها في عينين الناس"، "صحتي مهمة ومرانيش مليحه الخدمه تاعي تطلب الوقاف بزاف والمشي بزاف يتعبني وظهري وشحط في مفاصلي وقلبي يضرنني جسمي راه معييني"، "ما رانيش راضيه على جسمي دوارتي خارجه مراودي كبار وليت نحشم ب corp تاعي في لعراس راني نحشم نوض نرقص مع الناس نحسهم كع راهم يضحكو عليا"، كع corp تعي راني عايفته لبسا منقاش قدي ومين نشوف روحي في المرايا نكره روحي"، "نتمنا جسمي يتغير وينقص ونولي كما كنت ومرات نفكر ونقول ندير عملية تكميم المعدة ومنبعد نخاف ونبطل"، "الانتقادات تزيد تزعفني في قلبي راجلي يلوم فيا ولادي يلومو فيا نحس بلي كارهين كراني سمينة وراهم يحشمو بيا"، "c normale نقارن نفسي مع النساء surtout ليكونو ناقصين وعندهم لاظاي شابه و surtout أنا نخدم فالحلاقه والتزيين والتجميل ودايما نلوم روحي وهذا متعيني نفسيا"، "عموما علاقتي مع الناس مليحه بصح نزعف شويه من الناس الحشربين بصح نبقا نغلي مداخل وما نيينش ومانردش على الناس"، "عندي مشكل كبير مع اللبسة منقاش قدي حاجات ليعجبوني ومنلبس مزير نحوس غير على العريض بش ندرك جسمي"، "الخدمه تاعي تفرض عليا نحضر

حفلات وأعراس بصح ما نحش نتصور أنا متزوجة، وفي لعراس تاع la famille ما نبغيش نتصور وما نبغيش نرقص نحسهم يضحكوا علي".

- جدول (53) يوضح نموذج الواجب المنزلي حول سجل التغذية اليومي للحالة الثامنة:

اليوم	9-8	-9 10	11-10	12-11	1-12	-1 2	3-2	4-3	6-5	7-6	8-7	9-8
ماذا أكلت	حليب+ سكر خبز مرى الماء		كرانتيكة مع خبز+ كاس عصير		زيتون بطاطا مقلية خبز سلطة فلق دلاع اكسان لمناد الماء		كاس عصير	حليب+1 سكر+ خبز فرماج		عصير	عصير	2 محاجب الخبز سلطة اكاس لمناد الماء
مشاعر قبل الأكل	عادي				زعفانا خلاف مع زبونة لم تكمل حسابها							
مشاعر بعد الأكل	عادي				كليت بزاف ولمت نفسى							الارتياح
مع من كنت	الدار مع أمي زوجي أولادي		محل الحلاقة		أمي أولادي زوجي في الدار		محل الحلاقة	مع أمي أولادي دار		في محل الحلاقة	في محل الحلاقة	أمي زوجي أولادي فالدار

- جدول (54) يوضح التحليل الوظيفي للحالة الثامنة:

المثيرات البعيدة والنتيجة	السلوك	المثيرات القبلية
الغضب الداخلي، لوم ونقد الذات والندم على الأكل الكثير.	الأكل بكثرة ، الأكل وشرب العصير بكثرة بين الوجبات الرئيسية.	النقد من طرف الزوج و الأولاد على السمنة والأكل، مواقف سلبية في العمل وفي الحياة ومع الناس.

- استنتاج الحالة الثامنة:

- الحالة الثامنة تزن 105.5 كغ، و 37.23 % ومؤشر الكتلة دليل على البدانة.

- نوع البدانة: **Généralisé** معممة تتركز الدهون في الاجتزاء العلوية والسفلية من الجسم.

- الأعراض الجسدية: ضغط الدم، آلام على مستوى القلب، وآلام في الرجلين والظهر والإحساس بالتعب والإرهاق الجسدي.

- السلوكات والآثار النفسية: مشاعر الخوف من الإصابة بالأمراض، الإحساس بالاستياء من نقد الأولاد والزوج حول جسدها، أفكار سلبية حول مشاعر الزوج والأولاد نحو جسمها، لوم الذات ونقدها على الأكل الكثير (الأكل العاطفي، القضم **Grignotage** ، السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف **Hyperphagie** **Leger**) ، مقارنة الجسد البدين مع النساء النحيفات، تأويلات سلبية عن رأي الآخر حول جسدها، الغضب من النقد الخارجي، الخجل من الجسد البدين، مشاعر الغضب، استراتيجيات تجنب سلبية، التوقف المتكرر للحمية.

- نتائج التطبيق القبلي لمقياس تقدير الذات: تحصلت على درجة 77 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات، ظهرت المعاناة النفسية من خلال الإجابة على البنود من عدم تقبل للجسد البدين وعن عدم الرضا عنه والنقد الذاتي السلبي، وما جعل الوضع يستاء المشاعر السلبية التي يخلفها التقدير الاجتماعي السلبي (أنظر الملحق الخاص بمقياس تقدير الذات للحالة الثامنة)

- تحليل سيرورة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لدى الحالة الثامنة :

الحالة "و" تعاني من البدانة، وهي تأثر عليها نفسيا وجسديا بقولها: " أنا نحس روجي ماشي مقبولة بالسمن تاعي ونشوفها في عينين الناس "، " صحتي مهمة ومرانيش مليحه الخدمه تاعي تطلب الوقاف بزاف والمشى بزاف يتعبني وظهري وشحط في مفاصلي وقلبي يضرني جسمي راه معينني"، " ما رانيش نجم نمشي بزاف وقلبي راه يضرني وراني ننظر من ظهري وشحط في مفاصلي راني كرها هذا الثقل وجسمي كامل".

الحالة تعاني من أعراض جسدية مؤلمة تتمثل في ضغط الدم، آلام على مستوى القلب، وآلام في الرجلين والظهر والإحساس بالتعب والإرهاق الجسدي.

التغذية لدى الحالة تعتمد على أكل غني بالنشويات، وكميات قليلة من البروتينات مع قلة الفواكه، وشرب كميات كبيرة من المشروبات الغازية، واستهلاك الماء بكميات قليلة جدا.

تمارس الحالة الرياضة بصورة غير منتظمة في قاعة الرياضة وأحيانا في البيت باستخدام اليوتوب.

تعاني الحالة "و" من البدانة بعد زواجها والحمل، وحاولت القيام بالحمية مرات عديدة لكن هذه المحاولات باءت بالفشل وأصبح تفكيرها وتقييمها لذاتها وقدراتها سلبيا ويظهر ذلك بتصريحها: " ندير الريجيم بصح ما نداومش ونولي نتشها الماكلة، ونحس بلجوع بزاف والخبز يغيرني ونكره بالخف ونحبس ماعنديش إرادة كبيرة". وعليه أصبح سلوكها الغذائي سلبيا وموجه بمشاعر الحزن ومشاعر الندم ولوم الذات بعد الأكل الزائد وهذا مايسمى بالأكل الانفعالي وذلك بقولها: " مين نكون زعفانه ناكل بزاف ونبلع المره بلا مضيق وندم منبعد"، " كي نحس بلي كليت بزاف نمشي في الدار باش الماكلا تهود" وهذا ما أكدته دراسة كل من بيتر هيرمان **Peter Herman** جانيت بوليفي **Janet Polivy** بأن سلوك التغذية مستسلم لسيطرة الانفعالات، والحالة لا تسيطر على سلوكها الغذائي، وهذا يقودها إلى اختلال تام على مستوى التغذية مع اضطرابات تغذية ظاهرة، والإحساسات المتعلقة بالتغذية هي مدركة لكنها لا تحترمها.

فالحالة "و" غير راضية عن جسدها وما أصبح عليه وتفكر في إجراء عملية تكميم معدة لكنها تشعر بالخوف والتردد، وأصبحت تقيم ذاتها وجسدها تقيما سلبيا بقولها: " ما رانيش راضيه على جسمي دوارتي خارجه مراودي كبار وليت نحشم ب corp تاعي في لعراس راني نحشم نوض نرقص نحسهم كاع راهم

يضحكو علياً"، كاع corp راني عايفته ما رانيش نلقا واش نلبس ومين نشوف روجي في المرايا نكره روجي"، وعليه أصبحت تحلم وتتمنى أن ينخفض وزنها ويعود قوامها رشيقاً كما في السابق بقولها: " نتمنا جسمي يتغير وينقص ونولي كما كنت ومرات نفكر ونقول ندير عملية تكميم المعدة ومنبعد نخاف ونبطل ".

ظهر لدى الحالة الخوف من مواجهة الميزان فهي تزن مرة واحدة في الشهر بقولها: " مارانيش نوزن بزاف راني نخاف بش نوزن روجي ونخاف لكان نلقاه زاد ولا نقص حاجة قليلة".

الحالة تحمل نحو جسدها مشاعر الكره وأفكار سلبية وحوار داخلي سلبي يميل إلى الإسناد الداخلي وبالتالي تفعيل الإحساس بالشك في القدرات بعدم قدرتها على مواصلة الحمية ويظهر ذلك بقولها: " كاع corp راني عايفته ما رانيش نلقا واش نلبس ومين نشوف روجي في المرايا نكره روجي"، "ونكره بالخف ونحبس ماعنديش إرادة كبيرة" وهذا ما أشار إليه كل من إليس، وبيك Ellis، BECK، بأن أسلوب التفكير الخاطئ والسلبي عن الذات يؤثر في سلوك الفرد بالسلب، وهذا يؤدي إلى تقدير الذات سلبي.

تركيز الحالة على العيوب الجسدية لديها وتشعر بالخلج به وتكونت لديها تأويلات حول رأي الزوج وأبنائها نحو جسدها البدني، وبسبب البدانة تبنت استراتيجيات التجنب مثل ملابس فضفاضة لتخفي جسدها وأسلوب مواجهة سلبي أمام النقد حول جسدها وذلك بقولها: " ما رانيش راضيه على جسمي دوارتي خارجه مروادي كبار وليت نحشم بـ corp تاعي في لعراس راني نحشم نرقص مع الناس نحسهم كع راهم يضحكو علياً"، " عندي مشكل كبير مع اللبسة منلقاش قدي حاجات ليعجبوني ومنلبس مزير نحوس غير على العريض بش ندرك جسمي"، " عموما علاقتي مع الناس مليحه بصح نزحف من الناس الحشريين بصح نبقا نغلي مداخل وما نبينش وماتردش على الناس"، " الانتقادات تزيد تزحفني في قلبي راجلي يلوم فيا ولادي يلومو فيا نحس بلي كارهين كراتي سمينة وراهم يحشمو بيا".

تقارن الحالة جسدها مع الأخريات ولديها مشاعر الغيرة خاصة أنها تعمل في مجال الحلاقة والتزيين، وهذا الإحساس يفعل مشاعر النقص والإحساس بالدونية، وبالتالي هذه الأفكار السلبيّة تؤدي إلى تدني مشاعر قيمة الذات والإحساس بالحزن على فقدان الجسد الرشيق وظهر ذلك بقولها: " c normale نقارن نفسي مع النساء surtout ليكونوا ناقصين وعندهم لا طاي شابه و surtout أنا نخدم فالحلاقه والتزيين والتجميل ودايما نلوم روجي وهذا متعربي نفسياً"

الحالة متأثرة كثيرا بالمحيط الاجتماعي سواء العائلي أو المحيط الخارجي الراض والناقد للبدانة وعليه أصبحت مشاعرها حساسة للطريقة التي ينظر بها الآخر لجسدها، وعليه تأثرت حالتها النفسية بقولها: " راجلي يقلني نقصي الماكله والحلويات شويه ماشي على جالي على جال صحتك ومرات يعيظلي بقرتي ومنين يشوفني زعفت يقول راني نزعق معاك، وأولادي يلوموني علاش ماما أنتيا سمينه نحسهم يكرهوا جسمي"، " شحال من مرة ولدي يعايروه بيا لولاد معاه في المدرسة ويقولوله مك سمينه كِبْسِينَه ويدابز معاهم"، " الخدمة تاعي تفرض عليا نحضر حفلات وأعراس بصح ما نحبش نتصور أنا متزوجة، وفي لعراس تاع **la famille** ما نبغيش نتصور وما نبغيش نرقص نحسهم يضحكوا علي" وعليه فنظرة ورأي الآخر الراضة التي تمثل المرأة الاجتماعية حسب شارل كولي **Charle cooley** تبعث إشارات بالرفض، وتساهم في بناء الشعور بالذات الاجتماعية السلبية، وفي هذه الحالة تشكل لديها تصور سلبي نحو الذات الجسمية والذات الاجتماعية لديها وبالتالي تقدير ذات سلبي، ولأن تقدير الذات الايجابي يستند على المرغوبية والقبول الاجتماعي والإحساس بالجاببية خاصة لدى الإناث، وهذا ما أثبتته وتأكده الدراسات العلمية لـ مانوس وآخرون **Manos & all**، ولاثا وآخرون **Latha & all** و سيمون دي بوفواغ **simone dibovoire**، وحسب رأي كل من لارنر، وجيلر، ولونور، وشرودر **Walniel & Greeves & Gelbert & Lonor & Shroder** فإن رأينا كأفراد في ذواتنا وتقييمها يتأثر بالعمليات الاجتماعية وقبول الصورة العقلية الاجتماعية المحددة للجسد المقبول والمفضل.

ومن خلال ماسبق عرضه توضحت المعاناة النفسية لدى الحالة " و" نتيجة البدانة، وعليه سنحاول أن نوجه تركيزها من معاناتها النفسية ومن جسدها البدين إلى رفع وعيها بسلوكها الغذائي السلبي وتغييره، وتغيير أفكارها من السلبية إلى الايجابية حيث تخدم رغبتها المستقبلية التي دونتها حول الأسباب التي دفعتها لخوض هذه التجربة (أريد أن أهتم بصحتي، ليصبح جسمي رشيقا وخفيفا، ارتداء ملابس صغيرة في المقاس وجميلة).

- يوضح الجدول (55) الموالي أهم الاستنتاجات المتوصل إليها قبل وبعد البرنامج العلاجي :

الحالة الثامنة	قبل الخضوع للبرنامج العلاجي	بعد الخضوع للبرنامج العلاجي
الجسد	<p>البداية</p> <p>نوع البدانة: Généralisé</p> <p>الوزن: 105 كغ</p> <p>ومؤشر الكتلة: 37.23 %</p> <p>أعراض جسدية: ضغط الدم، آلام على مستوى القلب، وآلام في الرجلين والظهر والإحساس بالتعب والإرهاق الجسدي.</p>	<p>البداية</p> <p>الوزن: 94.5 كغ</p> <p>مؤشر الكتلة: 33.5 %</p> <p>مؤشر الكتلة المفقود: 3.7 %</p> <p>الوزن المفقود: 11 كغ</p> <p>الأعراض الجسدية: تحسن في ضغط الدم، تحسن على مستوى الرجلين والظهر، فقدان الوزن، تغير في المقاس، الإحساس بالخفة.</p>
الأفكار	<p>أفكار سلبية عن الذات، والجسد و القدرات.</p>	<p>* ساهمت التربية العلاجية في رفع وعي الحالة بمرضها وآثاره السلبية، وتبنت الحالة "و" شرب الماء الكافي حسب احتياجها اليومي، واستخدام بذور الشيا، ورفعته من نشاطها الرياضي وأصبحت تمارس يومية في الأسبوع بانتظام، وممارسة Aerobic في باقي الأيام لمدة ساعة في البيت.</p> <p>* عن طريق الشرح والتوضيح حول الأفكار واجهت الحالة الأفكار السلبية وتحدثتها بالحوار السقراطي معنا وتغييرها لأفكار ايجابية.</p>

<p>* مناقشة سجل التغذية مع الحالة على سلوكياتها وأفكارها السلبية المؤدية للأكل الانفعالي تكون لدى الحالة الوعي الذاتي بسلوكها السلبي بقولها: "كنت ناكل بلا وعي ونتبع في رغباتي مبن نحس بالجوع ونشرب JUS ولموناد بزاف دروك تغيرت ماكله بالوقت ونمضغ ماكله مليح وحبست مشروبات حلوه وبدلت بالماء موزايا غازي ونشرب الماء بزاف وراني نصنع حلوه صحيه ليا راني فرحانه بنفسي".</p> <p>* توصلت الحالة إلى تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية مثل: "أنا نقدر ننقص Surtou كلقيت بدائل للحاجات الحلوه".</p> <p>* التعرف على النقد الداخلي السلبي وتغييره بأفكار ايجابية داعمة ومؤكدة للذات مثل: "أنا نقدر نقص وزني أكثر"</p> <p>* قامت الحالة بحفظ الأفكار المناسبة لمواجهة النقد المختلف للآخرين، وتدرت مع حالات المجموعة لاستخدامه عند الضرورة أمثلة: "إنني بحاجة للدعم والمساعدة وليس النقد السلبي وأن هذا الأسلوب يؤذي نفسي"، "أنا لا أحب هذا الأسلوب وإذا تكرر سيكون لدي موقف آخر، وأقول لهم النصيحة أمام الناس فضيحة والقصد منها الإحراج</p>	
--	--

<p>* توصلت الحالة من خلال الحوار السقراطي إلى أنها لا تسير غضبها الداخلي بطريقة صحيحة وتوصلت إلى فكرة: "الانتقاد على جسمي كان يزعفني ونبقا نغلي في نفسي مداخل وكعرفت بلي زعاف مايخلنيش ننقص غيرت وليت ندير تنفس الاسترخائي ونقول حتى حاجة ماتستاهل نزعف روجي عليها".</p> <p>* وللتوقف عن المقارنة السلبية حفزنا الحالة على حفظ كلمات وأفكار إيجابية مثل: "أنا إنسانة فريدة لا احد يشبهني ولا أشبه أحد " "أنا مميزة ولا وَحْدًا تُشَبَّهُي"، " هناك دائما شخص أحسن مني وأقبل ذلك" ، لتعزز تأكيد الذات والثقة في النفس.</p>	<p>مشاعر الكره للجسد البدين، مشاعر الغيرة من الجسد الآخر، الخوف من الإصابة بالأمراض، الاستياء من النقد الخارجي، الإحساس بالخجل من الجسد البدين.</p>	<p>المشاعر</p>
<p>* تبنت الحالة شرب المياه الغازية الخالية من السكر كبديل للمشروبات المحلاة، وتبنت كذلك الماء بالكمية المحددة حسب الاحتياج اليومي لجسمها من بداية الحصص، توقفت عن القضم بين الوجبات الرئيسية وذلك بتثبيت انتباهها نحو الأكل بشرب الماء أولا ثم القيام بشيء آخر، انتظمت على النشاط الرياضي ثلاث أيام في الأسبوع.</p> <p>* ساعد التنفس الاسترخائي الحالة على توجيهه والتحكم في أفكارها ومشاعرها نحو الغضب والنقد.</p>	<p>الأكل العاطفي، القضم Grignotage، السرعة والأكل بكثرة بمعدل خفيف Accés . Hyperphagiques Leger</p> <p>* الاستسلام المتكرر من الحمية.</p> <p>* استراتيجيات مواجهة سلبية.</p> <p>* رياضة غير منتظمة.</p> <p>* تستعمل تيزانات الكمون بالليمون لزيادة الحرق.</p>	<p>السلوكات</p>

<p>*أهدت الحالة نفسها فساتين أصغر في المقاس، ونباتات وورود تزيينية للبيت.</p>	<p>* استهلاك قليل للماء.</p>	
<p>حسب تصريحات الحالة ظهر الدعم من الزوج عند اهتمام الحالة بنفسها وبالحمية والرياضة بقولها: " راجلي وأولادي راهم يشجعوني كنفست في الميزان وغادي نزيد نواصل حتى نحقق وزن لي راني متمنياته "</p>	<p>نقد الزوج، نقد الأبناء.</p>	<p>نظرة الآخر واستراتيجيات المواجهة</p>
<p>تحصلت الحالة على درجة 133 في القياس البعدي، والتي تعبر عن ارتفاع مستوى تقدير الذات، وتوضح ذلك بتغير في استجابات الحالة على بنود مقياس تقدير الذات (أنظر ملحق مقياس التقدير البعدي)</p>	<p>تحصلت الحالة على درجة 77 والتي تعبر عن مستوى منخفض لتقدير الذات في القياس القبلي.</p>	<p>نتائج القياس</p>

* جدول (56) يوضح تقييم الحالة "و" للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

البرنامج العلاجي	درجة ضئيلة	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة
الدرجة				+

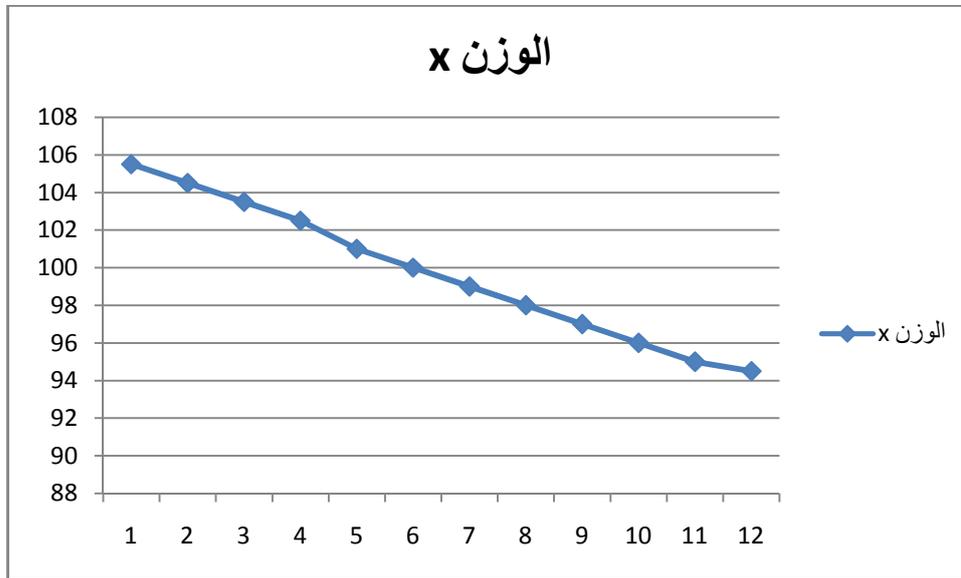
* يتوضح من خلال الجدول التقييم الايجابي للبرنامج العلاجي لدى الحالة " و "

- جدول (57) يوضح تغير في وزن الحالة الثامنة مع التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الحصص	الأسبوع 1	الأسبوع 2	الأسبوع 3	الأسبوع 4	الحصص 5	الحصص 6	الحصص 7	الحصص 8	الحصص 9	الحصص 10	الحصص 11	الحصص 12
الوزن أثناء الحصص	105.5 كغ	104.5 كغ	103.5 كغ	102.5 كغ	101 كغ	100 كغ	99 كغ	98 كغ	97 كغ	96 كغ	95 كغ	94.5 كغ
الوزن المفقود	0 كغ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	1.5 كغ	1 كغ	1 غ	1 غ	1 كغ	1 كغ	1 كغ	500 غ
الوزن المفقود	11 كغ											

* يظهر من خلال الجدول تغيرات الوزن من 105.5 كغ إلى 94.5 كغ بفارق وزن 11 كغ من خلال الحصص

- رسم (16) بياني يوضح تطور وتغيرات وزن الحالة الثامنة عبر الحصص العلاجية:



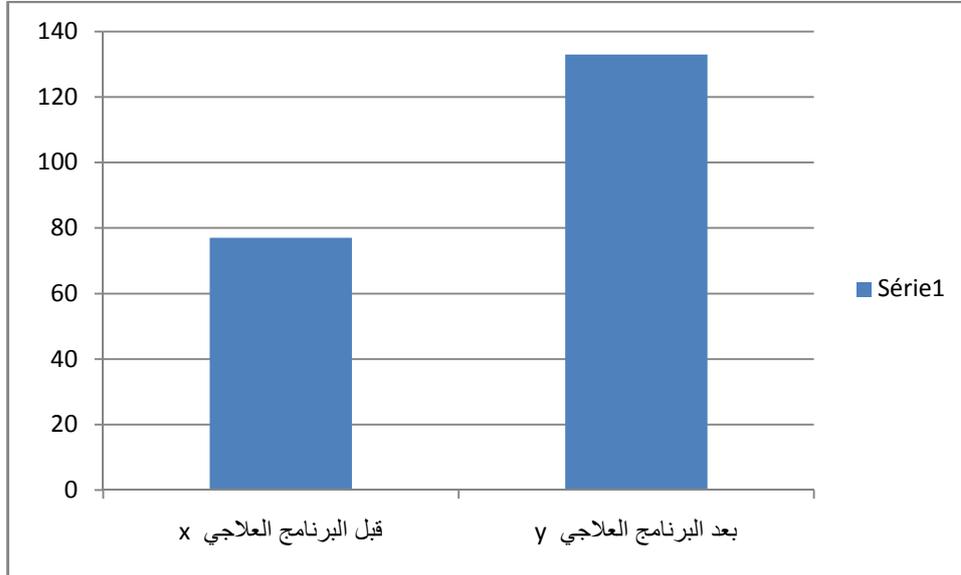
مخطط بياني يوضح تغيرات الوزن للحالة الثامنة بين الحصص العلاجية

* يتوضح من الرسم البياني تغيرات في الوزن لدى الحالة الثامنة أثناء التقدم في الحصص العلاجية للبرنامج

العلاجي المعرفي السلوكي، وانتقل الوزن تدريجياً ونزولاً من 105.5 كغ إلى 94.5 كغ في الحصة الثانية

عشرة.

- رسم (17) بياني يوضح تغيرات لدى الحالة الثامنة في مستوى تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:



مخطط يوضح تغير درجات مقياس تقدير الذات قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالة الثامنة

* يتوضح من خلال المخطط البياني تغيرات في درجات تقدير الذات لدى الحالة الثامنة من 77 درجة والتي تدل على تقدير ذات منخفض على مقياس تقدير الذات قبل البرنامج العلاجي، والانتقال إلى 133 درجة والتي تدل على ارتفاع في مستوى تقدير الذات بعد الخضوع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

- جدول (58) يوضح أهم التغيرات الكمية قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لدى الحالة الثامنة:

الحالات	درجات التقديم	درجات التقديم البعدي لاستبيان	الوزن قبل البرنامج	الوزن بعد البرنامج	الوزن المفقود	مؤشر الكتلة قبل البرنامج	مؤشر الكتلة بعد البرنامج	مؤشر الكتلة المفقود
08	77	133	105.5 كغ	94.5 كغ	11 كغ	37.2%	33.5%	3.7%

* يتوضح نزول الوزن بـ 11 كغ وتغير تقدير الذات من 77 إلى 133 درجة

فصل عرض النتائج ومناقشة

الفرضيات

- عرض النتائج ومناقشة الفرضيات :

في هذا الجانب من الدراسة قمنا بعرض النتائج التي توصلنا إليها من خلال جملة الإجراءات المنهجية وأدوات البحث المستخدمة من خلال تحليل وتفسير نتائج البحث من أجل التحقق من الفرضيات في ضوء الإشكالية المطروحة.

كان الهدف الأساسي من هذه الدراسة الحالية محاولة التحقق من فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف الوزن وأثره على تقدير الذات لدى حالات بدينات، وكانت تساؤلات الدراسة تنص على مايلي:

هل يمكن أن يكون للعلاج المعرفي السلوكي في تطبيقه الجماعي دور في تخفيف الوزن وتنمية تقدير الذات لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة؟

-أسئلة الدراسة الفرعية:

- هل يمكن أن يكون للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي أثر في تقبل علاج غذائي للتخفيف من الوزن لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة؟

- هل تخفيف الوزن له أثر في تطوير التقدير الجسدي لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة؟

- هل تخفيف الوزن له أثر في تطوير التقدير الاجتماعي لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الجسدي؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الاجتماعي؟

-فرضيات الدراسة:

-الفرضية العامة :

يمكن أن يكون للعلاج المعرفي السلوكي في تطبيقه الجماعي دور إيجابي في تخفيف الوزن وتنمية تقدير الذات لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

-الفرضيات الجزئية:

- يمكن أن يكون للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي أثر ايجابي في تقبل علاج غذائي للتخفيف من الوزن لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

- تخفيف الوزن له أثر ايجابي في تطوير التقدير الجسدي لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

- تخفيف الوزن له أثر ايجابي في تطوير التقدير الاجتماعي لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

- توجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الجسدي.

- توجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الاجتماعي.

* وبعد تقديم الحالات وعرض الحصص العلاجية ونتائجها لكل حالة، ونتائج التقدير القبلي، والبعدي لمقياس تقدير الذات سنقوم بمناقشة لفرضيات البحث.

* الفرضية الجزئية الأولى:

يمكن أن يكون للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي أثر ايجابي في تقبل علاج غذائي للتخفيف من الوزن لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

إن حقيقة المشكلة المشتركة بين الحالات في المجموعة المتمثلة في مرض البدانة أذابت الإحساس بالتفرد بالمسكلة، وجعلت الحالات يندمج ويتفاعلن فيما بينهم إلى درجة أنهم كون مجموعة افتراضية على شبكه التواصل الاجتماعي حتى يتمكن من التواصل فيما بينهم باستمرار، وسموها مجموعة الرشاقة وهذا ما أشار إليه رولر **Roller 1997** بقوله: "عندما تجمع الأفراد مشكلة مشتركة وتدار المجموعة طبقاً لنظرية من خلال معالج المجموعة فيقوم أفراد المجموعة بمساعدة بعضهم البعض ويدركون أن تجربتهم خاصة ويتشاركون في نفس الخبرات والتجارب بالتالي يتبدد الإحساس الفردي بالمسكلة والمعاناة، وهي تعد إحدى المتاعب المهمة في التكيف الاجتماعي، وتقبل الذات وذلك يكون بالفصل بين إحساس الآخرين والإحساس بالنفس، والتي تعد خطوة مهمة في بناء الهوية الشخصية حيث تصبح المجموعة هي أداة للشفاء فتتحسن حالة المجموعة من خلال مراحل مختلفة من التطور والتقدم في الحصص العلاجية " (Roller, 1997, p78)

ومن هذا المنطلق كانت لدى حالات الدراسة الفرصة أثناء الحصص العلاجية التعرف من خلال الحصة الأولى على محاضرة التربية العلاجية والتي تعرفت كل حالة من خلالها على الآثار السلبية للبدانة على صحتهم النفسية والجسدية وتأثير ذلك على حياتهن في المستقبل، حيث تعرفن على مؤثر الكتلة ونوعية بدانتهم، ولقد ظهر إقبال الحالات الثمانية على المعلومات أثناء المحاضرات التي تناولت الاهتمام بالجانب الجسدي وذلك من خلال التعرف على الهرمونات والسبب في اختلالها واستقرار البدانة، وكيفية استرجاع التوازن الهرموني في الجسم، والتعرف على أهمية كمية المياه التي يجب استهلاكها يوميا والتي يمكن أن تساعد في تحرير المياه المحتبسة في الخلايا الدهنية، ودور بذور الشيا في الإحساس بالامتلاء والشبع ودورها في تغذية الجسد من مختلف الفيتامينات والمعادن لكي يتفادين الإحساس بالتعب والإرهاق، وعلى أهمية زيادة النشاط البدني لتخفيف الوزن.

ولقد ساعدت وسيلة التدوين في سجل التغذية على التعرف على سلوك الأكل الانفعالي بين الوجبات الرئيسية كنتيجة لانفعالاتهن المختلفة (حزن، غضب، فرح، ملل)، وعليه بمساعدة الطالبة الباحثة تعلمن فنية تثبتت الانتباه عند إلاح الأكل والشعور في الرغبة في تناول السكريات حتى يتمكن من السيطرة على سلوكهن، وذلك بشرب الماء أولاً ثم القيام بنشاط آخر يكون من اختيارهن إما مشاهدة التلفاز، أو الخروج للتنزه، التحدث في الهاتف، الاستماع إلى القرآن، أو إلى قصص إلى آخره من الاقتراحات.

والذي رفع من حماس الحالات ودافعياتهن الخارجية لتخفيف الوزن المعرفة الخاصة بالسرعات الحرارية في مختلف المواد الغذائية وكيفية حسابها حسب الاحتياج اليومي، ولقد تعلمن الحالات كيفية المضغ الجيد عند الأكل وبطريقة بطيئة حتى يعطين الفرصة للأعصاب المتصلة بين المعدة والدماغ أن يصلها الإحساس بالشبع والامتلاء، ومراعاة الترتيب العلمي لتناول الأغذية أثناء الوجبات الرئيسية (البروتينات، الخضرا، النشويات)، بالإضافة إلى هذه المعلومات التي كان غائبة عن الحالات بخصوص التغذية الصحية والسليمة وبدون حرمان ساهمت في رفع وعيهم ورفع معنوياتهن وعزز الدافعية الداخلية بدافعية خارجية بحيث طبقت الحالات جل المعلومات في معاشها اليومي بالتغذية الصحية اليومية، جميع هذه المعلومات ساهمت في العناية بالجانب الجسدي، وتبني سلوكيات ايجابية وما يؤكد ذلك هو ظهور انخفاض الوزن التدريجي من الأسبوع الأول وتولى ذلك في الحصص الأخرى المتبقية من البرنامج العلاجي وظهر ذلك من خلال تصريحات بعض الحالات التالية: "ماكنتش فاهمه روجي"، "أنا تعلمت كيفاش نتغذى صحي بدون حرمان ورنّي نهتم بروجي، وأنا نقدر نواصل: أنا نقدر نسيطر على روجي وعندي بديل صحي للحلويات

والشكولامة الصحية، كنت نحلم ندخل في وزن تسعينات وليت نحس روعي خفيفه ورنى فرحانة بروحي"، " دروك راني كنزحف نشرب الماء، ونروح ندير حاجة أخرا المهم منكلش بين الوجبات الرئيسية، ونقصت الخبز والعجين وبطلت لمناد ورناني نستعمل بذور الشيا قبل الأكل ومرنيش نحس بالجوع، ودروك راني نحاول بش ناكل بشوية ومنسرعش فالمضيغ، وزيدت حصة ثالثة للرياضة في سمانه"، " عرضتني بنت عمي للطهارة تاع ولدها وروحت وتعشيت معاهم والمكلة كانت غنية بالدهون والنشويات والسكريات لكن أنا شربت الماء بزاف ومكليتش الخبز وما شربتش لموناد، وغدوا نقصت السعرات وكليت غير السلطنة وفواكه قليلة بش نعوض".

أما الفنيات الخاصة بالجانب النفسي فقد تعلمت الحالات تقنية الاسترخاء، وتبنته كتمارسة يومية للتخفيف من التوتر، والضغطات اليومية وساهم في تحويل الطاقة السلبية إلى شحنات ايجابية ساعدت الحالات على التكيف أمام المواقف الضاغطة، ولقد تعرفت الحالات على تأثير الأفكار والحديث السلبي الذاتي على مزاجهن وتقديرهن لذواتهن من خلال افكار وحوار ذاتي مع أنفسهن، حيث تمت معالجة هذه الأفكار وتعديلها إلى أفكار ايجابية، وكذلك تقنية " وولب Wolpe " لتوقيف الأفكار ساهمت في توقيف التفكير السلبي وتوجيهه إلى التغيير وتعديله إلى أفكار ايجابية تحسن الحالة النفسية والمزاج، كذلك ساهمت محاضرة كيفية مواجهة النقد السلبي حتى تتفادى الحالات الانفعال السلبي ومواجهته بايجابية مع مختلف الاقتراحات أثناء الحصة العلاجية، وتمت معالجة أفكار تخص المقارنة الذاتية وتسير الغضب في السيطرة على انفعالات الغضب من خلال التنفس بعمق في حالة الغضب والتفكير في المواقف ومعالجة الفائدة منه، وتعلم طرق الوقاية والسيطرة على السلوك الغذائي في حالة الانتكاس، هذه الفنيات والتقنيات ساهمت في التدريب وإعادة التعلم وتوجيه السلوك إلى سلوكيات ايجابية مرغوبة، وإلى تقييم الأحداث الضاغطة بطريقة أكثر واقعية، وهذا خفف من التوتر الناتج عن التفاعل في العلاقات الاجتماعية، وتحسين وتطوير مهارات اجتماعية في التفاعل الايجابي مع ذواتهن وبين الحالات، وفي علاقاتهن مع الآخرين، ولقد تم التصريح بذلك من خلال ما أفادتنا به بعض الحالات أثناء الحصص العلاجية بأقوالهن: "أنا إرادتي قوية"، " غادي نعلم ولادي وش تعلمت على كيفاش نواجهو النقد بطريقة مليحه"، "واه الغضب يخليني نخسر، رايحه نحاول نسيطر على روعي بالتنفس كنحس بالغضب ونحاول نُسْقِسِي ونفهم قَبْلُ"، "أنا إنسانة فريدة لا احد يشبهني ولا أشبه أحد "أنا مميزة ولا وَحْدًا تُشْبَهْلِي"، كفهت راجلي بلي النقد السلبي وزعاقه تاعه تزعفني وماتعاونيش وبلي أنا محتاجه يعاوني، دروك حبس مراهمش ينتقدني ويزعق عليا".

ولقد ساهمت المساندة والدعم النفسي من طرف أفراد العائلة إما أمهات أو إخوة أو أزواج في خلق نوع من التوازن النفسي وأثر بطريقة ايجابية على حالتهم النفسية وذلك بتصريح بعض الحالات عند تغير الوزن حيث دعمت نفسيا وماديا وكافأت الحالات بشراء ملابس أصغر في المقاس، وهذا ما يؤكد "الرشيدي" بقوله: "كلما كان هناك دعم عاطفي ومساندة من طرف الآخرين كلما قل مستوى التوتر والضغط النفسي" (الرشيدي، 1999، ص 22)

فالمعرفة بأصول التغذية الصحية وأهمية النشاط ساهم في تنميته الكفاءة والقدرة في تسيير نظام غذائي صحي ونشاط معتدل لدى الحالات وحسن لديهم تحمل التوتر، والقلق الواقع عليهم وأيضا حسن العلاقة بين مشاعر التوتر ومشاعر الذات حول القدرة والاستحقاق وهي علاقة تبادلية كما يشير إليها وايت 1963، وإيصال تقدير الذات لدى الحالات إلى القدرة أمر مهم في التنمية لتقدير الذات الايجابي، والقدرة هي مؤشر إكلينيكي ومكون نفسي هام في العلاج النفسي وهذا ما يؤكد براندن 1969 Brandon ، وايت 1963White ، ماسلو 1954 Maslow .

كما أيدت النتائج الكيفية ما انتهت إليه النتائج الكمية، وعليه يمكن القول أن للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي أثر ايجابي في تقبل علاج غذائي للتخفيف من الوزن لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة. وهذا ما تؤكدته النتائج الكمية المتوصل إليها من خلال البرنامج العلاجي والحصص العلاجية الموضحة في الجداول الموالية:

- جدول (59) يوضح تغيرات الأوزان بين الأسابيع لدى الحالات :

الحصص	الأسبوع 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
الوزن 01 كغ	112 كغ	11 كغ 1.2 كغ	110.2 كغ	108. كغ 6 كغ	107. كغ 1 كغ	105. كغ 6 كغ	103.6 كغ	102. كغ 4 كغ	101. كغ 4 كغ	100. كغ 4 كغ	100 كغ	99 كغ
02	142 كغ	14 كغ 1 كغ	140 كغ	139 كغ 1 كغ	138 كغ 1 كغ	136 كغ 1 كغ	135 كغ	134 كغ 1 كغ	133 كغ 1 كغ	132 كغ 1 كغ	131 كغ 1 كغ	130 كغ 1 كغ
03	96 كغ	94. كغ 5 كغ	93.5 كغ	92.5 كغ 5 كغ	91.5 كغ 5 كغ	91 كغ 5 كغ	90.5 كغ	90 كغ 5 كغ	89.5 كغ 5 كغ	89 كغ 5 كغ	88.5 كغ 5 كغ	88 كغ
04	105 كغ	10 كغ 3.5 كغ	102.5 كغ	101. كغ 5 كغ	100. كغ 5 كغ	99.5 كغ 5 كغ	98.5 كغ	98 كغ 5 كغ	97.5 كغ 5 كغ	97 كغ 5 كغ	96.5 كغ 5 كغ	96 كغ
05	90 كغ	89 كغ 1 كغ	88 كغ	87 كغ 1 كغ	86 كغ 1 كغ	85 كغ 1 كغ	84.5 كغ	84 كغ 1 كغ	83.5 كغ 1 كغ	83 كغ 1 كغ	82.5 كغ 1 كغ	82 كغ
06	127.5 كغ	12 كغ 7 كغ	126.5 كغ	126 كغ 1 كغ	125. كغ 5 كغ	125 كغ 5 كغ	124.5 كغ	124 كغ 5 كغ	123 كغ 5 كغ	122 كغ 5 كغ	121 كغ 5 كغ	120 كغ 5 كغ
07	92.5 كغ	91 كغ 1 كغ	90 كغ	89 كغ 1 كغ	88 كغ 1 كغ	87 كغ 1 كغ	86.5 كغ	86 كغ 1 كغ	85.5 كغ 1 كغ	85 كغ 1 كغ	84.5 كغ 1 كغ	84 كغ
08	105.5 كغ	10 كغ 4.5 كغ	103.5 كغ	102. كغ 5 كغ	101 كغ 5 كغ	100 كغ 5 كغ	99 كغ	98 كغ 5 كغ	97 كغ 5 كغ	96 كغ 5 كغ	95 كغ 5 كغ	94.5 كغ 5 كغ

* يوضح الجدول السابق تغيرات الوزن لدى الحالات بين الأسابيع، حيث انخفض الوزن تدريجيا بأوزان متباينة بين الحالات وتراوححت بين 500 غ إلى 1 كغ وإلى 1.5 كغ، هذا الاختلاف في انخفاض الوزن بين الحصص العلاجية نفسه نظرا لاختلاف عامل السن بين الحالات، وكذلك لنوعية البدانة، واختلاف النظام الغذائي الصحي المتبنى من طرف الحالات، ولتباين في النشاط الرياضي بينهم.

- جدول (60) يوضح تغيرات الأوزان ومؤشر الكتلة قبل وبعد البرنامج العلاجي لدى الحالات :

الحالات	الوزن قبل البرنامج	الطول	الوزن بعد البرنامج	الوزن المفقود	مؤشر الكتلة قبل البرنامج	مؤشر الكتلة بعد البرنامج	مؤشر الكتلة المفقود
01	112 كغ	1.60 م	99 كغ	13 كغ	43.7%	38.6%	5.1%
02	142 كغ	1.70 م	130 كغ	12 كغ	49.1%	44.9%	4.2%
03	96 كغ	1.71 م	88 كغ	8 كغ	31.8%	30.1%	1.7%
04	105 كغ	1.60 م	96 كغ	9 كغ	41.01%	37.5%	3.5%
05	90 كغ	1.70 م	82 كغ	8 كغ	31.1%	28.3%	2.8%
06	127.5 كغ	1.69 م	120 كغ	7.5 كغ	44.5%	42.1%	2.4%
07	92.5 كغ	1.58 م	84 كغ	8.5 كغ	36%	33.7%	2.3%
08	105.5 كغ	1.68 م	94.5 كغ	11 كغ	37.2%	33.5%	3.7%

..

* يوضح الجدول أهم التغيرات في الوزن لدى الحالات، حيث أن الحالة الأولى تغير وزنها من 112 كغ وأصبح 99 كغ، حيث أنها فقدت 13 كغ، وتغير مؤشر الكتلة من 43.7 % إلى 38.6% بفارق 5.1%.

أما الحالة الثانية تغير وزنها من 142 كغ وأصبح 130 كغ، حيث أنها فقدت 12 كغ، وتغير مؤشر الكتلة من 49.1 % إلى 44.9% بفارق 4.2%.

أما الحالة الثالثة تغير وزنها من 96 كغ وأصبح 88 كغ، حيث أنها فقدت 8 كغ، وتغير مؤشر الكتلة من 31.8 % إلى 30.1% بفارق 1.7%.

أما الحالة الرابعة تغيير وزنها من 105 كغ وأصبح 96 كغ، حيث أنها فقدت 9 كغ، وتغير مؤشر الكتلة من 41.01 % إلى 37.5 % بفارق 3.5 %.

أما الحالة الخامسة تغيير وزنها من 90 كغ وأصبح 82 كغ، حيث أنها فقدت 8 كغ، وتغير مؤشر الكتلة من 31.1 % إلى 28.3 % بفارق 2.8 %.

أما الحالة السادسة تغيير وزنها من 127.5 كغ وأصبح 120 كغ، حيث أنها فقدت 7.5 كغ، وتغير مؤشر الكتلة من 44.5 % إلى 42.1 % بفارق 2.4 %.

أما الحالة السابعة تغيير وزنها من 92.5 كغ وأصبح 84 كغ، حيث أنها فقدت 8.5 كغ، وتغير مؤشر الكتلة من 36 % إلى 33.7 % بفارق 2.3 %.

أما الحالة الثامنة تغيير وزنها من 105.5 كغ وأصبح 94.5 كغ، حيث أنها فقدت 11 كغ، وتغير مؤشر الكتلة من 37.2 % إلى 33.5 % بفارق 3.7 %.

هذه التغيرات في الأوزان وفي مؤشر الكتلة لدى الحالات دليل واضح على التغير الايجابي نحو انخفاض الوزن، ودليل يؤكد تقبل العلاج والنظام الغذائي، وعليه يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى تحققت بأن للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي أثر ايجابي في تقبل علاج غذائي للتخفيف من الوزن لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

* الفرضية الجزئية الثانية :

* تخفيف الوزن له أثر ايجابي في تطوير التقدير الجسدي لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

يتمثل التقدير الجسدي في: "التقييم الذاتي ومشاعر ووجهة نظر السيدة البدينة عن جسدها إيجابيا أو سلبيا"، ومن خلال النتائج الموضحة في الجدول الموالي، نلاحظ تحسنا في بعد التقدير الجسدي على مقياس تقدير الذات لدى جميع الحالات بنسب عالية كنتيجة لتغير استجابات الحالات بعد الخضوع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف الوزن، وتراوحت بين 80,00% عند الحالة رقم 05 و 186,36% عند الحالة رقم 08، وهذا دليل يؤكد على تحقق الفرضية الجزئية الثانية بأن الحصول على نتائج إيجابية في تخفيف الوزن له أثر ايجابي في تطوير التقدير الجسدي لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

- جدول (61) يوضح نسبة تحسن التقدير الجسدي، و التقدير الاجتماعي بعد البرنامج العلاجي لدى الحالات:

الحالة	التقدير الجسدي 1 قبلي	التقدير الاجتماعي 1 قبلي	التقدير 1 قبلي	التقدير الجسدي 2 بعدي	التقدير الاجتماعي 2 بعدي	التقدير 2 بعدي	نسبة تحسن التقدير الجسدي	نسبة تحسن التقدير الاجتماعي	نسبة تحسن التقدير
1	32	48	80	66	68	134	106,25%	41,67%	67,50%
2	29	34	63	62	52	114	113,79%	52,94%	80,95%
3	31	48	79	75	60	135	141,94%	25,00%	70,89%
4	32	45	77	63	59	122	96,88%	31,11%	58,44%
5	30	45	75	54	59	113	80,00%	31,11%	50,67%
6	23	44	67	55	59	114	139,13%	34,09%	70,15%
7	31	49	80	71	69	140	129,03%	40,82%	75,00%
8	22	55	77	63	70	133	186,36%	27,27%	72,73%

* الفرضية الجزئية الثالثة:

* تخفيف الوزن له أثر ايجابي في تطوير التقدير الاجتماعي لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

التقدير الاجتماعي هو تقييم السيدة البدينة عن ذاتها الاجتماعية، وذلك ايجابيا أو سلبيا، وكذلك تصورها للتقييم الذي يكونه الآخر نحوها معتمدتا في ذلك على آرائهم ونظرتهم نحوها، ومن خلال النتائج الموضحة في الجدول الموالي نلاحظ تحسنا في بعد التقدير الاجتماعي لدى جميع الحالات بنسب متفاوتة تراوحت بين 25,00% عند الحالة رقم 03، و 52,94% عند الحالة رقم 02 كنتيجة لتغير استجابات الحالات بعد الخضوع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف الوزن، وهذا دليل يؤكد على تحقق الفرضية الجزئية الثالثة بأن الحصول على نتائج ايجابية في تخفيف الوزن له أثر ايجابي في تطوير التقدير الاجتماعي لدى السيدات البدنيات.

- جدول (62) يوضح نسبة تحسن التقدير الجسدي، و التقدير الاجتماعي بعد البرنامج العلاجي لدى الحالات :

الحالة	التقدير الجسدي 1 قبلي	التقدير الاجتماعي 1 قبلي	التقدير 1 قبلي	التقدير الجسدي 2 بعدي	التقدير الاجتماعي 2 بعدي	التقدير 2 بعدي	نسبة تحسن التقدير الجسدي	نسبة تحسن التقدير الاجتماعي	نسبة تحسن التقدير
1	32	48	80	68	66	134	106,25%	41,67%	67,50%
2	29	34	63	52	62	114	113,79%	52,94%	80,95%
3	31	48	79	60	75	135	141,94%	25,00%	70,89%
4	32	45	77	59	63	122	96,88%	31,11%	58,44%
5	30	45	75	59	54	113	80,00%	31,11%	50,67%
6	23	44	67	59	55	114	139,13%	34,09%	70,15%
7	31	49	80	69	71	140	129,03%	40,82%	75,00%
8	22	55	77	70	63	133	186,36%	27,27%	72,73%

...

- الفرضية الجزئية الرابعة:

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي و البعدي في بعد التقدير الجسدي؟

لمعرفة الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الجسدي نستخدم اختبار (wilcoxon) الذي يستعمل في حالة العينتين المترابطتين ومعرفة معنوية الفروق عند مستوى دلالة 0.05.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum

التقدير الجسدي 1	8	28,75	3,991	22	32
التقدير الجسدي 2	8	63,63	7,170	54	75

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
التقدير الجسدي 2 - التقدير الجسدي 1 Positive Ranks	8 ^b	4,50	36,00
Ties	0 ^c		
Total	8		

a. التقدير الجسدي 2 < التقدير الجسدي 1

b. التقدير الجسدي 2 > التقدير الجسدي 1

c. التقدير الجسدي 2 = التقدير الجسدي 1

Test Statistics^a

	التقدير الجسدي - 2 التقدير الجسدي 1
Z	-2,521 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,012

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

أسفر الاختبار على النتائج التالية :

الفرق بين نتائج القياس القبلي والبعدي :

نتائج اختبار wilcoxon		متوسط رتب		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة
الدلالة الإحصائية P value (sig)	قيمة (Z)	الإشارات (-)	الإشارات (+)			
0.012	2.521-	4.50	0.00	3.99	28.75	8 <u>القياس القبلي</u>
P value <0.05				7.17	63.63	8 <u>القياس البعدي</u>

جدول رقم (63) : نتائج اختبار wilcoxon للعينتين المرتبطتين الخاصة بالمقارنة بين نتائج القياس

القبلي والبعدي في بعد التقدير الجسدي

التعليق: من خلال الجدول رقم (63) يتضح أن هناك متوسط حسابي قدره (28.75) مع انحراف معياري

بقيمة (3.99) بالنسبة لنتائج القياس القبلي للدرجة الكلية لبعده التقدير الجسدي، أما بالنسبة لنتائج القياس

البعدي فهناك متوسط حسابي قدره (63.63) مع انحراف معياري بقيمة (7.17)، بينما اختبار

(wilcoxon) للعينتين المرتبطتين فهناك قيمة ($Z = -2.521$) و دلالة إحصائية بقيمة (0.012) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، وعليه يوجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الجسدي لصالح القياس البعدي عند مستوى دلالة (0.05).

التفسير: بينت النتائج الموضحة في الجدول رقم (63) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين نتائج القياس القبلي والبعدي لبعـد التقدير الجسدي لصالح القياس البعدي، وهذا نفسه بنجاعة وفعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف الوزن وتنمية تقدير الذات.

* الفرضية الجزئية الخامسة:

هل توجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الاجتماعي؟

لمعرفة الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الاجتماعي نستخدم اختبار (wilcoxon) الذي يستعمل في حالة العينتين المترابطتين و معرفة معنوية الفروق عند مستوى دلالة 0.05 .

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
التقدير الاجتماعي 1	8	46,00	5,952	34	55
التقدير الاجتماعي 2	8	62,00	6,325	52	70

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
التقدير الاجتماعي 2 - التقدير الاجتماعي 1 Positive Ranks	8 ^b	4,50	36,00
Ties	0 ^c		
Total	8		

a. التقدير الاجتماعي < 2 التقدير الاجتماعي 1

b. التقدير الاجتماعي > 2 التقدير الاجتماعي 1

c. التقدير الاجتماعي = 2 التقدير الاجتماعي 1

Test Statistics^a

	التقدير الاجتماعي 2	التقدير الاجتماعي 1
Z	-2,530 ^b	
symp. Sig. (2-tailed)	,011	

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

أسفر الاختبار على النتائج التالية:

الفرق بين نتائج القياس القبلي والبعدي:

نتائج اختبار wilcoxon		متوسط رتب		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة
الدلالة الإحصائية P value (sig)	قيمة (Z)	الاشارات (-)	الاشارات (+)			
0.011	2.530-	4.50	0.00	5.95	46.00	8 <u>القياس القبلي</u>
P value <0.05				6.32	62.00	8 <u>القياس البعدي</u>

جدول رقم (64) : نتائج اختبار wilcoxon للعينتين المرتبطتين الخاصة بالمقارنة بين نتائج القياس

القبلي والبعدي في بعد التقدير الاجتماعي

التعليق: من خلال الجدول رقم (64) يتضح أن هناك متوسط حسابي قدره (46.00) مع انحراف معياري بقيمة (5.95) بالنسبة لنتائج القياس القبلي للدرجة الكلية لبعء التقدير الاجتماعي، أما بالنسبة لنتائج القياس البعدي فهناك متوسط حسابي قدره (62.00) مع انحراف معياري بقيمة (6.32)، بينما اختبار (wilcoxon) للعينتين المرتبطتين فهناك قيمة (Z= -2.530) و دلالة إحصائية بقيمة (0.011) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، وعليه يوجد فروق دالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد التقدير الاجتماعي لصالح القياس البعدي عند مستوى دلالة (0.05).

التفسير: بينت النتائج الموضحة في الجدول رقم (64) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين نتائج القياس القبلي والبعدي لبعء التقدير الاجتماعي لصالح القياس البعدي، وهذا نفسه بنجاعة وفعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف الوزن وتنمية تقدير الذات.

* الفرضية العامة:

يمكن أن يكون للعلاج المعرفي السلوكي في تطبيقه الجماعي دور إيجابي في تخفيف الوزن وتنمية تقدير الذات لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

لقد توضح من خلال مختلف النتائج الايجابية السابقة الذكر حول انخفاض الوزن وتحسن التقدير الجسدي والتقدير الاجتماعي لدى الحالات محل الدراسة، ومن خلال النتائج المتحصل عليها على مقياس تقدير الذات الموضحة في الجدول التالي:

. جدول(65) يوضح نتائج التطبيق القبلي والبعدي لمقياس لتقدير الذات والفرق بين الدرجات لدى جميع الحالات:

الحالات	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي	الفرق	التغير
الحالة الأولى	80	134	54	إيجابي
الحالة الثانية	63	113	50	إيجابي
الحالة الثالثة	78	135	57	إيجابي
الحالة الرابعة	77	121	44	إيجابي
الحالة الخامسة	75	113	38	إيجابي
الحالة السادسة	67	114	47	إيجابي
الحالة السابعة	75	140	65	إيجابي
الحالة الثامنة	77	133	56	إيجابي

* وما يتوضح من خلال النتائج في الجدول الفرق بين التطبيق القبلي، والبعدي لمقياس تقدير الذات حيث أن الفرق كان بـ 54 درجة لصالح التطبيق البعدي لدى الحالة الأولى، و بـ 50 درجة لصالح التطبيق البعدي لدى الحالة الثانية، و بـ 57 درجة لصالح التطبيق البعدي لدى الحالة الثالثة، و بـ 44 درجة لصالح التطبيق

البعدي لدى الحالة الرابعة، وبـ 38 درجة لصالح التطبيق البعدي لدى الحالة الخامسة، و بـ 47 درجة لصالح التطبيق البعدي لدى الحالة السادسة، و بـ 65 درجة لصالح التطبيق البعدي لدى الحالة السابعة، و بـ 56 درجة لصالح التطبيق البعدي لدى الحالة الثامنة، وهذه الدرجات تعتبر دليل واضح لحدوث تغير في استجابات الحالات لتقييم تقدير الذات، ودليل كذلك على تحسن مستوى تقدير الذات إلى المرتفع لدى حالات الدراسة.

وتعتبر مجمل النتائج المتوصل إليها تؤكد على فعالية البرنامج العلاجي المقدم والمتمثل في العلاج المعرفي السلوكي الذي كان ثريا في التقنيات المعرفية والسلوكية التي ساهمت بشكل مباشر وفعال في مناقشة مشكلات مشتركة، وتعلم مهارات جديدة بالإضافة للخبرات والمعلومات المقدمة لخدمة أهداف الدراسة والتي أثرت بشكل ايجابي على حالات الدراسة.

وبناء على ما تقدم هذه النتائج تتفق مع ما ذهبت إليه فرضية البحث العامة بأن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تطبيقه الجماعي دور ايجابي في تخفيف الوزن وتنمية تقدير الذات لدى السيدات اللاتي تعانين من البدانة.

وبناء على ما تم عرضه من معلومات جاءت دراستنا موافقة لما توصلت إليه الدراسات السابقة التي تناولت متغير البدانة وأثره على تقدير الذات، والتي تؤكد على أن الحالات التي تعاني من مرض البدانة تقديرها لذاتها منخفض وهذا مؤشر على صحة نفسية وجسدية سيئة وحسب مقولة سيمون دي بوفوار: " والتي تشير إلى أن فقدان الثقة بالجسد يؤدي إلى فقدان الثقة بالذات"، أي أنه كلما زاد الرضا عن الجسد كان تقدير الفرد لذاته ايجابيا والعكس صحيح، فكلما انعدم الرضا عن الجسد كلما كان تقدير الفرد لذاته سلبي، وبذلك اتفقت الدراسة الحالية مع متغيرات الدراسات الموالية: (cosh & al , 1990)، (Grubb et al, 1993)، (Foster, 1998)، (Sarwer et al, 1998)، (Pesa et al, 2000)، (Matz et al, 2002)، (Ackard et al, 2002)، (Masson, 2004)، (Tiggemann, 2005)، (Lowery et al, 2005)، (Grilo et al, 2005)، (Latha et al, 2006)، (Ivarsson et al, 2006)، (Rosenberger et al, 2006)، (Hwan, 2007)، (Ata et al 2007)، (Baird, 2007).

واختلفت الدراسات السابقة التي تناولت متغير البدانة وأثره على تقدير الذات مع الدراسة الحالية من خلال عينات البحوث المتمثلة في المراهقين الذين يعانون من البدانة، والمناهج المتبعة في البحث، والأدوات المستخدمة لقياس، أما دراسة (Grilo et al, 2005) فكانت مقارنة بين عينة الرجال والنساء راشدين

ويعانون من البدانة، كذلك عينة بحث (Lowery et al, 2005) كانت مقارنة بين الذكور المراهقين والاینات المراهقات الذين يعانون من البدانة.

ولقد اتفقت كذلك الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة التي تناولت متغير البدانة والتقدير والتقييم الاجتماعي السلبي ووصمة العار، تزايد في التمييز، والاستبعاد الاجتماعي، الضغط الاجتماعي، الضغط الإعلامي، والضغوط الكبيرة لفقد الوزن والتي ترتبط بتقدير الجسم السالب وصورة الجسم السالبة واتجاهات الطعام السالبة، وهذه المتغيرات ظهرت واضحة مع ما تعانيه حالات الدراسة الحالية في معاشها اليومي، وبذلك اتفقت الدراسة الحالية مع متغيرات الدراسات كل من دراسة (myres & hosem, 1999)، (Stice & Bearman, 2001)، (Agliata et al, 2004)، (Pattan et al 2006)، (Ata et al 2007)، (Puhl & al, 2008)، (SCHWARTZ , 1990)، (Taylor, 1998)، (Hubert, D Labarre, 2005)، (Van den Berg, Paxton, Keery et col , 2007).

واختلفت الدراسات السابقة التي تناولت متغير البدانة والتقدير والتقييم الاجتماعي السلبي ووصمة العار، تزايد في التمييز، والاستبعاد الاجتماعي، الضغط الاجتماعي، والضغوط الكبيرة لفقد الوزن والتي ترتبط بتقدير الجسم السالب وصورة الجسم السالبة واتجاهات الطعام السالبة مع الدراسة الحالية من خلال عينات البحوث المتمثلة في المراهقين والمراهقات وفي المناهج المتبعة، وأدوات القياس منها دراسات كل من (SCHWARTZ , 1990)، (Taylor, 1998)، (Stice & Bearman, 2001)، (Agliata et al, 2004)، (et al, 2004)، (Hubert, D Labarre, 2005)، (Pattan et al 2006)، (Ata et al 2007)، (Puhl & al, 2008).

ولقد اتفقت كذلك الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة التي تناولت التدخلات العلاجية ومتغير البدانة وفقدان الوزن وتأثيره الايجابي على التقييم الجسدي والتقدير الاجتماعي من خلال الدراسات التالية: (Adami et al, 1997)، (Foster et al , 1997)، (Rean , 2002)، (Ebrahim , 2003)، واختلقت هذه الدراسات مع الدراسة الحالية في العينات المدروسة والمناهج وأدوات القياس والتدخلات العلاجية لتخفيف الوزن.

واتفقت الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة التي تناولت التدخل بالعلاج المعرفي السلوكي لتخفيف الوزن وتوصلت إلى ظهور تحسن سلوكي مهم من خلال اختيار الأطعمة قليلة الدسم،

والتحكم المرن في سلوك الأكل والتعامل مع الإجهاد، خسارة أكبر بكثير لمؤشر كتلة الجسم أثناء العلاج، رفع مستوى التمارين البدنية، وسلوك الأكل الصحي مما يؤدي إلى فقدان الوزن، مواجهة وتعديل الأفكار السلبية وهذا ما تؤكدته كل من الدراسات الموالية: (Huang & al, 2007) (Grilo & al, 2011) (J Westenhofer & al, 2013) (Gohner & al, 2012) (Vanderlinden & al, 2012) (Volery & al, 2015) (Musetti & al, 2018) والتي اتفقت على أن التدخل العلاجي المعرفي السلوكي له أثر إيجابي في تخفيف الوزن وتحسن الحالة الصحية النفسية والجسدية لدى الحالات البدنية.

كانت الحالات في بداية الأمر تشكك في قدرتهن على التخلص من الوزن الزائد وكانت هناك صعوبات تواجههن في هذا المسار لعوامل عديدة كاستسلامهن لسلوكات غذائية سابقة المعتادين عليها، لكن الحاجة إلى التغيير والرغبة في تحقيق الجسد المرغوب دفعت الحالات إلى خوض التجربة وهذا ما أشار إليه "إبيشتاين" نصير النظرية المعرفية التجريبية: "أن تقدير الذات هو حاجة إنسانية أساسية للجنس البشري باعتباره مستحقاً للحب وأنه قوة دافعة تدفع الفرد للتغيير"، وعليه ساهمت المعرفة بالتغذية الصحية، وكيفية تسييرها والاهتمام والعناية بالجانب النفسي من خلال التحكم في الأفكار السلبية عزز لديهن الثقة بالنفس والإحساس بالقدرة والكفاءة بحيث كثفن جهودهن وواصلوا على المثابرة، وهن في تحسن مستمر لتحقيق الهدف المنشود للتخفيف من أوزانهن وهذا ما تؤكدته أفكار وأبحاث باندورا **Bandera** التجريبية حول القدرة والكفاءة.

وعليه فإن تكوين مشاعر وأفكار جيدة نحو الذات مقابل عمل جيد من خلال نظام غذائي صحي ونشاط مستمر، والاهتمام بالنفس والجسد من خلال هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أمد حالات الدراسة بدعامة أساسية لتحسين تقدير الذات وتخفيف الوزن، وهذا ما تؤكدته دراسات **ويليام جيمس Wiliam James** أن: "الشعور الجيد مقابل العمل الجيد يمدنا بدعامة أساسية لتحسين تقدير الذات".

* خلاصة:

لقد عملنا من خلال هذه الدراسة على توضيح أن للجسد أهمية كبيرة في نوعية الحياة سواء الفيزيائية أو النفسية للمرأة، وأن وجود جسد غير متناسق يؤثر على العديد من الخصائص النفسية والاجتماعية للمرأة، لأنه في كثير من الأحيان يعكس هوية المرأة التي تظهر في الدينامية الاجتماعية وتترتب عليه المكتسبات المتعلقة بالجمال والصحة والثقة في الذات.

لقد مست هذه الدراسة فئة محددة من المجتمع تتميز بالمعاناة من خلال إصابتها بمرض البدانة، وهذه الأخيرة أثرت على أفكار، ومشاعر، وسلوكيات الحالات بالسلبية، وعلى الوضعية الصحية النفسجسدية بالسلب، وتمثل موضوع هذا البحث في محاولة الطالبة الباحثة للمساهمة في علاج هذه الحالات، وهنا تكمن أهمية هذه الدراسة كونها عمل علاجي وليست دراسة سببية فقط، فالإجابة على كيف يمكن مساعدة هذه الفئة هو جوهر هذا العمل، فهذا البرنامج العلاجي قدم مساعدة قيمة للحالات التي تعاني من البدانة في حياتهن الشخصية.

إن حقيقة أن تضع حالات الدراسة المتمثلة في نساء بدينات في موقف يستدعي الانجاز أين يمكن أن يحققن هدف يرغبن في تحقيقه، والمتمثل في خسارة الوزن هذا ساهم في رفع الثقة بأنفسهن وفي ذواتهن وقدراتهن، ووجود يد مساعدة ساهم في الرفع من ثقتهن في أنفسهن، وذلك بأنهن وجدن نقاط مرجعية معرفية ايجابية توجههن إلى تحقيق الهدف، وذلك من خلال العناية بالجانب الجسدي بالمعرفة الخاصة بالنظام الغذائي الصحي بدون حرمان، والعناية بالجانب النفسي وذلك بالاهتمام بتعديل وتبني أفكار ومشاعر ايجابية تحسن من الحالة النفسية لديهن.

إن هذه الدراسة وضحت لي بأن العلاج النفسي ليس بالأمر السهل ويتطلب تكوينات وتربصات عديدة وأن الطريق مازال طويلا لأتوصل إلى السيطرة على قدراتي الأكاديمية، ولكن من خلال هذا العمل تمكنت من ملاحظة تغيرات على الحالات أثناء الحصص العلاجية والبرنامج العلاجي والذي مكن الحالات البدينات من اكتساب مهارات وتقنيات جديدة عززت الثقة في الذات والقدرات، ولقد أتاح هذا البحث الفرصة أمام حالات الدراسة أن يفكرن ويعدن النظر في المرض الذي يعانين منه، وفي طريقة حياتهن والهدف منها ويراجعن أنفسهن في طرق تفكيرهن التي كانت سببا مباشرا في مشاعرهن وسلوكياتهن السلبية التي كن يؤمن بها وبقناعة، فمن خلال هذا البرنامج وتعلم مهارات جديدة والتقنيات المقترحة تمكنت الحالات من تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات السلبية في حياتهن الشخصية، وهن يحققن الهدف المرغوب المتمثل في تخفيف الوزن والحصول على الجسد الرشيق.

وأخيرا للجسد المتناسق دور رئيسي في تكوين نظرة ورأي ايجابي حول الذات الجسدية وتقديرها الايجابي من طرف المرأة، ولقد لاحظنا ذلك من خلال الدراسات السابقة وما رأيناه واستنتجناه مع الحالات في هذه الدراسة، وعندما تعمقنا في هذا الموضوع تعرفنا على التأثير السلبي للبدانة والمظهر الخارجي للجسد على

تقدير الذات لدى النساء، وما يعزز هذا التأثير السلبي هو التقدير الاجتماعي السلبي والثقافة المؤيدة للجسد النحيف.

* اقتراحات:

انطلاقاً من النتائج التي توصلت إليها الطالبة الباحثة والتي تبقى محصورة في إطار الحدود البشرية والمكانية والزمنية، وضعت مجموعة من الاقتراحات التي تلخصها فيما يلي:

- إنشاء وحدات نفسية خاصة تتكفل بالأفراد الذين يعانون من البدانة، وهذا نتيجة لملاحظة الطالبة الباحثة بعدم وجود وحدات نفسية يمكنها أن تساهم في التكفل بهذه العينة وهذا المرض.

- ضرورة الاهتمام بالبرامج العلاجية المعرفية السلوكية.

- ضرورة تقديم الرعاية النفسية والصحية للبدنين سواء أطفال، مراهقين، راشدين.

- ضرورة إشراك أفراد الأسرة في العملية العلاجية.

- استخدام تقنيات أخرى في العلاج المعرفي السلوكي من أجل الرفع من درجة فعالية البرامج العلاجية المعرفية السلوكية.

- الاستفادة من هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في العيادات النفسية، ومراكز العلاج النفسي بهدف مساعدته الحالات التي تعاني من البدانة.

- القيام بدراسات تتناول عينه الذكور البدنين سواء أطفال، مراهقين، راشدين.

- عمل دراسات تتبعية بهدف التحقق من مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي على المدى الطويل لدى عينات تعاني من البدانة.

- المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي وأساليب العلاج النفسي المختلفة في التكفل بالبدانة.

- صعوبات البحث:

- قلة المراجع العربية التي تتناول مرض البدانة مما اضطرنا إلى الاستعانة بالمراجع الأجنبية وترجمتها.

- التوقف عن متابعة العمل الميداني لفترة طويلة بسبب وباء الكوفيد19.
- صعوبة التنقل في فترة الصيف مع ارتفاع درجة الحرارة في الفترة المسائية للعمل مع الحالات.
- قلة الدراسات في مجال العلاج المعرفي السلوكي وخاصة علاج البدانة.

قائمة المراجع

. مراجع باللغة العربية:

- 1- القرآن الكريم.
- 2- ابن منظور . (2003). *لسان العرب* . منشورات محمد علي بيضون، دار الكتب العلمية بيروت، لبنان.
- 3- أنس أحمد كرازون . (2003). *أمراض النفس*، دار ابن حرم للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 4- إسبي جي هوفمان . (2012). *العلاج المعرفي السلوكي*، ترجمة مراد علي عيسى، دار الفجر للنشر.
- 5- أحمد بن مرسلي . (2007). *مناهج البحث العلمي في علوم الاعلام والاتصال*، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 6- إجلال محمد سري . (2000). *علم النفس العلاجي*، عالم الكتب ، القاهرة.
- 7- أديب محمد الخالدي . (2009). *الصحة النفسية ، دار وائل للنشر، عمان*.
- 8- أحمد توفيق . (2005). *الايحاء العقلي* . دار علم للثقافة. عمان، الاردن.
- 9- احمد حسين ، ع . ا . (2006). *الشخصية، مركز الاسكندريه للكتاب، الاسكندرية*.
- 10- أسعد بم . ا . (1991) . *مشكلات الطفولة والمراهقة ، دار الأفاق، القاهرة*.
- 11 - بن حنيرة صوفية السحيري . (2008). *الجسد والمجتمع* . دار محمد علي للنشر. تونس.
- 12- بطرس حافظ بطرس . (2008). *المشكلات النفسية وعلاجها*، دار المسيرة، عمان.
- 13- بيرني كورين، بيتر رودل، ستيفن بالمر . (2008). *العلاج المعرفي السلوكي المختصر*، ترجمة مصطفى محمود، اترك للطباعة والنشر .
- 14- بيك جوديت، بيك أرون . (2007). *العلاج المعرفي الأسس والأبعاد*، ترجمة مطر طلعت، مراجعة الخرائط إيهاب، المركز القومي للترجمة.
- 15- برهوم بن ق . (1989) . *طرق دراسة الطفل*، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 16- باودن بت . ب . (2012) . *أهم 50 كتاب في علم النفس*، مكتبة جريب، السعودية.
- 17- التقديرات العربية للأهداف الإنمائية للألفية، مواجهة التحديات و نظرة لما بعد 2015، ص16

- 18- تايلور شيلي. (2008). علم النفس الصحي، ترجمة: بيرك وسام درويش، وداوود فوزي شاكرا، دار الحامد للنشر والتوزيع. عمان.
- 19 - جبر، س. س. (2008). سيكولوجية التفكير والوعي بالذات، عالم الكتب الحديث، الاردن.
- 20 - جلبرت ران. (1963). تنمية الثقة بالنفس، ترجمه محمد احمد الغانم، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- 21- حامد، ع. م. (2010). الاكتئاب وعلاقته بتقدير الذات ومعنى الحياة لدى الشباب، دار الفكر الجامعي.
- 22 - حسن الفكري منصور. (2004). كل شيء عن السمنة، دار الصفا و المروة للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 23- حسين طه عبد العظيم. (2007). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات، الاسكندرية، دار الوفاء،
- 24- حمدي عبد الله عبد العظيم. (2013). برامج تعديل السلوك، أمجاد للنشر.
- 25 - الحفني، ع. ا. (1976). موسوعة علم النفس وتحليل النفسي، دار العلم للملايين.
- 26- الخطيب محمود. (2009). واقع السمنة عند أطفال المدارس القطريين، الدوحة، قطر.
- 27- رياض نايل العاسمي. (2015). السمنة. مصر: دار النشر.
- 28- الرحمان، س. س. (1999). قياس تقدير الذات في مرحلة الطفولة، مقارنة بين أربع مقاييس، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 11، 87، 132، .
- 29- الرشيدى هارون التوفيق. (1999). الضغوط النفسية طبيعتها نظرياتها، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
- 30 - الزراد فيصل محمد خير. (2000). الأمراض النفسية. جسدية، أمراض العصر، دار النفائس، بيروت.
- 31- زيد، ا. ا. (1997). سيكولوجية الذات والتوافق، دار المعارف، القاهرة.
- 32- سليم، م. (2003). تقدير الذات والثقة بالنفس، دار النهضة العربية، بيروت.

- 33- سيد عبد الله معتز. (2000). بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية، دار غريب للطباعة، القاهرة.
- 34- صالح معاليم. (2008). محاضرات في الامراض النفسية الجسدية. ديوان المطبوعات الجامعية.
- 35- طه عبد العظيم حسين. (2007). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات، دار الوفاء للطباعة والنشر، مصر.
- 36- الظاهر بق. أ. (2010). مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق. دار وائل للنشر.
- 37- عبود دونا: تأثير زيادة الوزن عند السيدات على صورة الجسم وتقدير الذات)
(WWW.TESHREEN.ED)
- 38- عبيد مصيقر عبد الرحمان. (2010). السمنة في الوطن العربي الواقع والمأمول.
- 39- عايدة أحمد الرواجبة. (1996). السمنة مرض العصر، دار ابن زيدون. بيروت، لبنان.
- 40- عبد الستار ابراهيم، عبد الله عسكر. (2000). علم النفس الاكلينيكي، القاهرة.
- 41- عبد الله عبد العظيم. (2014). برامج تعديل السلوك. أمجاد للنشر.
- 42- عبد الله محمد عادل. (2000). العلاج المعرفي السلوكي، دار الراشد للنشر والتوزيع.
- 43- عبد المنعم الحفني. (1976). موسوعة علم النفس وتحليل النفسي، دار العلم للملايين.
- 44- علوي إسماعيل، زغبوش بن عيسى. (2009). العلاج النفسي المعرفي، عالم الكتب الحديث، الأردن.
- 45- علي عسكر. (2000). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط2، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- 46- علاوي ح. (1998). موسوعة الاختبارات النفسية للرياضيين، مركز الكتاب للنشر، مصر.
- 47- علاوي م. ح. (1994). علم النفس الرياضي، دار المعارف، القاهرة.
- 48- العاسمي ر. ن. (2015). صورة الجسد، دار الإعصار العلمي، دمشق.
- 49- الغامدي. (2011). العلاج المعرفي السلوكي، أكاديمية علم النفس.
- 50- فريد الزاهي. (1999). الجسد و الصورة و المقدس في الإسلام. إفريقيا الشرق للنشر، بيروت، لبنان.

- 51- فؤاد عبد الوهاب الشعبان. (1987). *رشاقة الجسم كيف نحافظ عليها*. شركة السندباد للنشر والتوزيع.
- 52- فؤاد عبد الوهاب الشعبان. (2015). *رشاقة الجسم كيف نحافظ عليها*. المكتبة المصرية للنشر والتوزيع.
- 53- فيصل محمد خير الزراد. (2000). *الأمراض النفسية . جسدية أمراض العصر*. دار النفائس. بيروت.
- 54- فوزي غرايبة. (2002). *أساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية*، دار وائل للنشر، الأردن.
- 55- الفحل. ن. (2009). *برامج الارشاد النفسي*، دار الفلق للنشر والتوزيع، جامعه القاهرة.
- 56- الفحل ، ن . (2004). *حوث في الدراسات النفسيه ، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة*.
- 57- فؤاد ، أ. ب. (2015). *المنجد للطالب*. بيروت، دار المشرق للنشر والتوزيع.
- 58- كوير زافرا، فاريان كريستوفر، هاوكار ديبورا. (2009). *العلاج المعرفي السلوكي للسمنة*، ترجمة:مصطفى محمود عيد، دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- 59- محمد حسن العبيد. (1995). *الثقة بالنفس لدى الطلب المدارس الحكومية في منطقه أربد التعليمية وعلاقتها ببعض المتغيرات*، رسالة ماجستير، جامعة الاردن، 1995 ن ص 5.
- 60- معمريه ،ب. (2012). *علم النفس الذات ، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر*.
- 61- معمريه ،ب. (2010). *أساسيات القياس النفسي وتصميم أدواته، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر*.
- 62- ميموني ،ب .م . (2010). *سيكولوجيه النمو والطفولة والمراهقة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر*.
- 63- ميشيلا مارزانو. (2011). *فلسفة الجسد*. المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع. لبنان.
- 64- محمد حسن علاوي. (1998). *موسوعة الاختبارات النفسية للرياضيين*، مركز الكتاب للنشر، مصر.
- 65- محمد أحمد المنياوي. (2003). *الرشاقة والجمال* ، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية. الإسكندرية.
- 66- محمد السيد عبد الرحمن. (2009). *علم الامراض النفسية والعقلية*. مكتبة زهران للشرق.

- 67- محمد حسن غانم. (2004). *الأمراض النفسية الشخصية*، المكتبة المصرية. الإسكندرية.
- 68- ميشال مونتينيكا. (2000). *أغذية التنحيف*. منشورات دار علاء الدين.
- 69- مليكة لويس كامل. (1990). *العلاج السلوكي و تعديل السلوك*، دار العلم للنشر والتوزيع.
- 70- محمد سرحان علي المحمودي. (2019). *مناهج البحث العلمي*، دار الكتب، صنعاء.
- 71- مارتين سيمونز، بيترداو. (2005). *كيف تتخلص من الضغط العصبي والقلق والاكتئاب*، دار الفاروق للنشر، مصر.
- 72- المركز الثقافي الطفولة. (2009). *واقع السمنة عند أطفال المدارس القطريين*. الدوحة.
- 73- ناصر الدين ابو حامد. (2000). *تعديل السلوك الانساني*، الجدار للكتاب العالمي للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 74- نوال السعداوي. (2022). *المرأة والجنس*، مؤسسة الهنداوي للنشر، المملكة المتحدة.

- مراجع باللغة الأجنبية:

- 75- A., Tordeurs, D & ,Reynaert, C Appart. (2007) *La prise en charge du patient obèse : Aspects psychologiques* .Aspects psychologiques.
- 76- A. P., Andono, J., Touhamy, S. H., Casper, A., Iliescu, R. G., Mauer, E & Aronne, L. J. Shukla. (2017) .Shukla, A. P., Andono, J., Touhamy, S. H., Casper, A., Iliescu, R. G., Mauer, Carbohydrate-last meal pattern lowers postprandial glucose and insulin excursions in type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 5(1 ..(*BMJ Open Diabetes Research and Care*, 5(1. ,(
- 77- Ackard ,D . , Croll , J . , Kearney – Cooke , A. (2002): *Dieting Frequency Among College Females: Association with Disordered Eating, Body Image, and Related Psychological Problems*, *Journal of Psychosom Res*, 52, (3): 129 – 36.
- 78- Agliata, D., Tantleff – Dunn, S. (2004): *The Impact of Media Exposure on Male Body Image*, *Journal of Social and Clinical Psychology*, V. 23, Issue 1, P. 7- 22.
- 79- Ata, R., Ludden, A., Lally, M. (2007): *The Effects of Gender and Family, Friends and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence*, *Journal of Youth and Adolescence*, V. 36, N. 8, P. 1024 – 1037.

- 80-- Adel Bensalem : consommation alimentaire et caractéristiques socioéconomiques des ménages, IBID , p32. (www.nutrition-santé.dz)
- 81 - Aziza smaili : l'Obésité abdominale une maladie métabolique l'insulinorésistance et le syndrome métabolique chez la femme adulte, IBID, p63(www.nutrition-santé.dz)
- 82- André, C. (2011). *Imparfait, libre et heureux (pour consulter Christoph andré.com)*. (Christoph andré.com.
- 83- André, C. (2013). *Christophe André: L'estime de soi, p 29 – 30 (fulltext Bdsp.fr, pdf)*
- 84- Amel Benkirat : L' utilisation des tisanes dans les régimes alimentaires, revue nutrition&santé, op.cit, p103. (www.nutrition-santé.dz)
- 85- Bandera, A. (1997). *Self efficacy , the exercises of control, New York, Freeman and Company, w.h , 1997, p160*.
- 86 -Bandera, A. (1983). Self évaluative efficacy mécanisme governing THE motivation EffEcT of goal systems. *Journal of personality and social psychology* .
- 87- Baird, J., McIntyre, R. and Theim, K., (2007): Effects of Dieting History Saliency on Self-Esteem and Perceived Body Image in College women Appetite, V. 49, Issue 1, P. 276.
- 88 - Bouchard, Grange Ladouceur .(1980) *Principes et applications des thérapies , éditeur Malouine , 1980 , p 8* .éditeur Malouine.
- 89- Carrard, I., Reiner, M., Haenni, C., Anzules, C., Muller-Pinget, S., & Golay, A. (2012). Approche psychopédagogique et art-thérapeutique de l'obésité. *EMC-Endoc Nut*, 9(3), 1-9.
- 90- CAROLL.MD, NAVANEEL AN-T , Brayan.S, OGDEN.CL :prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents aux états unis et au canada, NCHSDATA Brief ,No211,Hyatsville(MD), National Center For Health Statistique 2015.
- 91 - Cooper Smith, S. (1967). *Antecedent of self esteem, san fransisco freeman, 1967, p 5*. san fransisco freeman.
- 92- colette chiland .(2011) *L 'entretien clinique, Edition Quadrige, 5tirage, p 9* . Edition Quadrige.

- 93- Cour EMC .(2014) *.Approche théorique des thérapies comportementales et cognitives chez l'adulte, encyclopédie médico-chirurgicale,2014 p 40.*
- 94- Cozine Dahel –Mekhancha: Statut pondéral et pratiques alimentaires des jeunes en Algérie, IBID , p 27. (www.nutrition Santé.dz)
- collège des enseignants de nutrition .(2011-2010) *.item 267 : obésité de l'adulte.*
- 95- Daniel Lagache.(1969) *.: L'unité de la psychologie, GEOPSY.COM. psychologie interculturelle et psychothérapie ,p4 .psychologie interculturelle et psychothérapie.*
- 96- Daniel Lagache .(1979) *. Psychologie clinique et méthode clinique. Ites (tome II). Paris: P.U.F. 1979 . .Paris: P.U.F.*
- 97- DSM5 .(2015) *.DSM5 .Publié par Elsevier Masson SAS.*
- 98- D.Ph Réctor Neil A .(2010) *.Réctor Neil A, D.Ph : La thérapie cognitive comportementale, guide d'information, canada, 2010, p 2) 3 – pour consulter www.knowledgex.canh.net/pdf , . (canada) :pour consulter www.knowledgex.canh.net/pdf. (*
- 99- Ebrahim, s. d. (2003). *dieting ,body weight , body image and self esteem in young woman, 2003, p 607.*
- 100 - Etablissement public de santé de proximité EPSP Bouzareah : Etude du surpoids, de l'obésité et des facteurs associés au surpoids chez les élèves des cycles moyen scolarisés dans les collèges publics de l'EPSP .Bouzareah, P43, (www.santé.dz/epsp)pdf.
- 101- Faucand Jerome Ettale .(2010) *.éducation thérapeutique du patient . France : . Edition Arme Sophie melard.*
- 102- Forsaty. M, Rieker. A, Golay. A: Thérapie cognitive en groupe de l'estime de soi chez des patients obèses , (pour consulter www.pmse.ch).
- 103-Foster, G. (1998): Assessment of Body Image Dissatisfaction in Obese Women: Specificity, Severity and Clinical Significance, Journal of Consulting and Clinical Psychology, V. 66, Issue. 4, 651 – 654.
- 104 - Gerard Poussin .(2003) *.La pratique de l'entretien clinique, Dunod, paris, p11-12 .paris :,Dunod.,*

- 105- Guide .(2003) .*Guide d'implantation des programmes D habiletés sociales*,
[www.circm. Com/ de résolution de conflits en milieu scolaires](http://www.circm.com/de-resolution-de-conflits-en-milieu-scolaires), 2003, p2, PDF .
[www.circm. Com/ de résolution de conflits en milieu scolaires](http://www.circm.com/de-resolution-de-conflits-en-milieu-scolaires).
- 106- Garite Kathrin Westen Drew .(2001) .*Westen Drew , Garite Kathrine: Pensée, cerveau et culture, Boeck supérieur, Bruxelles,2001,p 21 , . Bruxelles: Boeck supérieur.*
- 107 - Grazia Albano. M, Muller Pinget. S, Francois Divernois. J, Crozet. C, Golay. A : Apport de la danse thérapie a l'éducation thérapeutique des patients obèses, 2012, pour (consulter www.etp-journal.org).
- 108- Gustave Mathien .(1973) .*La santé grace à la diététienne . la C.E.D.S.*
- 109 - Grubb, Hj, Sellers MI, Waligroski, K. (1993): Factors Related to Depression and Eating Disorders: Self-Esteem, Body Image and Attractiveness, *Psychol Rep.* 72 (3 pt 1): 1003 – 10.
- 110- Hwang, J., Norman, G., Zabinski, Calfas, K. and Patrick, K. (2007): Body Image and Self-Esteem Among Adolescents Undergoing an Intervention Targeting Dietary and Physical Activity Behaviors, *J Adoles Health*, 40 (3): 245-251
- 111- Hwan Kim, J. (2007): Mass Media and Self-Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies, *Clothing and Textiles Research Journal*, V. 25, N. 1, 3-23.
- 112- HAS .(2011) .*surpoids et obésité de l'adulte*) .pour consulter :
www.has.santé.fr.(
- 113- Healt, J. (2006). - Pattan, N., Kang, S., Thakur, N., and Parthi, K: State Self-Esteem in Relation to Weight Locus of Control Amongst Adolescent . *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment . Healt* , 3.
- 114- Institut canadien d'information sur la santé jeunesse vulnérable : Etude de l'obésité, et de la mauvaise santé mentale et des comportements a risque chez les adolescents au canada, Ottawa, 2009, p3, (pour consulter www.icis.ca,PDF.)
- 115- Ismard. P , Freulut ML, Mouren Mc : Obésité chez l'enfant et l'adolescent, 2008, p202 .(pour consulter :[www.medecine ups](http://www.medecine-ups)) PDF.
- 116- Jean Cottraux .(2001) .*Les thérapies cognitives et comportementales*, Masson,3 Edition, paris.
- 117- Jean Cottraux .(2007) .*Thérapie cognitive et émotion*, Masson, paris.

- 118- Jean Cottraux .(2011) Les psychothérapie Comportementales et Cognitives, 5 édition, masson, PARIS.
- 119- J , chalout , L et Ngô , T. Goulet .(215) .Guide de pratique pour le diagnostique et le traitement des troubles alimentaires) : . [www.tccmontreal , files .com](http://www.tccmontreal.com) (.
- 120- Luis vera christine M .(2006) . L' entretien en therapie comportementale et cognetive , 2ED, Dumond.
- 121- L., Mengozzi, A & ,.Tricò ,D Nesti .(2019) .Impact of nutrient type and sequence on glucose tolerance: physiological insights and therapeutic implications. *Frontiers in Endocrinology* .*Frontiers in Endocrinology*.144-10 ‘
- 122- Latha KS, S. H. (2006). : Body Image, Self-Estem and Depression in Female Adolescent College, *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment, Health*,2006, 2 (3):p78. *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment, Health* , 78.
- 123- Laurent Philipp .(2009) .*Bouger, Manger, Maigrisser !* Edition Amphora.
- 124- Marilou, B.-S. (1990). Une psychologie du corps, Paris, Presses universitaires de France, p26. *Presses universitaires de France* , 26.
- 125- Max, B. (2005). *Baggellery .Max : Child centre de groupe play with American boy at the elementary school , 2005, p391- 393.*
- 126- Manos, D. B. (2005). Body Image in Relation to Self-Esteem in a Sample of Spanish Women with Early-Stage Breast Cancer. , *Psicooncologia* , 104.
- 127- Mathien, G. (1973). *La santé grace à la diététiene* . la C.E.D.S.
- 128- M. L Filiatrault .(2014) .Traitement diététique de l'obésité :influence des comportements alimentaires et des perturbations du sommeil sur la perte de poids et de graisse corporelle. <http://central.bac-lac.gc.ca/.redirect?app=damspub&id=9578eb6f-7c38-44> .<http://central.bac-lac.gc.ca/.redirect?app=damspub&id=9578eb6f-7c38>.
- 129- M.Bonnamy et Kurtz .(2014) .*Le guide de l'obésité* . PARIS.
- 130- Marjolaine George .(2016) .La privation de sommeil fait grossir : mythe ou réalité ,? *Nutrition CliniqueMétabolisme*, Volume 30, Issue 2,P 142-153, ISSN 0985-0562 , ., *Volume 30, Issue 2,P 142-153, ISSN 0985-0562* . ,

131- Marcelo Otéro .(2003) .*Otéro Marcelo: Les règles de l'individualité contemporaine : santé Montale et société* ,presse universitaire, Laval, 2003, p 216 .
presse universitaire, Laval.

132- Naima Bouznad : Evaluation de la qualité de vie après la chirurgie bariatrique chez une population obèse morbide, revue nutrition & santé, 2015, p63. (
www.nutrition-santé.dz)

133- Nathalie rouiller .(2016) .*obésité approche et perspectives* . forum medical suisse.

134- O. Ziegler .(2014) .*L'éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse, rapport à la direction générale de l'offre de soins, 2014, p 308* .

135.- OMS , série de rapports techniques: Obésité, prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale, 2003, p 34-36, (whqlibdoc.who.int), pdf

136- Pattan, N., Kang, S., Thakur, N., and Parthi, K. (2006): State Self-Esteem in Relation to Weight Locus of Control Amongst Adolescent , J . Indian Assoc. Child Adolesc. Ment . Health, 2 (1): 31 – 34.

137- Paul N'Da .(2015) .*Paul N'Da (2015) : Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*,Edition L'HARMATTAN , Paris, p 17 .Paris: ,Edition L'HARMATTAN.

Jossey Bass publishers.

138- Roller, B (1997) : The promise of group therapy, jossey-Bass Publishers, p 78-79.

139- Récor Neil A, D.Ph : *La thérapie cognitive comportementale, guide d'information, canada, 2010, p 2) 3 – pour consulter*
www.knowledgex.canh.net/pdf .(2010) . (canada.

140-Réseau Environnement santé : Evaluation du client entre environnement chimique, obésité et Diabète, (Projet EcoD), 2012, p1, pour consulter (<http://reseau-environnement-santé-fr>).

141- Rokiah sahnoune : Adherence à la diète méditerranéenne chez des adolescents sportifs de l'ouest algérien , revue Nutrition & santé 2015 : op.cit , p 31 (
www.nutrition-santé.dz)

142- Rosenberg. (1979). *Conceiving the self*, new york basic book, 1979, p 5. new york basic book.

143- s'aimer .(2011) .*L'estime de soi, s'aimer pour être apprécié des autres,2011 ; p53, (www.regroupementbeguestmontreal.org/pd).*

144- Savard Pierre , Brillon Pascale,Dugas Miche Boutelier Geneviève .(2001) .*La thérapie cognitive et comportementale, 2001, p 96, www.stacommunication.com . www.stacommunication.com.*

145- Silke Schaudé .(2012) .*L'étude de cas en psychologie clinique, Edition Dunod, paris, p2 , .paris: Edition Dunod.*

146- Sillamy Norbert .(2003) .*Dictionnaire Psychologique .paris :Larousse . Veuf.*

147- soi .(2010) .*Améliorer l'estime de soi, p 12 (www.ummoncton.ca/psy.pdf)*

148- Sason Mirabe.(2010):*Les thérapies comportementales et cognitives : Bases théoriques et indications, annales medio-psychologique, (www.al.archives.ouverte.fr.pdf)*

149- Salima Taleb : Tour de taille augmente et facteurs de risque cardiovasculaire , IBID, p61. (www.nutrition Santé.dz)

150- Soumaia kadari : Enquete retrospective sur les abitudes et la consommation alimentaire d'une population d'adulte de l'ouest de l'algerie, op.cit , p 31 (www.nutrition Santé.dz)

151- santé, U. d. (2015). - *Université du Québec éducation de la santé, santé mentale : l'estime de soi ,PDF (www. Uquebec.ca /mental RTL) , p435.*

152- Sordello, J. (2004). *préface de Didier Descamps du sportif . , édition AMPHO.*

153- s'aimer .(2011) .*L'estime de soi, s'aimer pour être apprécié des autres,2011 ; p 53) .54 – pour consulter : www.regroupementbeguestmontreal.org/pd.Savard Pierre , Brillon Pascale,Dugas Miche Boutelier Geneviève .(2001) .La thérapie cognitive et comportementale, 2001, p 96, www.stacommunication.com . www.stacommunication.com.*

154- Sarwer, D., Wadden, T. Foster, G. (1998): Assessment of Body Image Dissatisfaction in Obese Women: Specificity, Severity and Clinical Significance, Journal of Consulting and Clinical Psychology, V. 66 (4), 651 – 654.

155- Stice, E., Bearman, S. (2001): Body Image and Eating Disturbances Prospectively Predict Increases in Depressive Symptoms in Adolescent Girls: A Growth Curve Analysis, Developmental Psychology, V. 37, N. 5, P. 597 – 607.

156- Statistics on obesity . Physical activity and Diet , the health and Social care information center part of the gouvernement statistical service , England 2015, p16-17([WWW.hSCIC.gov uk](http://WWW.hSCIC.gov.uk),pdf).

157- TCC .(2011) .*Présentation de l'approche cognitive comportementale,2011. p 173 (Lara.inist.fr/pdf)* .(Lara.inist.fr/pdf.(

158- Tugeon Lyse et Parent Sophie .(2005) .*Une approche contemporaine de la thérapie cognitive comportementale auprès des enfants et des adolescents, p 5 6 –)expert.numilop.com*) .(expert.numilop.com(

159- Tordeurs. D Appart. A .(2011) .*La prise en charge du patient obèse .*)www.Uclouvain.be/ecu.pdf.(

160- Twenge, J. a. (2001). - Twenge, J. and Campbell, W: Age and Birth Cohort Difference in Self-Esteem: A Cross-Temporal Meta-Analysis, *Personality and Social Psychology Review*,2001, V.5, N. 4. *Personality and Social Psychology Review*,2001, V.5, N. 4. , 4.

161- Westenhoefer, J., von Falck, B., Stellfeldt, A., & Fintelmann, S. (2004). Behavioural correlates of successful weight reduction over 3 y. Results from the Lean Habits Study. *International journal of obesity*, 28(2), 334-335.

162- Westenhoefer, J., Engel, D., Holst, C., Lorenz, J., Peacock, M., Stubbs, J., & Raats, M. (2013). Cognitive and weight-related correlates of flexible and rigid restrained eating behaviour. *Eating behaviors*, 14(1), 69-72-

163 - <https://www.webteb.com>, wikipedia .(2018) .*l'eau* .

164- <https://www.webteb.com>, wikipedia .(2022) .Sérotonine

الملاحق

(ملحق) الحصص العلاجية

- الحصة الأولى:

- الهدف من الحصة: التشويق والاكتشاف، لتحفيز الدافعية الداخلية للتعلم وتقوية السلوك المساهم في زيادة الدافعية للتغيير، وسيكون ذلك من خلال التعارف وكسب ثقة الحالة، التربية النفسية للحالة حول مرض البدانة، والهدف منها رفع وعي الحالة بوضعيتها الصحية وأضرارها، رفع معنويات الحالة، وتعزيز الدافعية والرغبة في التخلص من الوزن الزائد.

* الترحيب بالحالة لخلق جو من الألفة.

* فتح المجال للتعارف بين الباحثة والحالة، حيث عرفت الباحثة بنفسها وطبيعتها عملها وطبيعة الخدمة العلاجية المقدمة وعلى الدور المهم للحالة في العملية العلاجية.

* الاتفاق المسبق حول كيفية اللقاءات، والتأكيد على أهمية تنفيذ ما يطلب من واجبات منزلية مثل سجل التغذية.

* التحدث حول بعض التقنيات التي تستخدم ويتم التدريب عليها أثناء حصص البرنامج العلاجي (اقترحت الباحثة على الحالة الاختيار بخصوص الأسبقية في تناول المواضيع الخاصة بالتقنيات التي تستهدف الجانب الجسدي وتخفيف الوزن أم التقنيات التي تستهدف الجانب النفسي والأفكار السلبية).

* بدأت الباحثة بالأسئلة الخاصة بالمعلومات الشخصية.

* التأكيد على أن المعلومات الخاصة بالحالة المتحصل عليها في الحصص سوف تبقى سرية وفي ايطارها العلمي.

* التعرف على مرض البدانة وأخطارها الصحية والجسدية على الأفراد (أنظر فصل البدانة)

* تعلم كيفية حساب مؤشر الكتلة BMI، وتحديد مستوى البدانة لدى الحالة (أنظر فصل البدانة)

* الإشارة بأن البرنامج العلاجي المقترح يمكن أن يساعد على التغلب على الوضعية الراهنة وتعلم وتبني سلوكيات جديدة مرغوب فيها وتحقيق الهدف المرغوب فيه ألا وهو تخفيف الوزن.

* التعرف على كمية الماء التي يجب استهلاكها يوميا حتى يتخلص الجسم من المياه المحتبسة في الخلايا الدهنية، وجميع أعضائه من السموم والدهون المتراكمة:

- المعادلة: الوزن $\times 0.033 =$ كمية المياه حسب الاحتياج اليومي (أنظر فصل البدانة)

* ملاحظة: تشير الطالبة الباحثة إلى أن استهلاك الكمية المناسبة من الماء يُحرر الماء المخزن في الخلية الشحمية ويحدث كثرة التبول وهذا دليل على تفعيل وتنشيط عملية الحرق.

* تقديم نموذج لبذور الشيا وبذور الكتان المساعدة على الإحساس بالامتلاء وبالشبع، والشرح لكيفية الاستعمال وتقديم وثيقة تحوي معلومات تخص هذه البذور وأهم الفيتامينات والمعادن التي تحتويها لتفادي الإحساس بالتعب والإرهاق (أنظر الملحق)

* التأكيد على أهمية النشاط الرياضي.

* التعرف بأن المكافأة على التغيير الايجابي (في حالة فقدان الوزن) تساعد على تنمية مفهوم إيجابي للذات وتعزيز السلوك المرغوب حتى يتحقق الإثباع والارتياح، وينتج المزاج الايجابي والتخلص من المزاج السلبي.

* الاتفاق مع الحالة على الحصّة المقبلة.

- الحصّة الثانية:

- الهدف من الحصّة: جمع أكبر قدر من المعلومات حول تاريخ الحالة المرضي، التعرف على السلوكات الغذائية اليومية غير الصحية، التأكيد على زيادة النشاط الرياضي.

* الترحيب بالحالة.

* في هذه الحصّة تم التعرف على التاريخ المرضي، وطرحت الباحثة أسئلة حول السلوك المتعلق بالنظام الغذائي والعادات اليومية لسلوك الأكل، والأعراض المرضية الوجدانية، التاريخ الطبي للحالة، بالإضافة إلى التاريخ العائلي المرضي (انظر أسئلة المقابلة في الملحق) (أنظر تقديم حالات الدراسة الأساسية)

* التحدث مع الحالة حول أهمية رفع مستوى النشاط وفوائده على الصحة وتخفيف الوزن (من خلال الرقص أو الرياضة)

* التذكير بأهمية شرب كمية المياه حسب الاحتياج اليومي.

* الاتفاق مع الحالة على الحصّة المقبلة.

- الحصّة الثالثة:

- الهدف من الحصة: تطبيق الاستبيان لتقدير الذات تطبيق قبلي، الهدف من العقد الالتزام والاستمرارية، تقديم سجل التغذية، تدوين جمل تحفيزية وأفكار حول كيفية مكافئة النفس لتعزيز الدافعية الذاتية (انظر الملحق).
*الترحيب بالحالة.

* قامت الطالبة الباحثة بتقديم الاستبيان لتقدير الذات تطبيق قبلي، والطلب من الحالة لماذا استجابت للبنود بهذه الكيفية حتى تتمكن من جمع أكبر قدر من المعلومات.

* قامت الطالبة الباحثة بتحفيز الحالة على تدوين جمل تحفيزية وأفكار حول كيفية مكافئة النفس في حالة ما فقدت الوزن وتعليق الورقة في مكان واضح أمامها في بيتها لقراءتها ولتحفز نفسها ذاتيا ويوميا (المكافأة هي الميكانيزم الأساسي في التحكم الذاتي، فهي تساعد على تنمية مفهوم الذات الايجابي ومفهوم الاستحقاق حتى يتحقق الإشباع والارتياح وينتج المزاج الايجابي) فحسب بندورا Bandera فإنه عندما يتبع السلوك تدعيم خارجي فإنه تدعيم ذاتي (سري أو علني) يعمل على الاحتفاظ بهذا السلوك ويساعد على استمراره.

- تقديم وثيقة الالتزام العلاجي: قدمت الطالبة الباحثة الوثيقة للحالات بحيث يحتوي على تدوين أفكار حول لماذا تريد الحالات تخفيف الوزن؟، ماذا تفعل في حالة ما فقدت الوزن، وكيف تكافئ نفسها على ذلك؟ ، وتحتوي على الوزن المرغوب لفقدانه، و في أي مدة زمنية، وكيف يمكن تحقيق ذلك بهدف تحفيز الحالات وتنمية الدافعية لديهن ويكون ذلك بالاطلاع على هذه الأفكار يوميا (أنظر الملحق)

* تقديم سجل التغذية: كواجب منزلي والهدف منه تسجيل كل ما تأكله في اليوم وذلك لمناقشته في الحصة المقبلة، وهدفه المراقبة ذاتية، التقييم الذاتي، ثم التدعيم الذاتي.

* الاتفاق مع الحالة على الحصة المقبلة.

- الحصة الرابعة: مدتها 90 د

- الهدف من الحصة: مناقشة سجل التغذية، التعرف على الأكل الانفعالي (الأكل في حالة الحزن، الفرح أو الغضب أو الملل، الإحساس بالوحدة)، التعرف على الجوع الحقيقي والجوع العاطفي، التعرف على هرمون السيروتونين وعلاقته بالأكل العاطفي، تعلم تشتيت الانتباه أثناء إحاح الأكل بين الوجبات الرئيسية، تعلم المضغ البطيء، مراجعة حول كمية الماء التي يجب استهلاكها يوميا(الهدف منه تفكيك الرابط الذي يكون بين العوامل المفجرة والتغذية وذلك بتخفيف مشاعر عدم القدرة التي تشعر بها أمام العوامل المفجرة، وكذلك تحسين تقدير الذات من خلال إعادة السيطرة على التغذية وهذا يمكن الحالات من الشعور بالقدرة والسيطرة على السلوك الغذائي).

* ملاحظة: الحالات كلهن اخترن أن تقدم التقنيات التي تستهدف التكفل بالجانب الجسدي لتخفيف الوزن أولاً ثم التقنيات لتحسين الجانب النفسي ثانياً وذلك يعكس المعاناة الجسدية والنفسية التي تخلفها البدانة، وكذلك ظهور الجانب البراغماتي لتحقيق أمر ملموس من خلال تكوين ثقافة عن التغذية الصحية بهدف تخفيف الوزن.

* الترحيب بالحالات، حث المجموعة على التعارف بينهم، وتقديم أنفسهم لبعضهم البعض.

*قواعد يجب احترامها في المجموعة: أكدت الطالبة الباحثة على أن كل ما يدور داخل الجلسات العلاجية يتوجب أن يبقى سرياً وأن لا يطلع عليها أحد من خارج المجموعة، وأن تحسن الحالة يعتمد بشكل كبير على المشاركة الفعالة في العمل العلاجي، احترام مواعيد ووقت الحصص والاتصال في حالة الغياب، ضرورة الاحترام المتبادل، عدم المقاطعة والاستماع للآخر، احترام مشاعر الآخر وعدم السخرية من التعبير على الانفعالات.

*قامت الطالبة الباحثة باختيار حالة وسألته هل يمكن أن تخبرينا بعض الأمور عن نفسك وما هي الأشياء التي دفعتك للمشاركة في هذا البرنامج؟ في حدود 3 دقائق لكل حالة.

* قامت الطالبة الباحثة بشكر كل الحالات على العرض والتقديم لأنفسهن.

- مناقشة الواجب المنزلي حول سجل التغذية: قامت الطالبة الباحثة بتشجيع الحالات على التفكير والتحدث على أهم النقاط والمشاكل المشتركة التي يتشابهون فيها معاً كل على حده بحيث تتحدد المشكلات في صورها السلوكية اليومية، وتمثلت السلوكيات في:

* التعرف على سلوكيات الأكل بين الوجبات.

* مناقشة المشاعر قبل وبعد الأكل والأفكار السلبية المصاحبة لما بعد الأكل.

* وضحت الطالبة الباحثة على وجوب تقبل المشاعر وعلى وجوب تنظيمها حتى تتمكن من السيطرة عليها.

* التعرف على الجوع الحقيقي والجوع الانفعالي (قامت الطالبة الباحثة بشرح بسيط حول أنواع الجوع وكيفية تحديده، الجوع الحقيقي نشعر به عندما لا نأكل لفترة طويلة مثل رمضان ونحس بتعصر في المعدة أما الجوع العاطفي فهو اشتهاؤ مأكولات معينة مثل السكريات بين الوجبات الرئيسية)

- وأسفرت هذه المناقشة على التعرف على سلوك الأكل الانفعالي (يعني الأكل في حالة الحزن، الغضب، الفرح أو الملل)، وشرحت الطالبة الباحثة عن الأسباب التي تساهم في عدم التعبير عن المشاعر الحزن

والغضب والفرح الملل هي مشاعرنا، نأكل لتخدير عواطف ومشاعر سلبية، فالأكل العاطفي هو حيلة نفسية للتعامل مع المشاعر السلبية، والهدف منها تسكين وتخدير المشاعر السلبية، لاستعادة الهدوء والإحساس بالراحة، و حتى لا يكون الأكل العاطفي مسيطر يجب تشتيت الانتباه.

- وشرحت الطالبة معلومات حول الفراغ العاطفي ودوره في توليد الجوع العاطفي وحتى تملأ هذا الفراغ تلجأ بعض الحالات إلى الأكل كوسيلة للتفيس عن الحزن أو الغضب أو الملل.

* شرحت الطالبة الباحثة للحالات ماذا يحدث في نفسيتك عندما تشعرن بالمشاعر السلبية و ذلك بأن:

المشاعر تأتي بعد الأفكار عموماً ورؤيتك للموقف هي التي تحدد أفكارك ايجابية أو سلبية، ولما تكون لديك مشاكل تبدئين بالتفكير بطريقة سلبية وتظهر لديك مشاعر سلبية من الإحساس بالحزن أو القلق والاكنتاب بالإضافة لمشاعر الذنب ولوم الذات، وتجعلك تتبنى سلوك اندفاعي أو انسحابي بسلوكات مؤذية مثل الأكل الانفعالي أو سلوكيات انسحابية مثل إيذاء الذات أو تنسحب من سلوكيات ايجابية مثل التوقف عن الأكل أو التوقف عن التمارين الرياضية، أو التوقف عن العلاقات الاجتماعية، وعليه يجب التحكم والسيطرة على هذه الانفعالات.

* شرحت الباحثة على ضرورة التوقف عن الإحساس بالذنب ولوم الذات وتعلم تشتيت الانتباه أثناء إلاح الأكل ما بين الوجبات الرئيسية (يكون من خلال تحفيز وتفعيل عمليات التفكير لدى حالات المجموعة وذلك بممارسة نشاط غير الأكل لتفعيل حب الذات والعناية بالجسد وذلك من خلال أفكار مقترحة من الحالات)

- ووضحت الباحثة معلومات حول الهرمونات مثل هرمون الانسولين، السيروتونين ودوره في الأكل الانفعالي، التوتير وهرمون الكورتيزول، وهرمون النمو ومعدل الحرق (أنظر الجانب النظري فصل البدانة)

- الأفكار المقترحة لتشتيت الانتباه عن إلاح الأكل من طرف الحالات هي:

* شرب الماء أولاً، أو أخذ حمام، الاتصال بصديقة هاتفياً، الاهتمام بجعل النفس جذابة بوضع المكياج، غسل الأسنان، زيارة أصدقاء أو أحد أفراد العائلة، الذهاب في نزهة، مشاهدة التلفاز، تنظيف شيء في المنزل، الاستماع للموسيقى والرقص، كتابه ما يؤلمك على ورقة وتمزيقها ورميها.

- تعلم المضغ البطيء مع قطعة شوكولاتة سوداء: قامت الباحثة بتقديم قطع شوكولاتة من نوع الشوكولاتة السوداء % 70، في البداية قامت بالحالات بالالتهام السريع للقطعة، نهت الباحثة بضرورة الانتباه لعملية المضغ السريع، وأعدت الباحثة التجربة مع التذكير بأهمية عملية المضغ البطيء والإحساس بنوق الشوكولاتة بصورة بطيئة حتى تتعلم الحالات السيطرة وضبط السرعة في الأكل والاستمتاع بلذته.

* كان تفاعل المجموعة كبير جدا خاصة عندما ناقشت الطالبة الباحثة كل حالة حول سجلها الغذائي، ولقد تحمست الحالات لتطبيق ما تعلمناه في هذه الحصة في معاشهن اليومي.

* ملاحظة: اقترحت إحدى الحالات أثناء الحصة تكوين مجموعة افتراضية على شبكة التواصل الاجتماعي، حيث وافقت الحالات الأخرى على ذلك باختيار اسم المجموعة التي تخضع للعلاج (لقد تم اختيار اسم للمجموعة المتمثل في: الرشاقة، وتكوين مجموعة افتراضية عبر شبكة التواصل الاجتماعي facebook حتى تتمكن الحالات من التواصل والدعم بينهن)

* ملاحظة: اقترح إحدى الحالات تكوين مجموعة افتراضية عبر شبكة التواصل كَوْنًا ما يسمى بروح الجماعة وهذا يعزز تنمية الدافعية الخارجية لدى الحالات.

* الاتفاق مع الحالات على الحصة المقبلة.

- الحصة الخامسة والحصة السادسة: مدة كل حصة 120 د

- الهدف من الحصة:

* تعلم معلومات حول الأغذية والسرعات الحرارية وذلك لتسيير السلوك الغذائي بطريقة ذكية بدون حرمان وتخفيف الوزن.

* الترحيب بالحالات.

* تقديم وثائق تخص السرعات في مختلف الأغذية (أنظر الملحق)، تقديم وثيقة تخص المؤشر السكري في الأغذية (كمية السكر بالملعقة في بعض الأغذية) (أنظر الملحق)، تقديم نموذج لنظام غذائي صحي يومي بسرعات محدودة (انظر فصل البدانة ص).

* التعرف على بدائل الطحين الأبيض وعلى بديل الخبز، والحلويات الصحية وعرض نماذج حولها وكيفية صنعها، وتذوقها (أنظر الملحق).

* تقديم نموذج لطبق الأكل والتعرف على نوعية وكمية الأكل الواجب استهلاكها، والتعرف على الترتيب

الصحيح لعملية أكل الأغذية في الوجبات الرئيسية (البروتين أولاً، الخضار ثانياً، والنشويات أخيراً) (أنظر الجانب النظري بفصل البدانة حول دراسات سابقة تأيد الترتيب المناسب للأكل ومتى نتناول الحلويات والفواكه)

*تعلم كيفية حساب السعرات التي يحتاجها الجسم حسب النشاط اليومي وكيف نخفف الوزن من خلال السعرات (أنظر في الجانب النظري لفصل البدانة).

* التذكير بالسلوك الغذائي في الإسلام وأهم ما جاء به الرسول سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم والقرآن الكريم: " نحن قوم لا نأكل حتى نجوع وإذا أكلنا لا نشبع " ، " ما ملأ ابن آدم وعاءا شرا من بطنه، حسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه فإن كان لا محالة فتلت لطعامه وتلت لشرابه وتلت لنفسه " ، " إن من السرف أن تأكل كل ما اشتهيت " ، وقوله تعالى: " وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ " [آية 31 من سورة الأعراف] ، فديننا ينصحنا بالاعتدال في الغذاء بدون إسراف حتى لا تحدث التخممة وعسر الهضم وتوسع المعدة وبالتالي البدانة، وكذلك بدون تقتير وشح حتى لا يصاب الإنسان بأمراض مثل فقر الدم وأعراضه الصعبة.

* ملاحظة: كانت مجريات الحصة جيدة بالمشاركة الفعالة للحالات من خلال مداخلتهن وأسئلتهن الكثيرة حيث طلبنا وقتا إضافيا للتأكد أكثر من المعلومات التي عرضت عليهن، وهذا دليل على اهتمام الحالات بمحتوى الحصة حيث أجابت الطالبة الباحثة على مختلف الأسئلة مع التوضيح والشرح لإزالة الغموض.

* طلبت الباحثة من الحالات تقييم شفوي حول الحصص السابقة حول التكفل بالجانب الجسدي ومدى استفادتهن منها (كانت استجابات الحالات ايجابية وأكدن أنهن لم يكن لديهن معرفة سابقة بكل المعلومات التي عرضت عليهن، وأكدن أنهن استقدن كثيرا، وظهر فقدان الوزن مع مرور الأيام، وظهر ذلك عند الوزن في كل حصة وظهر الحماس والمنافسة بين الحالات حين لاحظن فقدان الوزن)

* تقديم واجب منزلي (كتابة الأفكار التي تراود الحالات حول السعرات والصعوبات التي تواجههن) ومناقشتها في الحصص المقبلة.

* الاتفاق مع الحالات على الحصة المقبلة.

- الحصة السابعة: مدتها 90 د

* الترحيب بالحالات.

- الهدف من الحصة: وزن الحالات وملاحظة التغيرات، إعطاء نبذة حول الاسترخاء وأهميته في تخفيف التوتر واسترجاع حالة الهدوء والسلام الداخلي وزيادة الحرق وانخفاض الوزن، تعليم الحالات تقنية الاسترخاء التدريجي للتخلص من التوتر وتمكين الحالات من إتقان مهارة الاسترخاء والهدوء والاتزان الانفعالي في المستقبل (انظر خطوات الاسترخاء في فصل البرنامج العلاجي)

* قامت الطالبة الباحثة بإعطاء نبذة حول الاسترخاء وفوائده على النفس والجسد.

* قامت الباحثة بعرض فيلم قصير المدة على اليوتيوب يوضح تقنية الاسترخاء بطريقة مبسطة.

* قامت الباحثة بتدريب الحالات على إتباع خطوات الاسترخاء تدريجياً مع إضافة موسيقى هادئة استرخائية من اليوتيوب.

* لقد حققت تقنية الاسترخاء الأهداف المرجوة منها، وذلك بسبب أنه لأول مرة تجرب الحالات هذه التقنية ولقد وجدت الحالات إحساس جميل حسب رأيهن، وحرصت الطالبة الباحثة على تذكير الحالات على وجوب ممارسة وتطبيقه يوميا، ولقد أكدن الحالات على أنهن سيمارسن هذه لتقنية في المنزل.

* وفي الأخير نصحت الباحثة الحالات بممارسة الاسترخاء قبل النوم.

* الواجب المنزلي: مراجعة ومناقشة الأفكار والصعوبات التي واجهتها الحالات التي تخص السرعات الحرارية في أنواع الأغذية.

- واجهت الحالات بعض الصعوبات في البداية لأنها لم تكن متعوده على حساب السرعات، ووزن الكميات المحددة للأكل في الغذاء والعشاء، ومن بين الأفكار التي راودت الحالات هي كالتالي:

- " شقطني غير نحسب فسرعات بزاف ونوزن فلماكلة "

- " أمي قاتلي حبسي خبز ولموناد وقاطو وكثري الماء وسبور وصايي "

- " الكميات 100 غ قليلة وسرعاتها بزاف "

- " خويا شافني نوزن فلأكل قالي تك نشوفوك لكان تنقسي "

- " راسي يقولي هد الكمية تع الماكلة تشبعني أنايا "

* قامت الباحثة بمناقشة هذه الأفكار السلبية من خلال الحوار السقراطي (*ملاحظة: يمكن الاطلاع على طريقة معالجة بعض الأفكار السلبية بالحوار السقراطي لنموذج الحالة الأولى في الملاحق).

* ملاحظة: كانت الطالبة الباحثة تعزز ايجابيا بكلمة (جيد جدا أو أحسنتي) جميع الحالات من حين لآخر وتشجع الأخريات التي تكون قليلة المشاركة في الحوار الجماعي.

- الاتفاق مع الحالات على الحصص المقبلة.

- الحصة الثامنة: مدتها 120 د

- الهدف من الحصة: وزن الحالات، مراجعة الاسترخاء لمدة قصيرة، التعرف على الأفكار السلبية حول الوزن الزائد والسعرات والنظام الغذائي، محاولة الشرح وتغيير الأفكار السلبية بأفكار إيجابية من خلال الحوار السقراطي (أنظر الفصل النظري البرنامج العلاجي)، وتعلم تقنية توقيف الأفكار السلبية لـ وولب (wolpe) انظر في الفصل النظري البرنامج العلاجي).

* الترحيب بالحالات.

* قامت الطالبة الباحثة بالتحدث حول تأثير الأفكار على المشاعر والسلوكيات، وتغيرها إلى أفكار إيجابية ترفع من معنويات الحالات.

* من أهم الأفكار السلبية التي تم معالجتها حول الجسد البدين والوزن الزائد والنظام الغذائي هي:

- وزني كبير بزاف وما رباحاش نقدر نولي كما كنت.
- وشت قدني نحسب مع هاد السعرات الحرارية بزاف عليا.
- كنكون زعفانه ولا منارفيه منقدرش نسيطر على روجي وناكل surtout كي يكون كاين حلويات فدار.
- راني نحس بالجوع بين الوجبات ونولي نتشها حاجه حلوه.
- وليت نخاف من الأغذية العالية في السعرات.
- وزني ينفس غير بالغرامات الحرق عندي قليل.
- مرات أفراد عائلتي ينتقدوني على حساب السعرات ووزن الأغذية، ويقولولي حبسي الخبز والعجين وكثري رياضة تنقسي.
- راني خايفه لكان تنفس بزاف وبتزهل جلدي.
- منقدرش نكمل ونشرب كمية كبيرة تاع الماء 2.5 ل فالنهار مشي موافه.
- الكلام تاع ناس برا على سمّيتي يجرحني ويزعفني.
- راني كارمه حياتي مين منلقاش لبسه لتعجبني وتجي قدي.
- راني نكره صورتي فالمرابه كرشي كبيرة وخارجه.

- قامت الباحثة بتعليم الحالات الحوار السقراطي مع الذات لتغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية، وتعليم الحالات طريقة وولب Wolpe لتوقيف الأفكار السلبية في حالة تكررها.

* ملاحظة: في هذه الحصة من خلال عرض وتبادل الأفكار بين الحالات وعملية التنفيس توضحت حقائق كثيرة حدثت لهن في معاشهن اليومي، وأبدت بعض الحالات الرغبة في الحديث مطولا، مما استدعى الأمر إلى اضافة نصف ساعة على الوقت المحدد.

* الاتفاق مع الحالات على الحصة المقبلة.

- الحصة التاسعة: مدتها 90 د

* الترحيب بالحالات.

- الهدف من الحصة: القيام بوزن الحالات، مراجعة الاسترخاء لمدة قصيرة، التعرف على النقد وأنواعه، التعرف على الأفكار الناقدة للذات وأثرها النفسي والانفعالي والسلوكي (الأفكار، المشاعر، السلوكيات) وتغييرها إلى أفكار ايجابية من خلال الحوار السقراطي والتذكير بطريقة وولب wolpe لتوقيف الأفكار السلبية، تعليم الحالات كيفية تسيير نقد الآخرين السلبي أمام الناس وتجنب الموقف الدفاعي والتخفيف من الإحساس بالاستياء(الهدف الرفع من تأكيد الذات)

* تحديد والتعرف على الانتقادات الذاتية الداخلية والانتقادات الخارجية التي تعرضت لها الحالات من نفسها ومن أفراد العائلة، الأصدقاء، أو الناس منها:

• أنا ماكان حاله معنديش إرادته قويه.

• أنا مشي شابه.

• أنا لطاي تاعي بابور.

• أنا راني ضايعه بالسمونيه.

• أنتيا normalement تمشي متركبيش في les taxis

• راكي تاكلي بزاف شفتي روحك كوليتي

• دري رجم راني نحشم بيك

• وليتي كُذبه

• مالكي سمنتي بزاف؟

• اقتراح الباحثة إجابات مختلفة في مختلف المواقف ومع مختلف الأفراد، وحثهم على حفظها والتدرب عليها واستخدامها في حالة النقد الخارجي منها مايلي:

* في حالة النقد العادي في أمور أخرى لا تخص البدانة: ولتوضيح ذلك لا توجد طريقة أحسن من الكشف أكثر عن نوايا الشخص وهذا لتجنب سوء التفاهم، وعليه إذا كانت نية الشخص التعبير عن إحباطاته فأحسن طريقة للرد على هذا النقد أو الحكم ووضع حد له هي أن تردي قائلة " يمكن أن تكون على حق ولكنك نسيت أن تراعي أو تأخذ بعين الاعتبار هذا وذاك " بهذه الطريقة تتقبل جزء وترفض جزء آخر من حجته وبالتالي ستجعله مرتبكا وهكذا ستحافظ على تقديرك لذاتك وتحافظ على آرائك واختياراتك، فالفائدة من هذه الإجابة وهذا النوع من رد الفعل يمكنك من الخروج بتقديرك لذاتك وهو سليم بدون أن تكون في وضعية دفاعية وبدون تفاقم الوضع.

• في حالة ناس لا أعرفهم وتنتقدي حول بدانتني: أتجاهلهم.

• في حالة أفراد أحبهم وعلاقتي بهم تهمني وينتقدونني حول بدانتني: أسأل لماذا تنتقديني؟ وأستمع له، وأجيبه بأنني بحاجة للدعم والمساعدة وليس النقد وأن هذا الأسلوب يؤذي نفسيًا.

• في حالة الأفراد المستفزة ومتواجدة باستمرار في العائلة وتنتقديني أمام الناس حول بدانتني: أسأل لماذا تنتقديني؟ هل تريد أن تتصحني أم إجراني (تُحَسَمَنِي)؟ طبعًا سيجيب المنتقد بأن قصده النصيحة، فالإجابة تكون أنا لا أحب هذا الأسلوب وإذا تكرر سيكون لدي موقف آخر، و أقول لهم النصيحة أمام الناس فضيحة والقصد منها الإحراج.

• وشرحت الطالبة الباحثة أنه عندما أذع وأعترض عن الانتقادات السلبية التي تؤدي مشاعري فهذا رد الفعل يحسن وينمي الوعي بالذات والقيمة الإيجابية لها، ويكون ذلك بوضع حدود نفسية ومكانية لنفسك ولذاتك في محيطك وذلك يكون مثلاً: بالتقليل بالتواجد والتفاعل مع الأشخاص المؤذية كل هذا لحماية الذات وتحسين الصحة النفسية حتى يتمكن الفرد من العيش بهدوء وسلام نفسي.

• وزعت الطالبة الباحثة وثائق تخص كيفية مواجهة النقد الخارجي ووضحت انه يجب حفظها
والتمرن عليها فيما بينهن حتى يتعزز تعلم المواجهة الايجابية، وأن هذا لن يكون إلا إذا
ساعدتن أنفسكن بأنفسكن.

• ملاحظة: كان التفاعل ايجابي بين الحالات في هذه الحصة خاصة عند حفظ الأفكار
المقترحة لمواجهة النقد السلبي، حيث قمن بالتدرب عليها فيما بينهن، ولقد وجدن استحسانا
لهذه الأفكار المقترحة لأن الأغلبية لا تحسن التصرف والمواجهة بإيجابية.

* الاتفاق مع الحالات على الحصة المقبلة.

- الحصة العاشرة: مدتها 90 د

- الهدف من الحصة: مراجعة الاسترخاء لمدة قصيرة، * ملاحظة: مع التقدم في الحصص كان تطبيق
الاسترخاء فعال، نظرا للتدرب المتكرر في الحصص، وكذلك التدريب عليه في البيت كواجب منزلي وهذا ما
ظهر على الحالات.

* التعرف على مواقف الغضب التي تعرضت لها الحالات، التعرف على الأفكار والمشاعر المسببة للغضب
والسلوكات الناتجة عنه ومناقشة هذه الأفكار من خلال الحوار السقراطي، تقبل مشاعر الغضب والاعتراف
بها، تعلم كيفية تسيير الغضب.

* التعرف على المقارنة الذاتية بالآخرين، التوقف عن المقارنة الذاتية بأشخاص آخرين، التحضير للحداد (أي
إخبار المجموعة باقتراب موعد نهاية الحصص العلاجية)

* الترحيب بالحالات.

* التحدث عن الغضب وكيف يحدث من خلال(الأفكار، المشاعر، السلوكات)

* شرحت الباحثة أن أفضل طريقة لتسيير غضبك هو أن تسأل نفسك ما إذا كنت ستستفيد من تفجير
غضبك: هل غضبي موجه نحو شخص جرحني عمدا وبدون سبب ؟ ، هل غضبي فيه فائدة ؟ وهل
سيساعدني للوصول إلى هدفي أم بكل بساطة سيلحق بي الأضرار ؟

- ينصح بإجراء تقييم لتكاليف فوائد الغضب :

. هل تشعر أنك بحالة جيدة ؟ ، هل أنت قادر على توصيل رسالتك ؟، هل هذا يمكنك من تحسين صورتك ؟

. هل يمكنك من الحصول على ما تحتاجه؟، ما هي أضرار غضبك؟ ، ألسنت تخاطر بفقدان علاقاتك الجيدة على المدى الطويل؟ ، هل الأمور لا تتغير؟ ، ألسنت تخاطر بفقدان الثقة في علاقاتك؟ ، هل تشعر بالذنب بعد نوبة الغضب؟ ، هل غضبك مضر ومدمر؟ ، هل غضبك يمكنك من الوصول لأهدافك؟

* وضحت الباحثة معلومات حول الغضب وما له من آثار سيئة على عدة جوانب منها:

- تغيير اللون الوجه، رعشة في الأطراف، واضطراب الحركة والكلام، هذا التوتر يؤدي إلى اضطراب في الهرمونات.

- وأما أثره في اللسان فانطلاقه بالقبائح، كالشتم، والفحش.

- وأما أثره في الأعضاء كتمزيق الملابس، وضرب الجسد وغير، وربما السقوط والعجز عن الحركة، والغشبية لشدة الغضب.

- وأما أثره في النفس والقلب كالحقد، إظهار الشماتة، والسرور لحزنه، وإفشاء الأسرار.

* تذكير الباحثة بأحاديث نبينا محمد صلى الله عليه وسلم عن الغضب.

- قواعد وطريقة تمت مناقشتها مع الحالات والتي يجب تعلمها لتسيير الغضب:

* تأخير ردود الأفعال بالسؤال (هل أنا فهمت بأنه كذا وكذا) لو الآخر سحب كلامه وشرح قصده كذا وكذا، هنا يجب أن تعطي نفسك عشر ثواني لتتمكن من الرد عليه حتى لا تتدمر.

* تغيير الكلام أو الموضوع (لان المحفز يولد الغضب وما بين المحفز والاستجابة يحدث التوتر والغضب) وعليه يجب إبعاد أو الابتعاد عن المحفز حتى تكون الاستجابة ضعيفة أو تقل حدثها)

* الاعتراف بأننا نخطئ أحيانا، وذلك لحسن إدارة الغضب حتى لا نقودنا مشاعرنا نحو سلوكيات عدائية.

* الاستنتاج المتوصل إليه من طرف الحالات: يجب أن نتحكم في أفكارنا ومشاعرنا فهذا يساهم في التقليل من استجابات وردود أفعال سلبية، فانقياد بالمشاعر يساهم في حدوث الغضب، وهذا الأخير يجعل الهرمونات يختل توازنها وتضطرب (الكورتيزول والأنسولين، وهرمون النمو) وبالتالي يؤدي إلى التوتر النفسي وتوقف الحرق ونزول الوزن بصورة بطيئة.

- التوقف عن المقارنة:

- قامت الباحثة بشرح أن الإدراك والمعرفة يبدأ من خلال توليد الأسئلة (لماذا أقارن نفسي بالأخريات) فالإدراك يجعلك تكتسبين الوعي وإدراك الفكرة التي ولدت مشاعر السلبية، فالمقارنة السلبية تولد مشاعر سلبية.

*قامت الباحثة بالشرح أنه عندما تقارنين نفسك بالآخرين فانك تضعين نفسك في فخ، فأنت تقولين لذاتك بطريقة غير مباشرة " أنك لست مميزة "، وهذا أكبر خطأ، فعندما تقارنين نفسك بالأخريات هذا الأمر يجعلك تشعرين بالضعف، إن المقارنات تبعدك عن ذاتك الأصلية ويتولد لديك شعور بالنقص والدونية، إن المقارنة هي سبب في تقلب المزاج وعدم الرضا وتوليد للصراع النفسي والألم النفسي.

* فالعلاج يكون من خلال أن أتتفس وأذكر نفسي دائما " أنا إنسانة فريدة لا احد يشبهني ولا أشبه أحد "

* قارني نفسك بنفسك أي كيف هو حالك اليوم مقارنة مع نفسك في الماضي وليس مع الآخرين، وهذا يعني أن أسعى على التحسين من نفسي.

*دائما اذكر نفسي " هناك دائما شخص أحسن مني وأقبل ذلك "

* فكلما تخفف الإنسان من هذه الأمور تتحسن الحالة النفسية ويقل لديه الإحساس بالاستياء النفسي.

*السعي دائما يأتي منك والنتيجة هي من عند الله، وهذا التوفيق والقناعة بأن التوفيق من الله يؤدي إلى الإحساس بالرضا.

* تفعيل المشاعر الامتنان أي يجب التدريب على شكر النعم.

* وعليه في الأخير لا بأس بأن أقارن نفسي بالآخر لأحسن من نفسي، ولكن أقارن نفسي الآن بنفسي سابقا يعني المقارنة الايجابية لكي أفكر وأرى هل أنا في الطريق الصحيح للتحسين من نفسي.

* ملاحظة: توصلت المجموعة إلى وجوب تسيير لحظات الغضب، أن السعي إلى التحسن أمر مهم، الاختلاف رحمة من الله، يجب الشكر والامتنان على النعم.

* وزعت الباحثة وثيقة تخص معلومات عن الغضب والمقارنة التي تم التطرق إليها في الحصة، حتى تتمكن الحالات من الرجوع إليها.

* الاتفاق مع الحالات على الحصة المقبلة.

- الحصة الحادية عشرة: مدتها 60 د

- الهدف من الحصة: الوزن، مراجعة الاسترخاء لمدة قصيرة، تعلم كيفية التوقف مع النفس وتدوين ما يمكن تدوينه للوقاية من الانتكاس (انظر الملحق الخاص بجدول في حالة الانتكاس)، للتذكير بتوزيع قوائم تحوي نصائح للتخفيف من الوزن، التحضير للحداد (أي إخبار المجموعة باقتراب موعد نهاية الحصص العلاجية)
* الترحيب بالحالات.

- تحديد المواقف التي تشكل الخطر في الانتكاس والعودة للسلوكيات الغذائية السابقة:

- أمثلة : في الشتاء عندما يزيد الوزن، كثرة الأعمال، السفر للعمل، الكثير من المطاعم، الشجار مع الشريك أو أفراد العائلة، أو مع الأولاد، أو الصديقات، عندما لا يكون لدي وقت للتمرين.

- الأعراض: أفكاري مشغولة بالأكل، أشعر بالذنب لما آكل، أتجنب بعض المأكولات، أحياناً لدي رغبة في التأكد إذا ارتفع وزني وأزن نفسي يومياً، أقرص جلد بطني مراراً وتكراراً.

- ماذا أفعل إذا اعتقدت أنه يمكن أن تكون انتكاسة وهذه اقتراحات من الباحثة للحالات:

* أتصل هاتفياً بالباحثة.

* إعادة قراءة ملخصات الأهداف والأفكار وسجل التغذية الأسبوعي، وقائمة السعرات الحرارية.

* أعيد وأكرر التمرينات التي ساعدتني في البرنامج العلاجي النفسي.

*الوزن الأسبوعي.

*الأكل المنظم والصحي، كمية الماء المحددة حسب احتياج الجسم.

*القيام بحل المشاكل إذا كان ذلك مهماً.

- قامت الباحثة بتوزيع قائمة تحوي معلومات في حالة الانتكاس.

- قامت الباحثة بتوزيع قائمة تخص نصائح غذائية لتخفيف الوزن (أنظر فصل البدانة)

- طلبت الطالبة الباحثة من الحالات تقييم شفوي حول الحصص السابقة حول التكفل بالجانب النفسي ومدى استفادتهن منها (استجابات الحالات ايجابية، وأكدن أنهن لم يكن لديهن معرفة سابقة بالاسترخاء وتقنية

توقيف وتعديل الأفكار السلبية، وأكدن أنهن استفدن كثيراً و فقدن الوزن مع مرور الأيام، وأنهن سيواصلون

ذلك حتى يصلن إلى الوزن المرغوب فيه)

- قامت الباحثة بتحضير الحالات وإخبارهن بقرب انتهاء الحصص العلاجية (الحداد)

* الاتفاق مع الحالات على الحصة المقبلة.

- الحصة الثانية عشرة: مدتها 90 د

الهدف من الحصة: القيام بوزن الحالات، تكرار ما تم تعلمه باختصار والتأكيد على الاستمرار في استعمال التقنيات المتعلمة، تطبيق استبيان تقدير الذات تطبيق بعدي.

* الترحيب بالحالات.

* تحفيز الحالات على تذكر ما تم تعلمه في الحصص العلاجية مع الباحثة وتكرار ما تم تعلمه باختصار.

*التقديم البعدي لاستبيان تقدير الذات والإجابة عنه.

* في الأخير شكرت الباحثة الحالات على تعاونهن، وعلى الالتزام والمثابرة والإصرار، وعلى تقبل البرنامج العلاجي وحصولهن على نتائج ايجابية تمثلت في انخفاض الوزن وتحسين نظرتهن ورأيهن لذواتهن وحثتهن على المواصلة.

* وأكدت في الأخير على ضرورة الإبقاء على الاتصال هاتفيا أو على شبكة التواصل الاجتماعي للمجموعة فيما بينهن(الرشاقة) ومع الباحثة في حالة حاجتهن للمساعدة بالمعلومات أو أي استفسار.

*ملاحظة: كانت هذه الحصة الأخيرة مؤثرة، وعبرت من خلالها كل حالة على تحسن الحالة الصحية النفسية والجسدية من خلال هذا البرنامج العلاجي الذي استهدف تخفيف الوزن..

(ملحق) نموذج لسيرورة الحصة والبرنامج العلاجي لدى الحالة لأولى

ظهر على الحالة الرغبة في التغيير منذ بداية الحصة الأولى فهي لديها دافع داخلي في الحصول على المعرفة بأصول التغذية الصحية وامتلاك خبرة جديدة لتحقيق بها الهدف المتمثل في الوصول إلى وزن 80 كغ، وعليه كانت في حالة نشطة لتحقيق التوازن المعرفي، فهذا الدافع الداخلي نتج عن الصحة الجسدية المهددة بالأمراض وخوف الحالة من الإصابة بها مستقبلاً بقولها: "راني خايفه مالمسكر"، وعن الرغبة في الجسد الرشيق وما يفعله من تقييمات ايجابية تعزز الثقة بالنفس وتقدير الذات الايجابي.

ولقد توضحت كذلك المعاناة النفسية لدى الحالة من خلال استجابتها لبندود مقياس تقدير الذات (التقديم القبلي) من استياء ونقد داخلي وعدم رضا عن الجسد البدين بالإضافة إلى الخوف من الأمراض المتوقعة مرض السكري ومضاعفاته، ومشاعر الغيرة من الجسد الرشيق، والمقارنة الذاتية مع الأخريات، والاستياء من نقد الآخرين.

وعند مناقشة الحالة حول سجل التغذية صرحت الحالة "فتيحة" أنها واجهت صعوبات في الأيام الأولى لتسجيل مآكله وملئ السجل اليومي لانشغالاتها المتعددة في بيتها ومع أولادها وزوجها والخياطة، ولأنها غير متعودة على سلوك الكتابة، لكن كونها كانت تشاهد ورقة الالتزام وتحقيق الهدف 80 كغ كل يوم عندما تفتح خزانة ملابسها وقرب موعد الحصة المقبلة يشعرها بأنها مقصرة في حق نفسها وأنها وعدت بالالتزام بقولها: " راني كع سامحه في روجي لازم عليا نتهلا في روجي " ، وعليه أحضرت الحالة في الحصة الرابعة 3 صفحات غير مكتملة و 4 صفحات مكتملة في التدوين حيث ناقشت الباحثة مع الحالة وبتشارك مع الحالات الأخرى حول الأكل بين الوجبات (القضم) وأكل كميات كبيرة أثناء الوجبات الرئيسية وكذلك سلوك الأكل السريع عندما جربت أكل قطعة من الشكولاتة السوداء أثناء الحصة مع الحالات الأخرى، وسلوكها الغذائي الناتج عن التعامل السلبي مع مواقف انفعالية ك (الغضب) وأن تغذيتها تعتمد على النشويات والسكريات وبسعات حرارية عالية جداً، ولاحظت أنها من خلال التسجيل اليومي لسلوك غذاءها تنامي لديها الوعي الذاتي بهذا السلوك السلبي بقولها: " ماكنتش فاهمه روجي " .

وذكرت الطالبة الباحثة بالسلوك الغذائي في الإسلام وأهم ما جاء به الرسول سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم والقرآن الكريم: " نحن قوم لا نأكل حتى نجوع وإذا أكلنا لا نشبع"، " ما ملأ ابن آدم وعاءاً شراً من بطنه، حسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه فإن كان لا محالة فتلت طعامه وتلت لشرايه وتلت لنفسه " ، " إنه من السرف أن تأكل كل ما اشتهيت " ، وقوله تعالى: " وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ " [آية 31 من سورة الأعراف] ، فديننا ينصحنا بالاعتدال في الغذاء بدون إسراف حتى لا تحدث التخمة وعسر الهضم وتوسع المعدة وبالتالي البدانة، وكذلك بدون تقتير وشح حتى لا يصاب الإنسان بأمراض مثل فقر الدم وهشاشة العظام وأعراضهم الصعبة.

وقامت الطالبة بتقديم الطبق النموذجي لكميات الأكل في الوجبات الرئيسية بحيث أنه مقسم إلى ثلاث أجزاء، حتى تتبنى الحالات هذا التقسيم الصحي للأغذية (نصف الطبق للخضر، وربع الطبق للبروتينات، والربع الأخير للنشويات، مع تحديد سعرات كل مكون وجمعها)، (أنظر الملحق للطبق النموذجي)، (أنظر ملحق السعرات الحرارية في مختلف الأغذية).

وشرحت الطالبة أهمية الترتيب الصحي لأكل الأطعمة أثناء الوجبات الرئيسية، وأكدت على وجود دراسات علمية تؤكد ذلك (البروتينات، الخضر، النشويات) (أنظر فصل البدانة)

قامت الطالبة الباحثة بتقديم قطع شكولاتة من نوع الشكولاتة السوداء % 70 للحالات حتى تتذوقها، في البداية قامت الحالات بالالتهام السريع للقطعة، نبهت الباحثة بضرورة الانتباه لعملية المضغ السريع، وأعدت الباحثة التجربة مع التذكير بأهمية عملية المضغ البطيء والإحساس بذوق الشكولاتة بصورة بطيئة حتى تتعلم الحالات السيطرة وضبط السرعة في الأكل والاستمتاع بلذته.

وشرحت الطالبة الباحثة بأن الأكل السريع يجعل الفرد يلتهم الأكل بكميات كبيرة في وقت وجيز، والدماغ تصله السيالة العصبية بالإحساس بالشبع بعد مرور 15 إلى 20 دقيقة، وعندما تُأكل الأغذية بطريقة بطيئة تستهلك كميات قليلة، ومع الوصول إلى الوقت المحدد تجد أن نفسك لم تأكل كميات كبيرة.

وقامت الطالبة بتحفيز الحالات على ضرورة تشتيت الانتباه أثناء إلاح الأكل، وذلك بالشرح على ضرورة التوقف عن الإحساس بالذنب ولوم الذات وتعلم تشتيت الانتباه أثناء إلاح الأكل ما بين الوجبات الرئيسية (يكون من خلال تحفيز وتفعيل عمليات التفكير لدى حالات المجموعة وذلك بممارسة نشاط غير الأكل لتفعيل حب الذات والعناية بالجسد وذلك من خلال أفكار مقترحة من الحالات)

- الأفكار المقترحة لتشتيت الانتباه عن إلاح الأكل من طرف الحالات هي:

* شرب الماء أولاً، أو أخذ حمام، الاتصال بصديقة هاتفياً، الاهتمام بجعل النفس جذابة بوضع المكياج ، غسل الأسنان، زيارة أصدقاء أو أحد أفراد العائلة، الذهاب في نزهة، مشاهدة التلفاز، تنظيف شيء في المنزل، الاستماع للموسيقى والرقص، كتابة ما يؤلمك على ورقة وتمزيقها ورميها.

ولقد صرحت الحالات أنهن توقفن عن الأكل بين الوجبات الرئيسية بقول إحداهن: "دروك راني كنزرف نشرب الماء بلكمية المحددة على حساب جسمي ووزني، ونروح ندير حاجة أخرا المهم منكش بين الوجبات الرئيسية، ونقصت الخبز والعجين وبطلت لمناد وراني نستعمل بذور الشيا قبل الأكل ومرنيش نحس بالجوع، ودروك راني نحاول بش ناكل بشوية ومنسرعرش فالمضيع "، وبدأ يظهر على الحالات انخفاض الوزن، وهذا جعلنا نلاحظ تغير في خطاب وتعبير الحالات وتكوين مشاعر ايجابية نحو ذواتهن بقولهن: "رانا فرحانين برواحنا".

وفي الحصة الخامسة والسادسة أظهرت الحالات حماسا حول التعرف على السرعات الحرارية وعددها في مختلف الأغذية، وكيفية حساب الاحتياج اليومي حسب احتياج الجسم والوزن وأن لا يقل عن 1000 سعرة حرارية في اليوم لتفادي مرض الأنيميا ومرض هشاشة العظام، والتقليل من الأغذية التي مؤشرا السكري عالي.

ولقد قامت الطالبة بتحضير بعض الحلويات والخبز البديل وقدمت ذلك للحالات، ولقد وجدت الحالات ماعرض عليهن من أفكار لبدائل الطحين الأبيض لصنع (الخبز والحلويات) الصحية أنها مفيدة لتخفيف الوزن دون الشعور بالحرمان وأبدین تقبلا لها حين تذوقنها أثناء الحصة وأنهن ستعتمدها في نظامها الغذائي.

وعليه تبنت الحالات من خلال التحكم في السرعات الحرارية نظام غذائي صحي وبدون حرمان وهذه المعرفة بجسدها وكيفية عمله (الهرمونات) عززت لديهن الدافعية للاستمرارية ومكنتها من السيطرة واختيار الأغذية الملائمة لنظامها الغذائي الجديد وبدأت الحالات تتواصل عبر مجموعة (الرشاقة) على شبكة التواصل الاجتماعي حول مختلف الأطباق المحضرة وقليلة السرعات، وهذا التشجيع لبعضهن البعض عزز الدافعية الخارجية ورفع من مستوى الدافعية للإنجاز وتحقيق تخفيف الوزن التدريجي لديهن، حيث صرحت الحالة " فتيحة" بقولها: " عرضتني بنت عمي للطهارة تاع ولدها وروحت وتعشيت معاهم والمكلة كانت غنية بالدهون والنشويات والسكريات لكن أنا شربت الماء بزاف ومكليتش الخبز وما شربتش لموناد، وغدوا نقست السرعات وكليت غير السلاطة وفواكه قليلة بش ندير توازن في السرعات".

طلبت الطالبة الباحثة من الحالات تقييم شفوي حول الحصص السابقة حول التكفل بالجانب الجسدي، ومدى استفادتهن منه (كانت استجابات الحالات ايجابية وأكدن أنهم لم يكن لديهن معرفة سابقة بكل المعلومات التي عرضت عليهن حول التغذية الصحية، والسرعات وحسابها وأهمية الماء وبذور الشيا، وبدائل الطحين الأبيض، وأكدن أنهم استفدن كثيرا وبدأ يظهر فقدان الوزن مع مرور الأيام لدى الحالات، وظهر ذلك عند الوزن، وفي هذا البرنامج العلاجي يعتبر الميزان تغذية راجعة ايجابية هامة حول تقدمهن في الإنجاز، عندما يتعرفن على الوزن المفقود).

وفي الحصة السابعة قامت الطالبة الباحثة بتقديم معلومات تخص تقنية الاسترخاء ودورها في استرجاع التوازن الهرموني وللتخفيف من التوتر والاهتمام بالذات، وأشارت إلى أن هناك العديد من الأبحاث العلمية التي تؤكد أن الاسترخاء له فوائد ايجابية، ففي حالة التوتر يستجيب الجهاز العصبي السامبيتاوي أي الخاص بالتوتر عن طريق إفراز هرمونات تهيب عضلات الجسم للتوتر لمواجهة خطر ما، ونتيجة ذلك تحدث تفاعلات بيولوجية عديدة منها التوتر وارتفاع ضغط الدم، وأن الاستجابات الاسترخائية تقضي على توتر العضلات وتخفف ضغط الدم وتبسط عملية التنفس وضربات القلب، وأن الاسترخاء له دور ايجابي ومهم في تغيير الكثير من الأفكار والمعتقدات السلبية التي تكون لها دور مباشر في الاضطرابات والسلوكيات الانفعالية، والاسترخاء يعزز لدى الأفراد القدرة على ضبط الذات والتحكم في التغيرات الجسمية، بحيث

يصبحون أكثر ثقة في أنفسهم وقدراتهم وينعكس عليهم بالارتياح الذاتي النفسي، وهذا يساعدهم على التعامل والتواصل المرن والحسن مع الآخرين.

ووضحت الطالبة الباحثة على ضرورة القيام بالتنفس العميق قبل القيام بخطوات الاسترخاء التدريجي حتى تكون النتيجة أكثر فعالية، وشرحت لهن أنه عندما تشعرن بالغضب أو النرفزة فإنكن بطريقة غير مباشرة ستشعرن بالتنفس السريع عن المعتاد، وهذه الأنفاس المتقطعة واللهثة تؤدي بكن إلى الشعور بالتوتر والقلق، خاصة أمام الآخرين، ويظهر ذلك باستجابات فيزيولوجية (كاحمرار الوجه والرجفة في الأطراف) وبالتالي ردود أفعال سلوكية مثل (الانسحاب، الانعزال، السكوت، أو ردود أفعال انفعالية عنيفة).

وقامت الباحثة بتوضيح تمرين التنفس بطريقة (4، 2، 8) نأخذ نفس عميق من الأنف والفم مغلق في مدة أربع ثواني ثم نحبسه لثانيتين ثم نقوم بالزفير من الفم ببطء لمدة ثمان ثواني، وقمنا بتكرار العملية عدة مرات.

بعد التأكد من استيعاب الحالات لتطبيق عملية التنفس، قامت الطالبة الباحثة بتوضيح أهمية الشروط الفيزيائية لإجراءات الاسترخاء وتتمثل فيما يلي:

مكان الاسترخاء يتميز بالهدوء مع إضاءة وتهوية جيدة ومريح للجسد (ومن الأحسن وضعية الاستلقاء على الظهر وفتح الرجلين والذراعين بالتقريب بزاوية 30 درجة).

ثم انتقلت الطالبة الباحثة إلى تعليم الحالات خطوات الاسترخاء ابتداء من عضو واحد وهو الذراع بالخطوات التالية:

* أولاً أغلقي يدك اليمنى بقوة وشدة على العضلات.

* ثانياً لاحظي التوتر والشدة في عضلات يدك اليمنى.

* ثالثاً بعد 10 ثواني افتحي يدك اليمنى وإرخها ولاحظي كيف تسترخي عضلات يدك وتثقل.

* رابعاً كرري هذا التمرين مع يدك اليسرى حتى تتعرفي على الفرق ما بين التوتر والشد العضلي والاسترخاء العضلي بعد إرخاء اليدين.

* خامساً تطبيق الشد والإرخاء العضلي على جميع أعضاء الجسم (الرجلين والأفخاذ، والظهر، والذراعين، والأكتاف، والرقبة)، مع إضافة إحياءات ايجابية تخص الامتتان حول نعمة وجود هذه الأطراف وسلامتها وذلك بالشكر والحمد لله تعالى (انظر الاسترخاء في فصل منهجية البحث)

* قامت الطالبة الباحثة بتوضيح أهمية التركيز الفكري لعملية الشد والإرخاء العضلي في حالة تشوش أو انتقال التفكير إلى موضوعات أخرى، يجب إعادة توجيه التفكير إلى التركيز على التنفس والشد والإرخاء العضلي.

* وأكدت الطالبة على الحالات أن تكرر والممارسة اليومية لعملية الاسترخاء سيجعلهن يتحكمن في أجسامهن وفي عملية الاسترخاء.

وقامت الطالبة الباحثة بعرض فيلم قصير المدة على اليوتيوب YouTube في الهاتف النقال يوضح تقنية الاسترخاء بطريقة مبسطة، وبعد ذلك تم الاستماع إلى التطبيق الذي تم تحميله وتشاركه مع الحالات من اليوتيوب YouTube حول الإسترخاء مع الموسيقى الهادئة والإيحاءات الايجابية ومحاولة تكراره، وإتباع خطواته، وذلك بهدف جعل التجربة الاسترخائية الذاتية متكاملة، والتأكيد على الحالات بممارسته يوميا خاصة قبل النوم لتحسين جودة النوم بالليل، وما يساهم به في بتخفيض نسبة هرمون الكورتيزول وهرمون الأنسولين في الدم وارتفاع نسبة هرمون النمو الذي يساهم في عملية الحرق بشكل كبير في الليل.

* ولقد قمنا بتكرار مراجعة الاسترخاء لدى الحالات في الحصص المقبلة بصورة مختصرة لتثبيت تعلمه.

في الأخير طلبت الطالبة الباحثة من الحالات تقييم شفهي حول خبرة الاسترخاء، وكانت استجابات الحالات ايجابية حول هذه الخبرة التي لم تكن تعرفنها، وأنهن استمتعن بها وشعرن بالراحة النفسية وأكدنا على أنهن سيقمن بممارستها بسهولة تطبيقها خاصة مع التطبيق الذي تم تحميله من اليوتيوب YouTube، وأهمية النفع الذي سيعود عليهن بممارسته.

* وفي نهاية هذه الحصة طلبنا من الحالات تدوين الأفكار السلبية التي تراودهن بخصوص النظام الغذائي والسعرات كواجب منزلي يجب إحضاره لمناقشته في الحصة المقبلة.

وفي الحصة الثامنة قامت الباحثة بمراجعة تقنية الاسترخاء أولاً، ثم تناول موضوع الأفكار السلبية وتأثيرها على المشاعر والسلوكيات، وما يمكن أن تخلفه من اختلال في التوازن الهرموني في الجسد حتى يتم مواجهتها وتحديها مع الحالة، وبشكل علني أمام المجموعة، وذلك بهدف مناقشة العديد من الأفكار في الحصة حتى تتدرب الحالات وتتزايد خبرتهن في الحوار والمناقشة الموضوعية للأفكار السلبية.

وشرحت الطالبة الباحثة أن (الأفكار السلبية تفعل أفكار سلبية أخرى، ثم مشاعر الضعف وقلة الحيلة وتعكير الصفو، ثم توتر وقلق نفسي، ثم مزاج حزين، وبالتالي هرمونات مضطربة، والنتيجة سلوكيات سلبية كالأكل الإنفعالي والأكل بسرعة وبكميات كبيرة، ثم الإصابة بأمراض مثل البدانة، الوهن النفسي، والاكتئاب).

وتحدثت الطالبة الباحثة كذلك عن تأثير الأفكار الايجابية على المشاعر والسلوكيات (أفكار ايجابية تفعل أفكار ايجابية أخرى، تفعيل للمشاعر الايجابية وتطبيب خاطر والإحساس بالقوة، يحدث التوازن النفسي والهدوء، وميزاج مرح، وهرمونات مستقرة ومتوازنة، والنتيجة حالة نفسية صحية جيدة).

في هذه الحصة أحضرت الحالات الواجب المنزلي المتمثل في تدوين أفكارهن السلبية بخصوص النظام الغذائي والسعرات، وتم طرحها فيما بينهن ومناقشتها مع الباحثة.

قامت الطالبة بحصر لأهم الأفكار السلبية المشتركة بين الحالات حول السعرات والنظام الغذائي وكتبتها على الصبورة حتى يزيد شعور الحالات بالعمومية ويتم إذابة الإحساس بالنفرد بالمشكلة لدى الحالات.

* ومن أهم الأفكار التي تمت مناقشتها لتغييرها إلى أفكار ايجابية ما يالي:

- " شقندي غير نحسب فلسعرات ونوزن فلماكلة بزاف عليا "

- " أمي قاتلي علاش كع هاد الحسابات حبسي خبز ولموناد وقاطو وكثري الماء وسبور وصايبي "

- " الكميات 100 غ قليلة وسعراتها بزاف "

- " خويا شافني نوزن فلأكل قالي تك نشوفوك لكان تنقسي "

- " راسي يقولي هد الكمية الصغيرة تع الماكلة تشبيني أنايا "

ولقد قامت الطالبة من خلال الحوار السقراطي والنقاش مع الحالات عن ما تخلفه هذه الأفكار من مشاعر سلبية وتخفيض للهمة والعزيمة، وعليه أحست الحالات بالتأثير السلبي لهذه الأفكار وقمنا بمساعدة الحالات على إيجاد أفكار بديلة وايجابية بقولها: " هذي الأفكار السلبية مغاديش تعاوني، أنا تعلمت ورنى نهتم بروحي، وأنا نقدر نواصل " ، هذه التجربة جعلتهن تعيد التفكير لما كانت تقوم به من سلوكات أثناء الحمية السابقة، وتعيد النظر فيما كانت تؤمن به من أفكار نحو ذواتهن وقدراتهن بأنهن فاشلات وليس لديهن الإرادة في الاستمرار، وهذا من خلال الحوار الذي دار بين الطالبة والحالات كل واحدة على حدى بهدف مواجهتها وتغييرها لأفكار ايجابية، وتوضح ذلك من خلال النموذج التالي:

(الطالبة): ماهي الفكرة التي تكررت لديك وقلتها لنفسك حول النظام الغذائي والسعرات الحرارية، منفضلك أكتبيها على الصبورة؟

(الحالة): في البدو الفكرة لي كنت نقولها لنفسي هي " شقندي غير نحسب فلسعرات ونوزن فلماكلة بزاف عليا "

(ط): هل هذه الفكرة ايجابية أم سلبية؟

(ح): هي سلبية.

(ط): أخبريني عن المشاعر التي تولدها هذه الفكرة السلبية "كيفاش تحسي روحك".

(ح): نحس بمشاعر مّشي مّلاخ نحس روجي مقلقه فشلائه ومّشي قاده.

(ط): هذه المشاعر سلبية أم ايجابية؟

(ح): واه سلبية.

(ط): وعندما تشعرين بهذه المشاعر السلبية ماذا كنت تفعلين؟

(ح): كنت حَظَرَاتٌ مَنَحَسَبُشِ السعرات.

(ط): عندما تقولين في نفسك فكرة "شقدني غير نحسب فلسعرات ونوزن فلماكلة بزاف عليا" تشعرين بعد ذلك مباشرة بمشاعر "مَثِي مَلَاخٌ وتحسي روحك مقلقه فشَلَانَةٌ وَمَثِي قَادَه" وبعد ذلك يكون رد فعلك بالتخلي أو الإنسحاب من حساب السعرات، أليس كذلك؟

(ح): واه.

(ط): هل لاحظت أنه الفكرة السلبية تولد مشاعر سلبية وعليه النتيجة هي سلوك سلبي.

(ح): واه التفكير السلبي هو لي راه يخلي مشاعري مشي مليحه ومنبعد سلوكي يولي سلبي.

(ط): هل هذا التفكير والمشاعر والسلوك السلبي يساعدك ويدعمك ويرفع معنوياتك في تجربتك الحالية لتتخفيف الوزن؟

(ح): الأفكار والمشاعر والسلوك السلبي مَيَسَاعُدُونِيش وَيَخَلُو morali طَايْحٌ وَيَفْشَلُونِي.

(ط): أشكرك لأنك استطعت التوصل إلى هذا الاستنتاج، بأن الأفكار السلبية تولد مشاعر سلبية وبالتالي سلوكيات سلبية لا تساعدك في تحقيق ماتريدين أي تخفيف الوزن.

(ط): في هذا المثال توصلنا من خلال الحوار والنقاش إلى أن الأفكار السلبية هي السبب في توليد المشاعر السلبية والنتيجة سلوكيات السلبية، وهذا يجعلك في حالة مستمرة من التوتر، وعليه الخطوة الثانية هي تحدي الأفكار السلبية وتغييرها لأفكار ايجابية تساعدك على تفعيل مشاعر ايجابية وبالتالي الاستقرار على سلوك ايجابي يساعدك على تحقيق ما ترغبين به أي تخفيف الوزن.

(ط): والآن أريد منك إيجاد فكرة ايجابية عكس الفكرة السابقة.

* وعليه بدأت الحالة بالتفكير ماذا يمكن أن تقول لنفسها، وفي الأخير اختارت الفكرة التالية:

(ح): أنا تعلمت كَيْفَاش نَتَعَدَّى صِحِي بدون حرمان وَرَنِي نَهْتَمُ بِرُوجِي، وأنا نَقْدَرُ نُوَاصِل.

وقامت الباحثة بتحفيز الحالات على تذكر أفكار سلبية أخرى حول الحمية أو البدانة، ومناقشتها من خلال الحوار السقراطي (هل هذه الفكرة ايجابية أم سلبية؟ هل هذه الفكرة تكون لدي مشاعر سلبية؟ هل هذه الفكرة تساعدني في مساري لتخفيف الوزن؟) وبعد ذلك تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية مثال: "منقدرش نسيطر على روجي كنشوف الحلويات، تغييرها بفكرة ايجابية: "أنا نقدر نسيطر على روجي وعندي بديل صحي للحلويات والشكولاتة الصحية".

وعلمت الطالبة الباحثة الحالات طريقة وولب Wolpe لتوقيف الأفكار السلبية في حالة إلحاح هذه الأفكار باستعمال المطاط(أنظر فصل المنهجية)

في الأخير وضحت الطالبة أنه يجب مواجهة الأفكار السلبية دائماً وتحديها، حتى يكون التركيز والأفكار موجّهين إلى الهدف المتمثل في تخفيف الوزن.

في الحصة التاسعة قامت الطالبة الباحثة بمراجعة تقنية الاسترخاء أولاً بطريقة مختصرة، ثم عرضت موضوع حول النقد وأنواعه (النقد الذاتي السلبي الداخلي، نقد الآخرين) وأثره السلبي على الذات والقدرات وكيفية تسيره وتجنب الموقف الدفاعي والتخفيف من الإحساس بالاستياء (الهدف الرفع من تأكيد الذات).

* حفزت الطالبة الباحثة الحالة على تذكر نقد تقوله لذاتها وأفادتنا بمثال وهو: "أنا مكان حالة معنديش إرادة"، وناقشت الطالبة هذا النقد مع الحالة من خلال الحوار السقراطي، وتم تغيير هذا النقد السلبي إلى فكرة تدعم وتعزز بها ذاتها كالتالي: "أنا إرادتي قوية"، وفي حالة إلحاح أو ظهور هذا النقد مجدداً نصحنا الحالات بتوقيفه عن طريق تقنية Wolpe التي تعلمناها في الحصة السابقة.

قامت الطالبة الباحثة بتنشيط وتحفيز الحالات على تذكر بعض الانتقادات الداخلية التي تقولها لذاتها والانتقادات الخارجية التي تعرضت لها من أفراد العائلة، الأصدقاء، أو الناس منها:

* الانتقادات الداخلية الذاتية:

- أنا ماكان حاله معنديش إرادته قويه.
- أنا مشي شابه.
- أنا لطاي تاغي بابور.
- أنا راني ضايغه بالسمونيه.

* انتقادات الآخرين:

- أنتيا normalement تمشي متركبيش في les taxis .
- راكي تاكلي بزاف شفتي روحك كوليتي.
- دري رجم راني نحشم بيك.
- وليتي كُدبه.
- مالكي سمنتي بزاف؟

- مناقشة النقد الذاتي مع حالة وإعادة تطبيقه مع الحالات الأخرى:

* طلبت الطالبة من الحالة الكتابة على الصبورة فكرة تخص النقد الذاتي الذي تقوله لنفسها لمناقشته ومواجهته واستبداله بفكرة ايجابية.

(الطالبة): من فضلك أكتبي على الصبورة النقد الذاتي سواء (داخلي أو شفوي) الذي تقولينه لنفسك.

(الحالة): قامت الحالة بكتابة " أنا ماكان حاله معنديش إرادته قويه"

(ط): أنظري إلى هذه الكلمات جيدا، ماهو نوعها؟ هل هي كلمات ايجابية أم سلبية؟

(ح): هي سلبية بالتأكيد.

(ط): وعندما تقولين هذه الكلمات السلبية على ذاتك داخليا في نفسك أو خارجيا ما هي المشاعر التي تحسین بها؟

(ح): نحس روعي زعفانه ونحس بضيق في صدري.

(ط): هذه المشاعر بالنسبة إليك هي ايجابية أم سلبية؟

(ح): واه هي سلبية.

(ط): وعندما تشعرين بالحزن والضيق في صدرك ماذا تفعلين؟

(ح): نُؤلي نَحْسُ بِالكَرْهَةِ وَنَبْقَى غَيْر نُنْسَفُ وَمِنْ بَعْد نُؤلي نَحْوَسُ عَلَى حَاجِهِ حُلُوهُ نَاكَلَهَا.

(ط): وعندما تأكلين الشيء الحلو ماذا يحدث؟

(ح): نولي نحس بالراحة Natcalma.

(ط): هل لاحظت أنه كلما قلت في نفسك كلمات سلبية ونقد ذاتي سلبي توجهينه لذاتك بقولك " انا مكان حاله "، تحسین بعده بمشاعر سلبية بالحزن والإحساس بالكره والملل، وبعد ذلك يتوجه سلوكك إلى البحث عن شيء حلو المذاق لتأكله، حتى تشعرين بالراحة والهدوء النفسي، وكلما تكررت هذه الانتقادات السلبية تتعزز دائما مشاعر سلبية وبالتالي سلوكيات متكررة للأكل وتيقين في دوامة الأكل واستقرار للبدانة.

(ح): مكننش نحس بروحي بلكلام لي كنت نقوله لنفسي، وكنت ناكل وصايي بش نرتاح، لازم نغير هاذ الكلام السلبي، درك رني نتعلم كيفاش نهدر مع روعي بطريقة ايجابية.

(ط): أريد منك الآن أن تخبريني ماهو دليلك على أن هذا النقد "أنا مكان حاله" هو عقلائي وحقيقي في واقعك وفي حياتك.

(ح): على خاطر درت بزاف أنواع الرجيمات بش ننقص ومقدرتش نواصل.

(ط): وهل كل شيء أحببت أن تقومي به في حياتك لم تقدرتي على أن تواصلتي فيه وتتجحي فيه؟

(ح): لا، كاين حوايج حقتهم في حياتي كما البكالوريا اجتهدت ونجحت وتاني مكنتش نعرف الخياطة وكنت نبيغها وجتهدت وتعلمتها ودرك عندي ناس بزاف نخدم معاهم وندخل دراهمي.

(ط): هذه الكلمات معناها أنك لو اجتهدت في ممارسة نمط الحياة الجديد وتغذية صحية بدون حرمان مع ماتعلمته معنا بكل ما يخص التغذية الصحية وعدد السعرات المحددة وكمية الماء المحددة، واستخدام بذور الشيا كمكمل غذائي وعامل مساعد على الإحساس بالشبع، وممارسة الرياضة وزيادة النشاط في المنزل، ستقدين وستواصلين وستتجحين في تحقيق ما تتمنيتيه منذ زمن جسد رشيق وخفيف.

(ح): واه نقدر.

(ط): شكرا لك لأنك توصلتي لهذا الاستنتاج، الآن يجب أن نعدل ونغير هذا النقد السلبي إلى توكيدات ايجابية تخدم حالتك النفسية والصحية، وتدعم سلوكك في إتباع نظام غذائي صحي بدون حرمان ويكون هو نمط حياتك.

(ح): كتبت الحالة على الصبورة " أنا ارادتي قوية "

(ط): هذا التوكيد الايجابي أنصحكي أن تقولييه لنفسك دائما وأبدا داخليا وشفهيا لتعزيز ذاتك ولرفع معنوياتك، وبهذه الطريقة تركيزك يكون موجه نحو تحقيق الهدف وهو تخفيف الوزن.

وبعد ذلك انتقلنا إلى تعلم كيفية تسيير نقد الآخرين في حالة ناس لا تعرفهم، ومع ناس تحبهم وتهمها علاقتها بهم، وفي حالة الأفراد المستفزة(انظر فصل المنهجية والحصص العلاجية)، والتأكيد على الحالة والحالات الأخرى حفظ هذه المعلومات في هذه الحصة وتطبيقها مع بعضهن البعض في حالة مواجهة النقد واستخدامها عندما تستدعي الضرورة.

ولقد توضح من خلال الحوار مع الحالات أنهن يواجهن نقد الآخرين إما بالانفعال الشديد أو السكوت والانسحاب وهذه أمثلة عن ذلك: " راجلي يزعق عليا وعلى سمنيتي وخطرات نزعف ومنتارفا ونزكي معاه"، " نزعف بزاف مين ينتقدوني على جسمي خاصة أمي وأخي وبعض أفراد العائلة نسكت ومنردش أعليهم"

وشرحت الطالبة الباحثة أنه عندما أذفع وأعترض عن الانتقادات السلبية التي تؤدي مشاعري فهذا رد الفعل يحسن وينمي الوعي بالذات والقيمة الايجابية لها، ويكون ذلك بوضع حدود نفسية ومكانية لنفسك ولذاتك في محيطك وذلك يكون مثلا: بالتقليل بالتواجد والتفاعل مع الأشخاص المؤذية كل هذا لحماية الذات وتحسين الصحة النفسية حتى تتمكن الحالات من العيش بهدوء وسلام نفسي.

* وشرحت الطالبة بكتابة أنواع النقد على الصبورة وفي أي حالة كما يلي:

* في حالة ناس لا أعرفهم وتنتقدني حول بدانتني: رد الفعل هو: أتجاهلهم.

* في حالة النقد العادي في أمور أخرى لا تخص البدانة: ولتوضيح ذلك لا توجد طريقة أحسن من الكشف أكثر عن نوايا الشخص وهذا لتجنب سوء التفاهم، وعليه إذا كانت نية الشخص التعبير عن إحباطاته فأحسن طريقة للرد على هذا النقد أو الحكم ووضع حد له هي أن تردي قائلة " يمكن أن تكون على حق ولكنك نسيت أن تزاعي أو تأخذ بعين الاعتبار هذا وذاك " بهذه الطريقة تتقبل جزء وترفض جزء آخر من حجته، وبالتالي ستجعله مرتبكا وهكذا ستحافظ على تقديرك لذاتك وتحافظ على آرائك واختياراتك، فالفائدة من هذه الإجابة وهذا النوع من رد الفعل يمكنك من الخروج بتقديرك لذاتك وهو سليم بدون أن تكوني في وضعية دفاعية وبدون مشاعر سلبية وتفاقم الوضع.

* في حالة الأفراد المستفزة ومتواجدة باستمرار في العائلة وتنتقني أمام الناس حول بدانتني: أسأل لماذا تنتقني؟ هل تريد أن تتصحني أم إخراجي (تَحْشَمْنِي)؟ طبعاً سيجيب المنتقد بأن قصده النصيحة.

وعليه قامت الطالبة بتقديم اقتراح إجابة وتكون: " أنا لا أحب هذا الأسلوب وإذا تكرر سيكون لدي موقف آخر، و أقول لهم النصيحة أمام الناس فضيحة والقصص منها الإحراج" وطلبت الطالبة من الحالات حفظه عن ظهر قلب لاستخدامه عندما تقتضي الضرورة.

قامت الطالبة بالحوار مع الحالات بخصوص نقد الآخرين حول بدانتهم والذين تحبهن ويهمهن أمرهم وكيفية مواجهته، حتى لا تكن في موقف دفاعي أو انفعالي وتتفادى مشاعر الاستياء من النقد ويكون تأثيره مقبول، وتمثل النقد في: " راكي تاكلي بزاف" " شفتي روحك كوليتي ".

طلبت الطالبة من الحالات أن يتعلمن كيف يواجهن هذا النوع من النقد بطرح أسئلة مثل: أسأل لماذا تنتقني؟ وأستمع له، والإجابة تكون: " إنني بحاجة للدعم والمساعدة وليس النقد السلبي وأن هذا الأسلوب يؤذي نفسي"، وطلبت الطالبة من الحالات حفظه عن ظهر قلب لاستخدامه عندما تقتضي الضرورة.

طلبت الطالبة من الحالات تقييم شفهي حول ما تم تعلمه، وكانت استجاباتهن ايجابية ولقد صرحت الحالة أنها لم تكن تحسن التصرف وكانت لديها ردود أفعال سلبية، حيث أكدت بقولها: " غادي نعلم ولادي وش تعلمت على كيفاش نواجهو النقد بطريقة مليحة"

وفي الأخير طلبت الطالبة في هذه الحصة من الحالات أن يحفظن هذه الردود ويتدربن مع بعضهن البعض أثناء الحصة حول نوع نقد الآخرين والإجابة عليه، حتى يتعزز لديهن تأكيد الذات، وتتحسن حالتهم الميزاجية، وينعكس ذلك على أساليب المواجهة لديهن بالإيجابية مع الآخرين، وعليه يتوجه التركيز والأفكار إلى تحقيق الهدف المتمثل في تخفيف الوزن.

في الحصة العاشرة قامت الطالبة الباحثة بمراجعة تقنية الاسترخاء أولاً بطريقة مختصرة، ثم عرض موضوع الحصة حول الغضب أسبابه وأعراضه ونتائجه السلبية التي تؤدي إلى التوتر النفسي وتوقف الحرق ونزول الوزن بصورة بطيئة، وعلى كيفية تسييره (أنظر فصل المنهجية والحصص العلاجية)، وحثت الطالبة الحالة على تذكر مواقف كانت فيها غاضبة والمثال الذي قدمته هو كالتالي:

شرحت الطالبة الباحثة للحالات عندما تشعرن بالغضب حاولن التنفس بعمق لدقائق وحاورن أنفسك قبل الانفعال الشديد من خلال أسئلة تسيّر الغضب وتكاليفه من خلال الأسئلة التالية: هل غضبي موجه نحو شخص جرحني عمدا وبدون سبب؟ ، هل غضبي فيه فائدة؟ وهل سيساعدني للوصول إلى هدفي أم بكل بساطة سيلحق بي الأضرار؟ (أنظر فصل منهجية البرنامج العلاجي)، وتوصلت الحالة إلى إدراك مخاطر الغضب على نفسيّتها وعلى أسرّتها وأبنائها من خلال الحوار التالي:

(ط): حاولي تذكر موقف كنت فيه غاضبة وكانت نتائج الغضب سلبية عليك وعلى الآخر.

(ح): في مرة استدعاني معلم ولدي على قلة اهتمامه بدروسه ونتائج الدراسة، زعفت بزاف وقلّبت طُحت فيه ضربته بزاف حتى هُرلي مالدار وخرزُ عند جوارين، أنا وبوه وخاوته بقينا نحوسو عليه وملقينا هش ومع المغرب شور وحده مع ولد جوارين. تفيدنا الحالة حول مشاعرنا في هذا الموقف: "تقلّقت بزاف عليه حتى وليت نبكي وندمت لي ضربته ضرب عنيف".

(ط): كيف كانت مشاعرك في هذا الموقف؟

(ح): كانت مَخَلطَه كنت غضبانه عليه وفي نفس الوقت خايفه عليه.

(ط): هل استطعت توصيل رسالتك لإبنك في ذلك الموقف؟

(ح): لا كنت نزكي ونضرب فيه.

(ط): هل تحصلت على ما كنت تريد؟

(ح): لا زاد هرلي وبقيت نحوس عليه في كل بلاصه.

(ط): هل أحسست أنك تخاطرين بفقدان الثقة بينك وبين أبنائك أحيانا؟

(ح): واه مرات نحس روجي ظخمت الأمر وظلمتهم وفي قلبي نقول تك يولو يكرهوني.

(ط): هل تشعرين بالذنب نتيجة ذلك؟

(ح): واه نغضب ونزكي ومنبعد نندم في قلبي كنشوفهم يبكو.

(ط): هل غضبك يمكنك من الوصول لأهدافك؟

(ح): لا، يزيد يبعد بيني وبينهم ويولو يخافو مني وميحيكولي والو.

(ط): لاحظتي كيف يجعلك الغضب تشعرين بمشاعر سلبية وتخسرين علاقات مهمة في حياتك.

(ح): واه يخليني نخسر، رايحه نحاول نسيطر على روجي بالتنفس كنحس بالغضب ونحاول نُسَقْسِي ونفهم قُبْل.

* تذكير الطالبة الباحثة بأحاديث نبينا محمد صلى الله عليه وسلم عن الغضب، ومنها عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رجلاً قال للنبي محمد صلى الله عليه وسلم: أوصني قال: " لا تغضب، فردد مراراً، قال: لا تغضب" ، وعن أبي هريرة رضي الله عنه، أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: ليس الشَّدِيد بالسُرعة، إنّما الشَّدِيد الذي يملك نفسه عند الغَضَبِ".

- قواعد وطريقة تمت مناقشتها مع الحالات والتي يجب تعلمها لتسيير الغضب:

* تأخير ردود الأفعال مع ناس آخرين بالسؤال (هل أنا فهمت بأنه كذا وكذا) لو الآخر سحب كلامه وشرح قصده كذا وكذا، هنا يجب أن تعطي نفسك عشر ثواني لتتمكن من الرد عليه حتى لا تتدم.

* تغيير الكلام أو الموضوع (لان المحفز يولد الغضب وما بين المحفز والاستجابة يحدث التوتر والغضب) وعليه يجب إبعاد أو الابتعاد عن المحفز حتى تكون الاستجابة ضعيفة أو نقل حدثها)

* الاعتراف بأننا نخطئ أحياناً، وذلك لحسن إدارة الغضب حتى لا نقودنا مشاعرنا نحو سلوكيات عدائية.

* الاستنتاج المتوصل إليه من طرف الحالات: يجب أن نتحكم في أفكارنا ومشاعرنا فهذا يساهم في التقليل من استجابات وردود أفعال سلبية، فانقياد بالمشاعر يساهم في حدوث الغضب، وهذا الأخير يجعل الهرمونات يختل توازنها وتضطرب (الكورتيزول والأنسولين، وهرمون النمو) وبالتالي يؤدي إلى التوتر النفسي وتوقف الحرق ونزول الوزن بصورة بطيئة، ويعكر المزاج، ويفسد العلاقات.

وقامت الطالبة بتكرار الحوار مع الحالات لمواقف أخرى حدثت لهن حول الغضب ، للتأكيد على ضرورة محاولة تجنب الغضب وأضراره عليهن، وما يمكن أن يخلفه من اضطرابات هرمونية تنعكس على نظام الحرق لديهن، وتفعيل للمشاعر السلبية، وإمكانية فقدان علاقات مهمة.

ثم انتقلنا إلى الحوار حول المقارنة الذاتية للحالة مع الأخريات، وشرحت الباحثة للحالة أن مقارنة الذات أو الجسد مع الأخريات تولد مشاعر سلبية وتحسسك بالضعف والشعور بالنقص والدونية وبأنهن أحسن منك، وهذه الأفكار تجعلك تطورين تصورات وميزاج سلبي عن ذاتك وعن جسديك.

قامت الطالبة الباحثة بشرح أن الإدراك والمعرفة يبدأ من خلال توليد الأسئلة (لماذا أقارن نفسي بالأخريات)، فالإدراك يجعلك تكتسبين الوعي وإدراك الفكرة التي ولدت مشاعر السلبية، فالمقارنة السلبية تولد مشاعر سلبية.

قامت الطالبة الباحثة بالشرح أنه عندما تقارنين نفسك بالأخريات فانك تضعين نفسك في فخ، فأنت تقولين لذاتك بطريقة غير مباشرة " أنك لست مميزة"، وهذا أكبر خطأ، فعندما تقارنين نفسك بالأخريات هذا الأمر يجعلك تشعرين بالضعف، إن المقارنات تبعك عن ذاتك الأصلية ويتولد لديك شعور بالنقص والدونية، إن المقارنة هي سبب في تقلب المزاج وعدم الرضا وتوليد للصراع النفسي والألم النفسي.

* فالعلاج يكون من خلال أن أتنفس بعمق وأذكر نفسي دائماً بأفكار وكلمات إيجابية مثل: "أنا إنسانة فريدة لا احد يشبهني ولا أشبه أحد "

* ولهذا حفزنا الحالات على تفعيل مشاعر الامتتان لمختلف النعم ولابأس في مقارنة الذات الآن مع الحالة السابقة لتشجيع الذات على الاستمرار فيما حققته من تخفيف الوزن، وحفزنا الحالات على حفظ كلمات مثل: "أنا مميزة ولا وَحْدًا تُشَبَّهُني".

* وشرحت الطالبة للحالات أنه لا بأس في أن تقارن أنفسك بأنفسك، أي كيف هو حالكن اليوم مقارنة مع أنفسك في الماضي وليس مع الآخرين، وهذا يعني أن أسعى على التحسين من نفسي.

* دائماً اذكر نفسي " هناك دائماً شخص أحسن مني وأقبل ذلك"

* فكلمنا تخفف الإنسان من هذه الأمور تتحسن الحالة النفسية ويقل لديه الإحساس بالاستياء النفسي.

* ذكرت الطالبة أن السعي دائماً يأتي منكن والنتيجة هي من عند الله، وهذا التوفيق والقناعة بأن التوفيق من الله يؤدي إلى الإحساس بالرضا.

* ذكرت الطالبة أنه يجب التدريب على شكر النعم وأكرر ذلك يعني تفعيل المشاعر الامتتان.

* وعليه في الأخير لا بأس بأن أقارن نفسي بالآخر لأحسن من نفسي، ولكن أقارن نفسي الآن بنفسي سابقاً يعني المقارنة الايجابية لكي أفكر وأرى هل أنا في الطريق الصحيح للتحسين من نفسي.

توصلت المجموعة إلى أنه من الأفضل تسيير لحظات الغضب، وأن السعي إلى التحسن أمر مهم، وأن الاختلاف رحمة من الله، ويجب الشكر والامتتان على النعم.

* وزعت الطالبة الباحثة وثيقة تخص معلومات عن الغضب والمقارنة التي تم التطرق إليها في الحصة، حتى تتمكن الحالات من الرجوع إليها.

في الحصة الحادية عشرة قامت الطالبة الباحثة بمراجعة تقنية الاسترخاء أولاً بطريقة مختصرة، ثم عرض موضوع حول الانتكاس والتعريف به، مع التذكير بالمواقف التي يمكن أن يحدث فيها الانتكاس في حالة ما إذا وجدت نفسها تعود لسلوكها السلبي السابق، حفزت الطالبة الحالات على التعبير عن مخاوفهن في حالة الانتكاس، وقدمت لهن اقتراحات حول ما يمكن القيام به وذلك بالعودة مباشرة لما تعلمته من تغذية صحية وتقنيات واستراتيجيات نفسية للاهتمام بذاتها وجسدها، وقدمت لهن وثيقة تخص في حالة الانتكاس (أنظر الملحق)، ووثيقة أخرى تخص أهم النصائح لاستمرارية فقدان الوزن(أنظر الملحق).

* قامت الطالبة بتحديد المواقف التي تشكل الخطر في الانتكاس والعودة للسلوكيات الغذائية السابقة:

- أمثلة : في الشتاء عندما يزيد الوزن، كثرة الأعمال، السفر للعمل، الكثير من المطاعم، الشجار مع الشريك أو أفراد العائلة، أو مع الأولاد، أو الصديقات، عندما لا يكون لدي وقت للتمرين.

- الأعراض: أفكاري مشغولة بالأكل، أشعر بالذنب لما آكل، أتجنب بعض المأكولات، أحيانا لدي رغبة في التأكد إذا ارتفع وزني وأزن نفسي يوميا، أقرص جلد بطني مرارا وتكرار.

- ماذا أفعل إذا اعتقدت أنه يمكن أن تكون انتكاسة وهذه اقتراحات من طالبة الباحثة للحالات:
*أتصل هاتفيا بالباحثة.

*إعادة قراءة ملخصات الأهداف والأفكار وسجل التغذية الأسبوعي، وقائمة السعرات الحرارية.

*أعيد وأكرر التمرينات الخاصة بالاسترخاء، وبتسيير الأفكار السلبية والنقد الذاتي السلبي ونقد الآخرين، وتسيير الغضب والمقارنة الذاتية، التي ساعدتني في البرنامج العلاجي النفسي.

*الوزن الأسبوعي.

*الأكل المنظم والصحي، كمية الماء المحددة حسب احتياج الجسم.

*القيام بحل المشاكل إذا كان ذلك مهما.

قامت طالبة بتوزيع قائمة تحوي معلومات في حالة الانتكاس، وبتوزيع قائمة تخص نصائح غذائية لتخفيف الوزن (أنظر فصل البدانة ص..)

طلبت طالبة الباحثة من الحالات تقييم شفوي حول الحصص السابقة حول التكفل بالجانب النفسي ومدى استفادتهن منها(كانت استجابات الحالات ايجابية، وأكدن أنهن لم يكن لديهن معرفة سابقة بالاسترخاء وتقنية توقيف وتعديل الأفكار السلبية، وأكدن أنهن استفدن كثيرا و فقدن الوزن مع مرور الأيام، وأنهن سيواصلون ذلك حتى يصلن إلى الوزن المرغوب فيه)

* في الأخير قامت طالبة بتحضير الحالات وإخبارهن بقرب انتهاء الحصص العلاجية (الحداد).

في الحصة الثانية عشرة، قامت طالبة الباحثة بمراجعة عامة وباختصار لكل ما تعلمته الحالة من هذه التجربة العلاجية بتحفيظها وتذكيرها، وقدمت الباحثة مقياس تقدير الذات للقياس البعدي لملاحظة أثر هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على نفسياتها وأفكارها وسلوكها.

وتفيد الحالة أن الدعم النفسي الذي ظهر في مجموعة (الرشاقة) أثناء الحصص العلاجية والتفاعل الايجابي بين الحالات وتشجيعهن لبعضهن البعض سمح لهن بالتوقف عن الشعور بالفشل والإحساس بالإحباط على العكس جعلها تشعر بالتفاؤل وتبني أفكار ايجابية عن الذات والقدرات والاستمرار على سلوك الغذاء الصحي، وتطور هذا الاتصال مع الأخريات والاندماج في المجموعة، وكون نوع من المرافقة بين

الأشخاص الذين يعانون من نفس المشكل، حيث ظهر عليهم انخفاض في الوزن مع التقدم في الحصة العلاجية أثناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

ولقد أدى الالتزام بهذا البرنامج العلاجي إلى تغير حتى محيط الحالة إلى درجة المشاركة في دعم الحالة من أجل المتابعة والاستمرار في التغير وتطور أفكارها الايجابية نحو ذاتها ونحو الآخرين، ولقد أشارت الحالة أن زوجها وابنتها لاحظوا التغيير فدعماها وشجعاها في هذا المسار، وتمكنت من تخفيف وزنها بـ 13 كغ حيث كان وزنها 112 كغ وأصبح وزنها 99 كغ، وتغير مقياس جسدها وتفيدنا بأنها فرحة جدا بما تحققه وكافأت نفسها بشراء جلابة كانت تتمناها.

وتغير كذلك مستوى تقديرها لذاتها من المستوى المتوسط في التقديم القبلي لأداة القياس بـ 80 درجة إلى المستوى المرتفع في التقديم البعدي لأداة القياس بـ 134 درجة (انظر ملحق تقدير الذات البعدي)، وظهر ذلك بتغير استجاباتها على مقياس تقدير الذات إلى استجابات مختلفة عن السابقة في القياس القبلي، وذلك يعود حسب تصريحاتها لما تعلمته معنا خلال هذه التجربة بتقييمها الأخير حول البرنامج العلاجي بأنه مفيد وعاد عليها بالمنفعة الصحية والنفسية، حيث أصبحت لديها كفاءة وقدرة ذاتية شخصية لتجاوز ماكانت تعاني منه. وأصبحت الحالة أكثر فرحا بنفسها بقولها: "كنت نحلم ندخل في وزن تسعينات وليت نحس روعي خفيفه وروني فرحانة بروحي".

* تقييم الحالة "فتيحة" للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

البرنامج العلاجي	درجة ضئيلة	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة
الدرجة				+

لقد توصلنا إلى أن الحالات كانت تنقصها المعرفة بالجسد وعمله البيولوجي وأصول التغذية الصحية، والعناية والرعاية النفسية الذاتية الايجابية، فلما أعطت الحالات الاهتمام بمعرفة جسدها وعمله وكيفية تسيير نظام غذائي صحي بدون حرمان، وتعلمت تسيير وإدارة انفعالاتها وأفكارها ومشاعرها أدى بها إلى تبنى سلوك ايجابي تعزز في كل مرة كانت تزن نفسها وخاصة عندما تجد نتائج ايجابية هذا يُفَعِّلُ مشاعر ايجابية جعلت السلوك الايجابي مستمر لديها.

فالمعرفة بقواعد التغذية الصحية وتطبيقها والاهتمام بالتكفل النفسي بالأفكار السلبية لبي الحاجة في إمكانية التوصل إلى الجسد المرغوب وإمكانية تحقيق الهدف، ومن هنا ممكن للحالة أن تحقق ذاتها وتصل إلى ما تريد أن يكون عليه جسدها (جسد رشيق) واسترجاع تقديرها الايجابي ومكانتها، وذلك بالاهتمام بذاتها وجسدها مع تغيير ما يمكن تغييره في حدود الممكن، ولقد أكدت الحالة على أنها ستواصل في هذا المسار الذي عاد عليها بالفائدة من جميع النواحي.

ملحق (أسئلة المقابلة)

- معلومات شخصية:

- الجنس: - العمر: - الحالة الاجتماعية: - الوظيفة الحالية:
- المستوى الدراسي: - الحالة الاقتصادية:

- التاريخ المتعلق الوزن الحالي:

- الوزن الحالي: - الطول الحالي: - مؤشر الكتلة:

- الوزن المثالي الذي ترغب فيه:

- هل كنت تعاني من تقلب في الوزن بصفه متكررة؟ كم عدد هذه التقلبات؟

- كيف تؤثر زيادة الوزن بمعدل الكيلو على شعورك نحو نفسك؟

- كيف يؤثر الانخفاض في الوزن بمعدل الكيلو واحد على شعور تجاه نفسك؟

- هل أنت راضية عن جسمك؟

- ما هي الأشياء التي تجدينها غير متناسقة في جسمك؟

- ما هو عدد المرات التي تزنين نفسك فيها كل شهر؟

- السلوك المتعلق بالنظام الغذائي:

- كم عدد الوجبات التي يتم تناولها كل يوم؟

- كم عدد الوجبات الخفيفة التي يتم تناولها كل يوم؟

- ما شكل الوجبات الكاملة والواجبات الخفيفة؟

- هل حاولت تجنب أطعمة معينة؟ ما نوعها؟

- هل سبق أن اتبعت نظام غذائي أو رجيم؟

- هل بدأت في إتباع نظام غذائي محدد (رجيم) خلال الفترة الأخيرة؟

- ما نوع النظام الغذائي الذي اتبعته هل هو تحت إشراف طبي أو لا يتم الإشراف عليه (وجبات ذات سعرات حرارية منخفضة أو وجبات خالية من الدهون؟)

- هل تأكلين بسرعة؟

- هل تقومين بالتقيئ الإجباري للتخلص من الطعام الزائد بعد تناول بهدف حفظ الوزن؟ ما هي عدد المرات؟

- هل تستعمل ملينات من أجل تحكم في الوزن ما هي أنواعها؟

- التمرينات الرياضية، كم عدد المرات التي تقومين فيها بأداء تمرينات الرياضية في الأسبوع، ما هي مدتها لماذا تقومين بها؟
من أجل اللياقة البدنية أم من أجل فقدان الوزن؟

- الأعراض المرضية الوجدانية:

- هل تمرين بحالة نفسية تعبر عن الحزن والاكتئاب؟

- هل تعاني من اضطراب في النوم؟

- هل تعاني من مشكلة تتعلق بالتركيز؟

- هل تعاني من مشكلة تتعلق بالذاكرة؟

- هل تعاني من مشكلات تتعلق بالكسل والخمول التعب والإرهاق؟

- التاريخ الطبي:

- هل سبق لكي أن دخلت المستشفى؟

- ما هو المرض والعلاج المتلقى؟

- التاريخ العائلي المرضي: المفيد هو معرفة التاريخ العائلي فيما يتعلق بالأشكال الأخرى للحالة النفسية المرضية لمرض البدانة والمشكلات الجسمية المختلفة.

ملحق (مقياس تقدير الذات)

نضع بين أيديكم هذا المقياس الذي يحتوي على عبارات تصف تصوراتك عن جسدك، سيكون من السهل وضع علامة في الخانة التي ترين أنها تنطبق عليك، وذلك حسب البدائل التالية: غير موافقة تماما، موافقة نوعا ما، محايدة، موافقة، موافقة تماما، ليكن في علمكم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة فقد أنجز هذا المقياس لأغراض علمية.

الاسم: اللقب: السن:

الحالة الاجتماعية: المهنة: المستوى التعليمي: الوزن:

الرقم	البنود	غير موافقة تماما	موافقة نوعا ما	محايدة	موافقة	موافقة تماما
01	رغم السمعة التي تميزني إلا أنني أشعر أن الآخرين يرونني مقبولة جسديا					
02	نتيجة البدانة أشعر بالقلق الشديد على صحتي					
03	أشعر أنني بدينة جدا وهذا يسبب لي الإحباط					
04	أنا راضية عن جسدي و أحبه كما هو					
05	كلما أكون في موقف يتطلب الحركة بسرعة جسدي يعيقني					
06	بما أن جسمي بدين أتلقى اللوم من الآخرين على وزني					
07	أشعر أن أجسام الآخرين أكثر حيوية وجاذبية من جسدي					
08	تزعجني الأوصاف المهينة عن جسمي التي أتلقاها من الآخرين					
09	بدانتي تقلقتني لذلك أود لو أغير بعض من ملامح جسدي					
10	أشعر أنه لا فائدة مني، لأنني حاولت تخفيض وزني لكنني فشلت					
11	عندما أنظر إلى المرأة أشعر بالاشمئزاز والخجل من جسدي					
12	نظرا لوزني المرتفع أرى أن جسدي غير جذاب					
13	أتمنى لو كان لدي جسد رشيق حتى أتلقى المجاملات حوله					
14	ينتقد بعض أفراد عائلتي شكل جسدي					
15	أشعر بالإحراج عند إظهار أجزاء من جسدي أمام الآخرين					
16	أحجل بسبب تعليقات أصدقائي حول جسدي					

					أصبحت مدمنة على مقارنة جسدي بالآخرين	17
					أتجنب شراء الملابس التي تحدد معالم جسدي	18
					بحكم بدانتني ليس لدي مشكلة في التواصل مع الغرباء	19
					رغم بدانتني تعتقد صديقتاني أنني مرحة ومن الممتع أن أكون معهن	20
					عندما أتحدث مع أبي لدي انطباع أنه يفهمني	21
					أعبر عن حبي للآخرين بصراحة لأنهم ليس لديهم أحكام عن جسدي	22
					أشعر أن ما يفكره الآخرون عني يقلقني	23
					عندما أتحدث مع أمي لدي انطباع بأنها تفهمني	24
					أعطي أهمية كبيرة للانتقادات التي يوجهها لي الآخرون نظراً لبدانتني	25
					رغم وزني الزائد أجد الارتياح في المشاركة في النشاطات الجماعية	26
					أصبح عصبية عندما يوجهون لي انتقادات سلبية على زيادة الوزن	27
					بدانتني تجعلني أحب العزلة على أن أشارك في النشاطات الجماعية	28
					عندما أكون في جماعة ألتزم الصمت لأنني أخشى أن يقولوا عني حماقة أو أخطأ	29
					رغم بدانتني أشعر أنه لدي القدرة على تكوين صداقات بسهولة	30
					لدي مخاوف من حضور الحفلات خاصة التي يتم فيها تصوير الحضور	31
					البدانة تجعلني أشعر أنني غير مهمة في نظر الآخرين	32
					بسبب بنيتي الجسدية أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح والمناسبات الأخرى	33

.. ملحق (الالتزام العلاجي)

لماذا أريد تخفيف وزني:

.....
.....
.....

كيف أكافئ نفسي عندما أخسر الوزن:

.....
.....
.....

الالتزام العلاجي

أنا الممضية أسفله

أعد بأن أكون جديّة في الالتزام بمواعيد الحصص العلاجية وأطبق كل ما أتعلّمه من تقنيات علاجية لأحقق هدفي.

الهدف:

كيف ذلك:

في أي مدة زمنية:

سأعلق هذا العقد

إمضاء:

ملحق (قائمة توضح السرعات الحرارية في الأغذية)

نوع الغذاء	السرعات 100غ	نوع الغذاء	السرعات 100غ	نوع الغذاء	السرعات 100(غرام)
(أ) أرز مسلوق	116	(ت) تمر	282(3تمر - 80س/ح)	زيتون أخضر	70
زيت دوار الشمس	900- م/ك 63س/ح	تين طازج	74(مجفف 249)	زيتون أسود	85
أرانب مسلوقه	194	تفاح طازج	52	زبدة	750م/ك 150س/ح
أناناس طازج	50	(ج) جبنه برمران	431	(ش) شمام(بتيخ)	36
أيس كريم ليمون	160	جبنه مدزريلا	300	شاي	0
شيبس	570	جبنه فاشكيري	273	سوپ دجاج	15
أيس كريم بالحليب	205	جبنه شيدر	403	سوپ لحمه	15
(ب) بيض مسلوق	84	جمبري(كرفات)	90	(ع) عدس جاف	339
بادنجان مشوي	32	المربي	290	عدس شريه	100
برتقال طازج	47	جلجلان (سمسم)	572	عسل أسود حر	293
بعويدة (إيجاص)	57	جوز هند مجفف	627	عسل أبيض حر	294- م / ص 16
برقوق مجفف	240	جزر طازج	43	عنب	69
بازلاء طازجه	64	(ح)حمام مسلوق	96	(ط) طماطم طازج	20
بازلاء مسلوقه	49	حمام مشوي	102	طماطم عصير	25
بازلاء مجففه	100	خبز أسمر	229	طماطم صلصه	74
بسباس	31	خبز أبيض	299	(ف)مايبس بدون زيت	387
ملييض أو برقوق	46	خبز أبيض باقيت حمص مسلوق	410 92	فاصوليا جافه	93

7	فاصوليا خضراء	11	(خ) خص	23	بصل طازج
32	فراوله	7	خرشوف طازج	36	بصل اخضر
567	فول سوداني	16	خيار	150	برقوق طازج
102	فراخ مشويه	39	خوخ	240	برقوق مجفف (طاجين)
28	قلقل أخضر	68	(ر) رمان حب	628	بندق
500	مايبس بالزيت	46	تين شوكي	30	بطيخ أحمر
40	فول أخضر	54	(ز) زيادي طبيعي	34	بطيخ شمام (سكريطو)
25	شوفلار طازج	930	زيت زيتون	250	لحم بقري
0	قهوه	120	م/ك زيت زيتون	44	بنجر مسلوقة (بطراف)
26	كوسه (كابوياخضرا)	795	(س) سمنه نباتي	85	بطاطا مسلوقة
32	كرومب طازج	100	سمك سردين مشوي	319	بطاطا مقلية
9	كرفس 9	36	سبانخ (سلق)	85	بطاطا حلوة (مفورة)
السعرات 100(غرام)	نوع الغذاء	السعرات 100 (غرام)	نوع الغذاء	السعرات 100 (غرام)	نوع الغذاء
66	حليب كميل الدسم	300	لحم خروف	86	ذرة (مايبس) طازج
530	حليب لحظه	29	ليمون عصير	578	لوز نيئ
20	م/ص لحظه	89	موز	262	مشمش مجفف
		53	مندرين (يوسفي)	48	مشمش طازج
	سفرجل	50	كرز	227	كاكاؤو
57					
302	بنجان مقلي	176	سمك مقلي	114(صوص 131)	مكرونه مسلوقة

172	كبد دجاج مقلي	385	سكر	28	بقدونس
61	كبيوي	44	نكتارين	32	بمبلوموس
526	بستاش مملح	500	كاجو محمص مملح	654	قرقاع نيئ

جدول يوضح السرعات الحرارية في الأغذية (المنياوي، 2003، صفحة 61)

- جدول يوضح السرعات الحرارية في المشروبات الغازية وفي الحلويات و المخبوزات (youtube)

السعرات الحرارية	المخبوزات	السعرات الحرارية	نوع الحلويات	السعرات الحرارية س/ع في 330 ملل(كأس كبير)	نوع المشروبات
466 س/ح	سُفلي بالحم	461 س/ح	بحلاوة	138 س/ح	بيبيسي كولا
229 س/ح	مُحَاَجِبُ	380 س/ح	قطعة بتسري	01 (السكر غير صحي)	كولا لايت
223 س/ح	بِيْتْرَا	85 س/ح حبة 1	سابلي شوفان	144 س/ح	سفن أب
226 س/ح	تاكُوسُ	200 حبة واحدة	طورنو	168 س/ح	مراندا
524 س/ح	بسكوت شِكْلًا	350 س/ح	بسبوسة	135 س/ح	سبرايت
110 س/ح	كسكس مطبوخ بدون إضافات	250 س/ح	كسرة مطلوع	136 س/ح	فانتا
330 س/ح	مسمن	280 س/ح	كسرة زرع	313 س/ح(100غ)	بورك مقلي بلحم
375 س/ح	هُمْبُرُقْرُ	131 س/ح	كَرْوَاصُ	234 س/ح (100غ)	بورك كوشة
469 س/ح	مُخْبَزُ	404 س/ح	قُرْيُوشُ	489 س/ح (100غ)	دزريات
443 س/ح (100غ)	عُرْبِيْبِيَّة	484 س/ح(100غ)	صابلي معجون عادي	283 س/ح (100غ)	تشارك مسكر
425 س/ح(100غ)	بُنْيُونُ	250 س/ح(100غ)	مقروط فرن	327 س/ح (100غ)	مقروط مقلي تمر

جدول يوضح السعرات الحرارية في العصائر الطبيعية:

نوع العصير	السعرات الحرارية س/ح في 100ملل	الحبوب المساعدة للتخفيف في 100 غ
برتقال	118	حبوب الشيا 486 س/ح
ليمون	70	حبوب الكتان 534 س/ح
فراولة	72	* ملاحظة: لا يجب تجاوز ملعقتين كبيرتين من هذه البذور في اليوم لكل منهما (Wikipedia)
عنب	152	
مشمش	124	
تفاح	106	

- السعرات الحرارية في الأكلات الجزائرية المشهورة بالتقريب (youtube)

نوع الطبق	السعرات الحرارية بالتقريب في 100 مل
شربة فريك	85
شربة شعيرية	115
شربة مرمر	110
حريرة مرمر	110
شربة لسان طير	200
شربة بيضاء	130
طاجين زيتون	110 س/ح 100 غ
طاجين منوم	224 س/ح 100 غ
شطيطحة جاج	158 س/ح 100 غ

* ملاحظة هامة: الكيلوكالوري المدونة في العلب هي السعرات الحرارية (kcal) أو كيلو حريرة.

ملحق (وصفات صحية)

وصفات صحية

<p>كيكة الكوسة</p> <p>2 كوسه مسلوقة+ 2 بيض + 2 م ك معجون تمر + كوب جوز هند ناعم + م ص فراره</p> <p>تزيين: زيادي يوناني + كاكاوو+ سكر ستيفيا</p>	<p>بسبوسة الحمص</p> <p>2 بيض + 2ياوورت طبيعي+ 3 ملاعق سكر ستيفيا+ 4 م ك جوز الهند+ رشة ملح + فنيليا+ 2 م ك زبدة بقري + 2كوب حمص (منقوع) توضع المكونات في خلاط كهربائي حتى ينعم في آخر 2 م ص فرارة+ تدهن الصنية، يوضع الخليط + الفرن</p> <p>السرعات في كيكة كاملة: 1200 س/ح</p>
<p>كيكة براونيز</p> <p>4 بيض+ رشة ملح+ نخلط جيدا+ سكر ستيفيا 20غ+ م ص خل+ كوب جوز الهند+ م ص فرارة+ 2 م ك كاكاوو+ ندهن صنية ونضع الخليط ونزين بالمكسرات+ الفرن</p>	<p>كيكة اللوبيا البيضاء</p> <p>كأس لوبيا بيضاء منقوعة ومسلوقة+ 2 م ك جوز الهند + م ص قرفة+ فنليا + نصف كاس ماء+ 1 بيض+ 6 تمرات + 1 تفاحة مقطعة+ نخلط في خلاط كهربائي+ نصف علبة فرارة+ يوضع الخليط في الصنية تزين بشرائح تفاح + الفرن</p>
<p>* وصفة الخبز بطحين الحمص:</p> <p>100غ حمص منقوع+ كأس ماء+ م ص كمون+ مص ملح+ الخلاط + يترك نصف ساعة</p> <p>* الخليط سائل قليلا مثل عجين البغير</p> <p>* يطهى في الطاجين مدهون بزبدة بقر</p>	<p>بديل الخبز</p> <p>خبز العدس الاحمر: 100غ تعطيك 5 أرغفة ، 1رغيف 70 س/ح</p> <p>خبز العدس البني: 46غ تعطيك 7 أرغفة ، 1رغيف 36 س/ح</p> <p>خبز الحمص: 240غ تعطيك 4 أرغفة ، 1رغيف 67 س/ح</p> <p>خبز الشوفان: كاس شوفان تعطيك 4 أرغفة ، 1رغيف 105 س/ح</p>
<p>* ملاحظة</p> <p>* 100غ الحمص يابس = 364س/ح</p> <p>* 100غ الحمص منقوع = 164 س/ح.</p>	<p>ورق الديول صحيين</p> <p>كأس عدس أحمر منقوع + نصف كأس ماء+ ملح+ كمون+ خلاط يصبح ناعم جدا+ في صنية ضد الالتصاق ندهنها بزبدة بقري نوزع الخليط على شكل دائرة رقيقة وفي الفرن لمدة دقيقة 1 ونغطي الأوراق بمندبل حتى لا تنشف.</p>

ملحق (بذور الشيا وبذور الكتان)

1- بذور الشيا:

- هي بذور صالحة للأكل ليس لها طعم، من نبات القيصين الإسباني، بيضاوية ورمادية ولها بقع سوداء وبيضاء، وهي بذور محبة للماء، تمتص ما يصل إلى 12 مرة من وزنها في السائل عند نقعها وتطوّر طبقة من الصمغ التي تعطي الأطعمة نسيج هلامي مميز وتحسس بالامتلاء والشبع.

- تحتوي بذور الشيا المجففة على 6% ماء و 42% كربوهيدرات و 16% بروتين و 31% دهون. في كمية 100غ.

- بذور الشيا مصدر غني (20% أو أكثر من القيمة اليومية لفيتامينات بي، الثيامين والنياسين 54%) ، ومصدر معتدل للريبوفلافين ، وحمض الفوليك.

-تحتوي العديد من معادنها الغذائية على محتوى غني منها:

* الكالسيوم، والحديد، والمغنيسيوم ،والمغنيز ،والفسفور ،والزنك كلها أكثر من 20 %.

*يمكن رش بذور الشيا أو طحنها فوق الأطعمة الأخرى، يمكن أيضًا خلط بذور الشيا في العصائر وحبوب الإفطار وألواح الطاقة وألواح الجرانولا والزيادي والتورتيلا والخبز، يمكن نقعها في الماء واستهلاكها مباشرة أو مزجها مع أي نوع من العصير أو مع الحليب، يمكن أيضًا طحن بذور الشيا وتحويلها إلى مادة تشبه الجيلاتين أو تؤكل نيئة، يمكن استخدام الهلام من البذور المطحونة لاستبدال ما يصل إلى 25 % من محتوى البيض والزيت في الكعك، إن بذور الشيا قابلة للهضم بالكامل ولا تحتاج إلى أن تكون مطحونة، يمتص جسم الإنسان نفس العناصر الغذائية من بذور الشيا بغض النظر عما إذا كانت البذور جافة أو غير جافة وبغض النظر عما إذا كانت كاملة أو مطحونة.

2- بذور الكتان:

- الكتان هو نبات حولي أو معمر وينتمي للفصيلة الكتانية، والأجزاء المستخدمة في نبات الكتان هو الزيت والبذور، ويصل ارتفاع نبات الكتان إلى حوالي متر وله ساق نحيلة وأوراق، وتتميز زهوره باللون الأزرق، أما البذور فلونها بني.

- وبذوره فهي زيتية بها 40% من الزيت به نسبة عالية من أوميغا 3 و 22% بروتينات و 4% معادن، وزيت الكتان (الحار) به نسبة عالية من (أوميغا 3) الذي يفيد في تقليل الكولسترول، والزيت له رائحة مميزة تزيد مع التخزين، والبذور مقارنة بالزيت نجدها تحتوي على نسبة 98% من مادة ليجنام lignans المضادة للسرطان و 97% أكثر من الألياف وأوميغا 3، وهذه المواد تفيد في تقليل الكولسترول وأعراض ما قبل الدورة والإقلال من الوزن ومرضى السكر، وكذلك تعالج أمراض الكبد وذلك بأخذ ملعقة مطحونة في الصباح كل يوم ولمدة شهر كامل.

* وكذلك لا ينصح بتناول بذور الكتان وزيت بذور الكتان في حالة الحمل وعند الإرضاع.

* يفضل طحن البذور قبيل تناولها بفترة زمنية قليلة تجنباً لعدم تأكسدها وبالتالي فقدانها لفائدتها (Wikipedia)

ملحق (المؤشر السكري في الأغذية)

مدى تأثير كل نوع على مستوى السكر في الدم مقارنة بتأثير ملعقة صغيرة (4غ) من سكر المائدة											الحصة بالغرام	المؤشر السكري	نوع الطعام			
											150	69	أرز البسمتي			
											150	96	بطاطا مسلوقة			
											150	64	بطاطا مقلية			
											180	39	سباقتي مسلوقة			
											80	60	الذرة المسلوقة			
											80	51	البزلاء مسلوقة			
											120	62	الموز			
											120	39	التفاح			
أمثلة لأغذية بمؤشر سكر منخفض: الدجاج، الأسماك، اللوز، الفطر (شمينيو) ، الجبن														30	74	القمح الكامل شريحة صغيرة
														80	15	شُفلار
														60	0	البيض

- إفطار صحي يعادل حوالي 17 ملعقة صغيرة سكر المائدة:

مدى تأثير كل نوع على مستوى السكر في الدم مقارنة بتأثير ملعقة صغيرة (4غ) من سكر المائدة											الحصة الغرام	نوع الطعام
ونصف   											30 غ	رقائق النخالة
											125 مل	الحليب
   											30 غ	شريحة 1 خبز أسمر
ونصف        											200 مل	عصير تفاح نقي

. ملحق (الوقاية الانتكاس)

Est-ce je fait une rechute	هل لديك انتكاسة هل أقوم بانتكاسة
<p>ماذا أفعل إذا اعتقدت يمكن أن تكون انتكاسة:</p> <p>أتصل هاتفيا بالمعالج.</p> <p>أتصل بطبيبي الخاص.</p> <p>إعادة قراءة ملخص العلاج الذي خضعت له</p> <p>أكيد التمرينات التي ساعدتني.</p> <p>الوزن الأسبوعي.</p> <p>الأكل المنظم و الصحي.</p> <p>القيام بحل المشاكل إذا كان ذلك مهما.</p>	<p>Situation a risque الموقف الخطر</p> <p>أمثلة :</p> <p>في الشتاء عندما يزيد الوزن</p> <p>كثرة الأعمال ، سفر العمل ، الكثير من المطاعم</p> <p>الشجار مع الشريك ، الصديق</p> <p>عندما لا يكون لدي وقت للتمرن</p> <p>-</p> <p>-</p>
	<p>الأعراض:</p> <p>فكري مشغول بالأكل</p> <p>أشعر بالذنب لما أكل</p> <p>أتجنب بعض المأكولات</p> <p>أحيانا لدي رغبة في التأكد إذا ارتفع وزني</p> <p>أقرص جلد بطني مرارا و تكرارا (Goulet, p. 72)</p>

ملحق مقياس تقدير الذات الحالة الاولى.		التقديم القبلي					التقديم البعدي			
ال رقم	البنود	غير	نوعا	محا	موا	موافقة	غير	موا	محا	موا
		موافقة تماما	ما	يدة	فقة	تماما	موافقة تماما	فقة	يدة	فقة
01	رغم السمعة التي تميزني إلا أنني أشعر أن الآخرين يروني مقبولة جسديا	+								
02	نتيجة البداية أشعر بالقلق الشديد على صحتي					+				
03	أشعر أنني بدينة جدا وهذا يسبب لي الإحباط				+					
04	أنا راضية عن جسدي و أحبه كما هو	+								
05	كلما أكون في موقف يتطلب الحركة بسرعة جسدي يعيقني					+				
06	بما أن جسدي يدين أتلقى اللوم من الآخرين على وزني				+		+			
07	أشعر أن أجسام الآخرين أكثر حيوية وجاذبية من جسدي				+				+	
08	ترعجني الأوصاف المهينة عن جسدي التي أتلقاها من الآخرين				+					
09	بدانتي تفلقتي لذلك أود لو أغير بعض من ملامح جسدي				+					
10	أشعر أنه لا فائدة مني، لأنني حاولت تخفيض وزني لكنني فشلت				+					
11	عندما أنظر إلى المرأة أشعر بالاشمئزاز والحجل من جسدي				+					
12	نظرا لوزني المرتفع أرى أن جسدي غير جذاب				+					
13	أتمنى لو كان لدي جسد رشيق حتى أتلقى المجاملات حوله				+					
14	ينتقد بعض أفراد عائلتي شكل جسدي				+					
15	أشعر بالإحراج عند إظهار أجزاء من جسدي أمام الآخرين				+					
16	أحجل بسبب تعليقات أصدقائي حول جسدي				+					
17	أصبحت مدمنة على مقارنة جسدي بالآخرين				+					
18	أتجنب شراء الملابس التي تحدد معالم جسدي				+					
19	بحكم بدانتي ليس لدي مشكلة في التواصل مع الغرباء				+					+
20	رغم بدانتي تعتقد صديقاتي أنني مرحة ومن الممتع أن أكون معهن				+					+
21	عندما أتحدث مع أبي لدي انطباع أنه يفهمني				+					+
22	أعبر عن حبي للآخرين بصراحة لأنهم ليس لديهم أحكام عن جسدي				+					
23	أشعر أن ما يفكره الآخرون عني يقلقتني				+					
24	عندما أتحدث مع أمي لدي انطباع بأنها تفهمني				+					+
25	أعطي أهمية كبيرة للانتقادات التي يوجهها لي الآخرون نظرا لبدانتي				+					+
26	رغم وزني الزائد أجد الارتياح في المشاركة في النشاطات الجماعية				+					+
27	أصبح عصبية عندما يوجهون لي انتقادات سلبية على زيادة الوزن				+					+

										بدانتني تجعلني أحب العزلة على أن أشارك في النشاطات الجماعية	28
										عندما أكون في جماعة ألتزم الصمت لأنني أخشى أن يقولوا عني حماقة أو أخطأ	29
										رغم بدانتني أشعر أنه لدي القدرة على تكوين صداقات بسهولة	30
										لدي مخاوف من حضور الحفلات خاصة التي يتم فيها تصوير الحضور	31
										البداية تجعلني أشعر أنني غير مهمة في نظر الآخرين	32
										بسبب بيئتي الجسدية أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح والمناسبات	33
134					80	مجموع الدرجات					
التقديم البعدي				التقديم القبلي				. ملحق مقياس تقدير الذات الحالة الثانية			
موافقة	موا	محا	موافقة	غير	موافقة	موا	محا	موافقة	غير	البنود	ال رقم
تماما	فئة	يدة	نوعا	موافقة	تماما	فئة	يدة	نوعا	تماما	تماما	
				+					+	01	رغم السمعة التي تميزني إلا أنني أشعر أن الآخرين يرونني مقبولة جسديا
			+		+					02	نتيجة البدانة أشعر بالقلق الشديد على صحتي
			+		+					03	أشعر أنني بدينة جدا وهذا يسبب لي الإحباط
				+					+	04	أنا راضية عن جسدي و أحبه كما هو
			+		+					05	كلما أكون في موقف يتطلب الحركة بسرعة جسدي يعيقني
			+		+					06	بما أن جسمي يدين أتلقى اللوم من الآخرين على وزني
			+					+		07	أشعر أن أجسام الآخرين أكثر حيوية وجاذبية من جسدي
			+			+				08	ترعجني الأوصاف المهينة عن جسمي التي أتلقاها من الآخرين
			+		+					09	بدانتني تقلقني لذلك أود لو أغير بعض من ملامح جسدي
				+		+				10	أشعر أنه لا فائدة مني، لأنني حاولت تخفيض وزني لكنني فشلت
			+			+				11	عندما أنظر إلى المرأة أشعر بالاشمزاز والحجل من جسدي
			+			+				12	نظرا لوزني المرتفع أرى أن جسدي غير جذاب
			+			+				13	أتمنى لو كان لدي جسد رشيق حتى أتلقى المجاملات حوله
				+		+				14	ينتقد بعض أفراد عائلتي شكل جسدي
			+				+			15	أشعر بالإحراج عند إظهار أجزاء من جسدي أمام الآخرين
			+					+		16	أحجل بسبب تعليقات أصدقائي حول جسدي
			+						+	17	أصبحت مدمنة على مقارنة جسدي بالآخرين

											أتجنب شراء الملابس التي تحدد معالم جسدي	18
											بحكم بدائتي ليس لدي مشكلة في التواصل مع الغرباء	19
											رغم بدائتي تعتقد صديقاتي أنني مرحة ومن الممتع أن أكون معهن	20
											عندما أتحدث مع أبي لدي انطباع أنه يفهمني	21
											أعبر عن حبي للآخرين بصراحة لأنهم ليس لديهم أحكام عن جسدي	22
											أشعر أن ما يفكره الآخرون عني يقلقني	23
											عندما أتحدث مع أمي لدي انطباع بأنها تفهمني	24
											أعطي أهمية كبيرة للانتقادات التي يوجهها لي الآخرون نظرا لبدائتي	25
											رغم وزني الزائد أجد الارتياح في المشاركة في النشاطات الجماعية	26
											أصبح عصبية عندما يوجهون لي انتقادات سلبية على زيادة الوزن	27
											بدائتي تجعلني أحب العزلة على أن أشارك في النشاطات الجماعية	28
											عندما أكون في جماعة التزم الصمت لأنني أخشى أن يقولوا عني حماقة أو أخطأ	29
											رغم بدائتي أشعر أنه لدي القدرة على تكوين صداقات بسهولة	30
											لدي مخاوف من حضور الحفلات خاصة التي يتم فيها تصوير الحضور	31
											البدانة تجعلني أشعر أنني غير مهمة في نظر الآخرين	32
											بسبب بنيتي الجسدية أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح والمناسبات	33

مجموع الدرجات

13

63

. ملحق مقياس تقدير الذات الحالة الثالثة													
التقديم القبلي				التقديم الجدي				البنود	رقم				
غير	موافقة	محا	موا	غير	موافقة	محا	موا						
تماما	موافقة	محا	موا	تماما	موافقة	محا	موا	تماما	موافقة	محا	موا	01	رغم السمنة التي تميزني إلا أنني أشعر أن الآخرين يروني مقبولة جسديا
												02	نتيجة البدانة أشعر بالقلق الشديد على صحتي
												03	أشعر أنني بدينة جدا وهذا يسبب لي الإحباط
												04	أنا راضية عن جسدي و أحببه كما هو
												05	كلما أكون في موقف يتطلب الحركة بسرعة جسدي يعيقني
												06	بما أن جسدي بدين أتلقى اللوم من الآخرين على وزني
												07	أشعر أن أجسام الآخرين أكثر حيوية وجاذبية من جسدي

										أعطي أهمية كبيرة للانتقادات التي يوجهها لي الآخرون نظرا لبدائتي	25
										رغم وزني الزائد أجد الارتياح في المشاركة في النشاطات الجماعية	26
										أصبح عصبية عندما يوجهون لي انتقادات سلبية على زيادة الوزن	27
										بدائتي تجعلني أحب العزلة على أن أشارك في النشاطات الجماعية	28
										عندما أكون في جماعة ألتزم الصمت لأنني أخشى أن يقولوا عني حماقة أو أخطأ	29
										رغم بدائتي أشعر أنه لدي القدرة على تكوين صداقات بسهولة	30
										لدي مخاوف من حضور الحفلات خاصة التي يتم فيها تصوير الحضور	31
										البداية تجعلني أشعر أنني غير مهمة في نظر الآخرون	32
										بسبب بنيتي الجسدية أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح والمناسبات	33
										مجموع الدرجات	77
										121	
. ملحق مقياس تقدير الذات الحالة الخامسة											
التقديم القبلي					التقديم البعدي						
موافقة	موا	محا	موافقة	غير	موافقة	موا	محا	موافقة	غير	البنود	ال رقم
تماما	فئة	يدة	نوعا	موافقة	تماما	فئة	يدة	نوعا	تماما		
			ما	تماما				ما			
										01	رغم السمنة التي تميزني إلا أنني أشعر أن الآخرون يرونني مقبولة جسديا
										02	نتيجة البداية أشعر بالقلق الشديد على صحتي
										03	أشعر أنني بدينة جدا وهذا يسبب لي الإحباط
										04	أنا راضية عن جسدي و أحبه كما هو
										05	كلما أكون في موقف يتطلب الحركة بسرعة جسدي يعيقني
										06	بما أن جسمي يدين ألتقى اللوم من الآخرون على وزني
										07	أشعر أن أجسام الآخرون أكثر حيوية وجاذبية من جسدي
										08	تزعجني الأوصاف المهينة عن جسمي التي ألتقاها من الآخرون
										09	بدائتي تقلقتني لذلك أود لو أغير بعض من ملامح جسدي
										10	أشعر أنه لا فائدة مني، لأنني حاولت تخفيض وزني لكنني فشلت
										11	عندما أنظر إلى المرأة أشعر بالاشمئزاز والخجل من جسدي
										12	نظرا لوزني المرتفع أرى أن جسدي غير جذاب
										13	أتمنى لو كان لدي جسد رشيق حتى ألتقى المجاملات حوله
										14	يبتعد بعض أفراد عائلتي شكل جسدي

											15	أشعر بالإحراج عند إظهار أجزاء من جسدي أمام الآخرين	
												16	أخجل بسبب تعليقات أصدقائي حول جسدي
												17	أصبحت مدمنة على مقارنة جسدي بالآخرين
												18	أتجنب شراء الملابس التي تحدد معالم جسدي
												19	بحكم بدائتي ليس لدي مشكلة في التواصل مع الغرباء
												20	رغم بدائتي تعتقد صديقاتي أنني مرحة ومن الممتع أن أكون معهن
												21	عندما أتحدث مع أبي لدي انطباع أنه يفهمني
												22	أعبر عن حبي للآخرين بصراحة لأنهم ليس لديهم أحكام عن جسدي
												23	أشعر أن ما يفكره الآخرون عني يقلقتني
												24	عندما أتحدث مع أمي لدي انطباع بأنها تفهمني
												25	أعطي أهمية كبيرة للانتقادات التي يوجهها لي الآخرون نظرا لبدائتي
												26	رغم وزني الزائد أجد الارتياح في المشاركة في النشاطات الجماعية
												27	أصبح عصبية عندما يوجهون لي انتقادات سلبية على زيادة الوزن
												28	بدائتي تجعلني أحب العزلة على أن أشارك في النشاطات الجماعية
												29	عندما أكون في جماعة التزم الصمت لأنني أخشى أن يقولوا عني حماقة أو أخطأ
												30	رغم بدائتي أشعر أنه لدي القدرة على تكوين صداقات بسهولة
												31	لدي مخاوف من حضور الحفلات خاصة التي يتم فيها تصوير الحضور
												32	البدانة تجعلني أشعر أنني غير مهمة في نظر الآخرين
												33	بسبب بنيتي الجسدية أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح والمناسبات

مجموع الدرجات

113

75

. ملحق مقياس تقدير الذات الحالة السادسة		التقديم القبلي					التقديم البعدي					
ال	رقم	غير موافقة	موافقة	محا	موا	موافقة	غير موافقة	محا	موا	موافقة	غير موافقة	
		تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	
		تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	
		تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	
		تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	تماما	
01												رغم السمنة التي تميزني إلا أنني أشعر أن الآخرين يرونني مقبولة جسديا
02												نتيجة البدانة أشعر بالقلق الشديد على صحتي
03												أشعر أنني بدينة جدا وهذا يسبب لي الإحباط
04												أنا راضية عن جسدي و أحبه كما هو

									05	كلما أكون في موقف يتطلب الحركة بسرعة جسدي يعيقني
									06	بما أن جسمي بدين ألتقي اللوم من الآخرين على وزني
									07	أشعر أن أجسام الآخرين أكثر حيوية وجاذبية من جسدي
									08	ترجعني الأوصاف المهينة عن جسيمي التي ألتقاها من الآخرين
									09	بدانتي ثققتني لذلك أود لو أغير بعض من ملامح جسدي
									10	أشعر أنه لا فائدة مني، لأنني حاولت تخفيض وزني لكنني فشلت
									11	عندما أنظر إلى المرأة أشعر بالاشمئزاز والخجل من جسدي
									12	نظرا لوزني المرتفع أرى أن جسدي غير جذاب
									13	أتمنى لو كان لدي جسد رشيق حتى ألتقي المجاملات حوله
									14	ينتقد بعض أفراد عائلتي شكل جسدي
									15	أشعر بالإحراج عند إظهار أجزاء من جسدي أمام الآخرين
									16	أخجل بسبب تعليقات أصدقائي حول جسدي
									17	أصبحت مدمنة على مقارنة جسدي بالآخرين
									18	أتجنب شراء الملابس التي تحدد معالم جسدي
									19	بحكم بدانتي ليس لدي مشكلة في التواصل مع الغرباء
									20	رغم بدانتي تعتقد صديقاتي أنني مرحة ومن الممتع أن أكون معهن
									21	عندما أتحدث مع أبي لدي انطباع أنه يفهمني
									22	أعير عن حبي للآخرين بصراحة لأنهم ليس لديهم أحكام عن جسدي
									23	أشعر أن ما يفكره الآخرون عني يقلقتني
									24	عندما أتحدث مع أمي لدي انطباع بأنها تفهمني
									25	أعطي أهمية كبيرة للانتقادات التي يوجهها لي الآخرون نظرا لبدانتي
									26	رغم وزني الزائد أجد الانفتاح في المشاركة في النشاطات الجماعية
									27	أصبح عصبية عندما يوجهون لي انتقادات سلبية على زيادة الوزن
									28	بدانتي تجعلني أحب العزلة على أن أشارك في النشاطات الجماعية
									29	عندما أكون في جماعة ألتزم الصمت لأنني أخشى أن يقولوا عني حماقة أو خطأ
									30	رغم بدانتي أشعر أنه لدي القدرة على تكوين صداقات بسهولة
									31	لدي مخاوف من حضور الحفلات خاصة التي يتم فيها تصوير الحضور
									32	البداية تجعلني أشعر أنني غير مهمة في نظر الآخرين

										بسبب بنيتي الجسدية أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالإفراح والمناسبات	33
114					67						مجموع الدرجات
التقديم البعدي				التقديم القبلي				ملحق مقياس تقدير الذات الحالة السابعة			
موافقة	موا	محا	موافقة	غير	موافقة	موا	محا	موافقة	غير	البنود	ال رقم
تماما	فئة	يدة	نوعا	موافقة	تماما	فئة	يدة	نوعا	تماما		
			ما	تماما				ما	تماما		
	+								+	01	رغم السمنة التي تميزني إلا أنني أشعر أن الآخرين يرونني مقبولة جسديا
		+			+					02	نتيجة البدانة أشعر بالقلق الشديد على صحتي
				+		+				03	أشعر أنني بدينة جدا وهذا يسبب لي الإحباط
		+							+	04	أنا راضية عن جسدي و أحبه كما هو
				+				+		05	كلما أكون في موقف يتطلب الحركة بسرعة جسدي يعيقني
				+	+					06	بما أن جسمي بدين أتلقى اللوم من الآخرين على وزني
			+			+				07	أشعر أن أجسام الآخرين أكثر حيوية وجاذبية من جسدي
				+	+					08	ترجعني الأوصاف المهينة عن جسمي التي أتلقاها من الآخرين
	+					+				09	بدانتي تقلقني لذلك أود لو أغير بعض من ملامح جسدي
				+	+					10	أشعر أنه لا فائدة مني، لأنني حاولت تخفيض وزني لكنني فشلت
				+				+		11	عندما أنظر إلى المرأة أشعر بالاشمئزاز والخجل من جسدي
		+				+				12	نظرا لوزني المرتفع أرى أن جسدي غير جذاب
	+				+					13	أتمنى لو كان لدي جسد رشيق حتى أتلقى المجاملات حوله
	+			+	+					14	ينتقد بعض أفراد عائلتي شكل جسدي
		+				+				15	أشعر بالإحراج عند إظهار أجزاء من جسدي أمام الآخرين
				+				+		16	أخجل بسبب تعليقات أصدقائي حول جسدي
		+			+					17	أصبحت مدمنة على مقارنة جسدي بالآخرين
			+		+					18	أتجنب شراء الملابس التي تحدد معالم جسدي
+						+				19	بحكم بدانتي ليس لدي مشكلة في التواصل مع الغرباء
+						+				20	رغم بدانتي تعتقد صديقاتي أنني مرحة ومن الممتع أن أكون معهن
		+							+	21	عندما أتحدث مع أبي لدي انطباع أنه يفهمني
+								+		22	أعبر عن حبي للآخرين بصراحة لأنهم ليس لديهم أحكام عن جسدي

			+		+					أتمنى لو كان لدي جسد رشيق حتى أتلقى المجاملات حوله	13
				+		+				ينتقد بعض أفراد عائلتي شكل جسدي	14
			+			+				أشعر بالإحراج عند إظهار أجزاء من جسدي أمام الآخرين	15
			+			+				أخجل بسبب تعليقات أصدقائي حول جسدي	16
				+		+				أصبحت مدمنة على مقارنة جسدي بالآخرين	17
				+		+				أتجنب شراء الملابس التي تحدد معالم جسدي	18
								+		بحكم بدائتي ليس لدي مشكلة في التواصل مع الغرباء	19
									+	رغم بدائتي تعتقد صديقاتي أنني مرحة ومن الممتع أن أكون معهن	20
				+					+	عندما أتحدث مع أبي لدي انطباع أنه يفهمني	21
									+	أعبر عن حبي للآخرين بصراحة لأنهم ليس لديهم أحكام عن جسدي	22
									+	أشعر أن ما يفكره الآخرون عني يقلقني	23
									+	عندما أتحدث مع أمي لدي انطباع بأنها تفهمني	24
									+	أعطي أهمية كبيرة للانتقادات التي يوجهها لي الآخرون نظراً لبدائتي	25
									+	رغم وزني الزائد أجد الارتياح في المشاركة في النشاطات الجماعية	26
									+	أصبح عصبية عندما يوجهون لي انتقادات سلبية على زيادة الوزن	27
									+	بدائتي تجعلني أحب العزلة على أن أشارك في النشاطات الجماعية	28
									+	عندما أكون في جماعة ألتزم الصمت لأنني أخشى أن يقولوا عني حماقة أو خطأ	29
									+	رغم بدائتي أشعر أنه لدي القدرة على تكوين صداقات بسهولة	30
									+	لدي مخاوف من حضور الحفلات خاصة التي يتم فيها تصوير الحضور	31
									+	البدانة تجعلني أشعر أنني غير مهمة في نظر الآخرين	32
									+	بسبب بنيتي الجسدية أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح والمناسبات	33
133						77				مجموع الدرجات	

. (ملحق وثائق البحث الميداني)

كلية العلوم الاجتماعية

نيابة العمادة لما بعد التدرج والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

مستغانم في: 2022/06/12

الرقم: 88/ن.ع.ب.ت.ب.ع.ع.خ/2022

نائب العميد لما بعد التدرج والبحث العلمي والعلاقات الخارجية بالنيابة

إلى السيد:

مدير مؤسسة دار الشباب بالمحمدية، ولاية معسكر

الموضوع: ف/ي طلب ترخيص لإجراء بحث ميداني

يشرفني أن أطلب من سيادتكم المحترمة السماح للطالبة: خوجة مليكة، المولودة بتاريخ 1973/08/06 بالمحمدية، ولاية معسكر، طالبة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي بجامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم، بإجراء بحث ميداني تكلمة لأطروحة الدكتوراه الموسومة ب "فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف الوزن وأثره على تقدير الذات"

تقبلوا مني سيدي فائق الاحترام والتقدير.

سنت هذه الوثيقة بطلب من المعنية لاستعمالها في حدود ما يسمح به القانون.

نائب العميد

جامعة مستغانم
نائب العميد
المكلف بما بعد
تدرج والبحث
العلمي
كلية العلوم الاجتماعية

أ. ب. ب. ع. ع. خ. / 2022
نائب العميد لما بعد التدرج والبحث العلمي
والعلاقات الخارجية بالنيابة



Attestation De Participation

CETTE ATTESTATION EST REMISE À

KHODJA MALIKA

La TRAINING ACADEMY LTA atteste que KHODJA MALIKA a
suivi la Formation en NUTRITION avec succès.

Le directeur



