

أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات لدى المراهقات البدنيات

The impact of the cognitive-behavioral therapy program in the
development of self-esteem among obese adolescents

ط. د. خوجة مليكة^{1*}، أ. د. بن أحمد قويدر²

¹ جامعة مستغانم (الجزائر)، Khodjamalika20@gmail.com

² جامعة مستغانم (الجزائر)، Benahmedkuider07@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2023-06-01 تاريخ القبول: 2023-08-18 تاريخ النشر: 2023-12-30

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر البرنامج المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات لدى مراهقات بدنيات حيث طبق على علاج أربع حالات مراهقات تعانين من البدانة مؤشر كتلتهم يفوق 30% أي تعانين من البدانة.

اعتمدنا في هذه الدراسة المنهج الشبه تجريبي حيث قمنا بقياس قبلي وقياس بعدي لتقدير الذات بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على المراهقات. واعتمدنا على قائمة كوبر سميث لتقدير الذات و بناء البرنامج المعرفي السلوكي مستمد من نتائج قياس مستوى تقدير الذات.

توصلنا إلى وجود آثار إيجابية للبرنامج المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات لدى المراهقة البدنية حيث أظهرت الحالات الأربع تحسنا في تقديرهن لذواتهن، وانخفاضا في الوزن وهذا يعكس دور العامل النفسي في مشكلة البدانة.

الكلمات المفتاحية: المراهقة البدنية: تقدير الذات: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

Abstract:

This study aimed to find out the effect of the cognitive-behavioral program on the development of self-esteem among obese adolescent girls.

In this study, we adopted the semi-experimental approach, where we measured a pre- and post-measurement of self-esteem after applying the cognitive-behavioral therapy program on obesity. We relied on Cooper Smith's list of self-esteem and built a treatment program derived from the results of measuring the level of self-esteem.

We found positive effects of the therapeutic program on developing self-esteem among obese adolescents, as the four cases showed an improvement in their self-esteem and a decrease in weight, and this reflects the role of the psychological factor in the problem of obesity.

Keywords: The obese teen, the self esteem, the therapeutic cognitive and behavioral program

* المؤلف المرسل.

مقدمة:

تعتبر البدانة من بين الأمراض التي تؤثر على الصحة العمومية، والأكثر انتشارا في العالم في الوقت الحالي نظرا لتطور نمط الحياة، والتغير الحاصل في استهلاك الأغذية، حيث تفيد التقارير الرسمية للمنظمة العالمية للصحة (O.M.S.) أن ارتفاع نسبة البدانة لدى الأطفال، والمراهقين انتقل إلى الضعف ما بين سنة 1973-1994 أي أكثر من 50% يتراوح سنهم ما بين 5 و20 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 البدنيين أصبحوا راشدين بدناء (OMS, 2011, p.p. 34-36) وتشير الدراسات العربية العديدة إلى زيادة انتشار السمنة، ففي الأردن نشرت عام 2009 وجد أن فرط الوزن كان 18.8% من إجمالي البنين، 19.9% من إجمالي البنات، بينما كانت السمنة 5.6% من إجمالي البنين و5.5% من إجمالي البنات، وكانت هناك علاقة إحصائية بين مشاهدة التلفاز أكثر من ساعتين في اليوم و فرط الوزن والسمنة في عينة الدراسة.

وفي دول الإمارات العربية المتحدة عن معدلات فرط الوزن عند الأطفال من 5-17 سنة فوجدت 20.2% عند البنين و22.9% عند البنات، ومعدل السمنة عند الأطفال من كلا الجنسين 13.7%، وأشار مسح الصحة العالمي في قطر 2006 إلى أن فرط الوزن لدى الأطفال عادل 1.01%، والسمنة 17.1%، وعند الراشدين في قطر 25.2% فرط الوزن، و40% سمنة (الخطيب، 2009، ص.4)

تدل نتائج هذه الدراسات على أن البدانة أصبحت متفشية لدى الأطفال والمراهقين والراشدين، مما يستدعي الاهتمام بالصحة العمومية لأن لها انعكاسات على الصحة النفسية والجسدية للأفراد. إضافة إلى الآثار النفسية التي تصاحب البدانة و الوصمات الاجتماعية خاصة مستوى تقدير الذات المنخفض، وصورة جسدية سلبية، ومشاعر الخجل أو الشعور بالذنب. هذه المعاناة تجعلهم يتناولون وجبات سريعة تؤدي إلى أنماط غذائية روتينية تساهم في زيادة الوزن، فتظهر لديهم الاضطرابات النفسية مثل اضطرابات المزاج كالاكتئاب والوهن النفسي، اضطرابات القلق، الانعزال والرهاب الاجتماعي، اضطرابات النوم، اضطرابات السلوك، اضطرابات التعلم المدرسي، اضطرابات سيكوسوماتية (Ismard, 2008, p.202)

وعليه فالبدانة انعكاسات سلبية كبيرة على وحدة العلاقة النفسجسدية للبدن، فتراكم كمية كبيرة من الشحوم في الجسد يجعله غير متناسق، وغير جذاب خاصة بالنسبة للإناث، مما يخلف

لديهن انطبعا بعدم الرضا عن الشكل الخارجي، حيث تتغير نظرتها لذاتها خاصة فقدان الإحساس بقيمتها لذاتها.

وبناء على ما سبق يتضح مدى تأثير مرض البدانة على الأفراد، ومن هنا جاءت الحاجة إلى إجراء دراسة علمية لعلاج هذه المشكلة، وفي هذه الدراسة اخترنا أن يكون العلاج من خلال المقاربة المعرفية السلوكية، وذلك لما يلقاه العلاج المعرفي السلوكي من شهرة في علاج مختلف الأمراض والاضطرابات النفسية.

1. مشكلة الدراسة:

تطرح العلاقة بين تقدير الذات كمرحلة في سلم ماسلو Maslow للحاجات، والبدانة التي تشكل نوع من تشويه الجسد إلى التفكير في إمكانية معالجة هذا الاختلال، يمكن لضبط هذه العلاقة من التركيز على الجانب النفسي الذي يؤثر ويتأثر بالبدانة. تفيد التقارير الإعلامية الغربية والعربية إلى أن البدانة لها نتائج سلبية على الصحة النفسية والجسدية، والخطورة التي يمثلها هذا الأخير إلى إمكانية الإصابة بأمراض خطيرة، ومزمنة مثل مرض ضغط الدم، أمراض التنفس، داء السكري، داء المفاصل، اضطراب النوم، واضطرابات نفسية مختلفة كالالاكتئاب، والقلق وخاصة انخفاض مستوى تقدير الذات، وكما ورد في التقارير التي نشرتها المنظمة العالمية للصحة، والدراسات التي تناولت متغير البدانة وتأثيرها على تقدير الذات، وإقرارها بأن هذا الاضطراب أصبح يشكل وباء يهدد الإنسانية، ويجب مواجهته بكل الطرق الممكنة للحد منه، وأن ارتفاع نسبة المصابين به في ارتفاع مستمر، هذا يدعو إلى القلق لأن تبعاته تستهدف سمات نفسية مهمة في تكوين شخصية الأفراد، وأعضاء الجسد بكاملها، وهذا ما تؤكد الدراسات التالية:

دراسة المؤسسة الكندية للمعلومات الصحية حول البدانة لدى المراهقين، حيث ركزت على ارتفاع الوزن والبدانة، ونمو الأطفال لدى الأمهات المراهقات، الصحة العقلية، وتقدير الذات، توصلت النتائج إلى أن تقدير الذات لدى الطفل يميل إلى الانخفاض ما بين سن 10 إلى 17 سنة، وهذا الانخفاض ظهر أكثر عند الإناث ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض (SCS, 2009, p.12)

دراسة وانغ وآخرون Wang et al حول تأثير البدانة الطفولية على نمو تقدير الذات، في كندا، توصلت النتائج إلى أن ارتفاع الوزن ينبيء بتقدير ذات منخفض لدى الأطفال بعد أربع سنوات، وهو مؤشر لصحة عقلية مستقبلية غير سوية، وتقدير الذات المنخفض لم ينبيء بارتفاع الوزن، والنشاط الفيزيولوجي المنتظم كان إيجابيا في تنمية تقدير الذات (Wang, 2009, p.10)

دراسة كتاتة وآخرون Ketata et al حول الانتشار والعوامل المرتبطة بتقدير ذات منخفض عند الحالات البدينة، جرت الدراسة في تونس، وقد دلت النتائج على انتشار تقدير الذات المنخفض لدى الحالات البدينة بـ 68% مقارنة بالحالات العادية، وأكدت الأثر السلبي للسمنة على تقدير الذات لدى الأفراد، ومكنت هذه الدراسة من تحديد العوامل الأساسية العيادية، والاجتماعية الديموغرافية المرتبطة بتقدير ذات منخفض عند الحالات البدينة خاصة عند الأفراد الأصغر، ارتفاع الوزن في الطفولة، الاكتئاب، وتدهور نمط الحياة (Ketata, 2010, p.2)

دراسة دونا عبود موضوعها تأثير زيادة الوزن عند السيدات على صورة الجسم وتقدير الذات، جرت الدراسة في تونس، توصلت هذه الدراسة إلى أن 67% من النساء ذوات الوزن الطبيعي كان تقدير ذاتهن عالي مقارنة مع 18% من النساء البدينات، كذلك 96% من ذوات الوزن الطبيعي كانت لديهن نظرة عالية لصورة أجسامهن مقارنة مع 2% من النساء البدينات حيث بينت الدراسة أن السيدات البدينات يعانين من نقص تقديرهن لذواتهن مقارنة مع سيدات غير بدينات إضافة إلى أن لديهن صورة سلبية اتجاه أجسادهن (دونا، 2011، ص.55)

دراسة لباحثين لدى المؤسسة العامة الحواري للصحة في الجزائر، ببوزريعة، اهتمت بدراسة ارتفاع الوزن والبدانة لدى المراهقين والعوامل المشاركة في الوزن الزائد، تم التعرف على العادات الغذائية لدى هذه الفئة، وتوصلت النتائج إلى أن الالتزام بأربعة وجبات في اليوم هو محترم لكن الأنواع الأخرى من الأغذية التي تعزز الاضطراب الغذائي مثل الحلويات والمشروبات كالصودا تستهلك كل يوم بنسبة 60% من التلاميذ (EPSP, 2011, p.43)

كان للمقاربة المعرفية التي تقوم على العلاقة بين الجانب المعرفي الأفكار و الانفعال والسلوك دور في تعديل هذه العلاقة الثلاثية والتركيز على مفهوم تقدير الذات الذي هو حاصل تحقيق الحاجات البيولوجية والنفسية والاجتماعية وفق هرم ماسلو المتمثل أساسا في كونه كما يرى كوبر سميث بأنه مجموعة من الاتجاهات و المعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه الآخرين ومدى نجاح أو فشل مشاريعه، ويتضح أن للعلاج المعرفي السلوكي أهمية كبيرة ودور فعال في التكفل بمرض البدانة من الناحية النفسية والجسدية، ولقد أكدت الدراسات العلمية ذلك من خلال الدراسات الموالية:

دراسة فوساتي وآخرون Fossaty et al موضوعها العلاج المعرفي الجماعي لتقدير الذات عند الحالات البدنية، النتائج سجلت ارتفاع ملحوظ لتقدير الذات، وتأكيد الذات عند إعادة تطبيق أدوات القياس (Fossaty, 2004, p.14)

دراسة غراسيا وآخرون Grazia et al حول مساهمات العلاج بالرقص في التربية العلاجية للحالات التي تعاني من السمعة المفرطة، حيث دلت النتائج على أن التحليل المعجمي العام 92 إسم، 50 صفة، 38 فعل، من بين الأسماء الجسد يتبع بالرغبة أو الحسد والحركة، أما التحليل الكيفي تدل الألفاظ على التالي: قدرات أو مهارات تطوير الشعور بالجسد، تحول صورة الجسم، وتحسن تقدير الذات، ومهارات أخرى كالدافعية لرعاية الجسد، الحالة الصحية، تحسن الاتصال مع الآخر (Grazia, 2012, p.29)

في ظل هذه المعطيات أصبحت فرضية التركيز على تطوير تقدير الذات له إمكانية خفض البدانة موضوعا مهما في الدراسة، وبالتالي بناء برنامج علاجي نفسي وفق المقاربة المعرفية السلوكية يستهدف تقدير الذات كعنصر جوهري في معالجة البدانة من خلال التحكم في التغذية والسعرات الحرارية، وتغيير الأفكار والمشاعر السلبية من أجل ضبط البدانة. لذلك طرحنا الإشكالية التالية: ماهو مستوى تقدير الذات المتوقع بعد تطبيق برنامج معرفي سلوكي على المراهقات البدنيات؟

التساؤلات الفرعية:

- ما هو مستوى تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لدى المراهقات البدنيات؟
- ما هو مستوى تقدير الذات بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لدى المراهقات البدنيات؟
- ما هي التغيرات الحاصلة لدى المراهقات البدنيات بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي ؟

2.الفرضية العامة:

نتوقع مستوى تقدير ذات مرتفع بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على المراهقات البدنيات.

الفرضيات الفرعية:

- يكون مستوى تقدير الذات منخفضا قبل تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لدى المراهقات البدنيات.
- يكون مستوى تقدير الذات مرتفعا بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لدى المراهقات البدنيات.

- تكمن التغيرات الحاصلة لدى المراهقات البدينات بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في العناية والاهتمام بالتغذية الصحية وانخفاض الوزن.

3. أسباب اختيار الموضوع:

- التقارير المقلقة للمنظمة العالمية للصحة على أن اضطراب البدانة أصبح وباءاً يهدد الإنسانية.
- قلة الدراسات التي تخص العلاجات النفسية ذات العلاقة بمرض البدانة.
- مآل مرض البدانة إلى اضطرابات نفسية، وجسدية عويصة مما يؤدي إلى الموت المبكر.
- انتشار مرض البدانة في الجزائر لدى المراهقين حسب الدراسات.
- اهتمام الطالبة الباحثة بهذا المرض والرغبة في إعداد برنامج علاجي نفسي يعتمد على تقنيات محددة ومنظمة مساعدة لتخفيف الوزن، ولتنمية تقدير الذات لدى المراهقات البدينات.

4. أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية هذا البحث في أهمية العامل النفسي من خلال التركيز عليه في أي عمل علاجي.
- في إمكانية التحكم في المرض في هذه المرحلة العمرية للعينة.
- في حالة تحقق فعالية البرنامج العلاجي سيتمكن توظيفه على عينات مختلفة، وتحسينه وتطويره على فئات عمرية أخرى.

5. التعاريف الإجرائية:

أولاً/ المراهقة التي تعاني من البدانة: هي فتاة في مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الرشد، تعاني من ارتفاع نسبة الشحوم في الجسم، وهي زيادة الوزن عن الوزن المثالي، بمؤشر كتلة الجسم من 30% فما فوق.

ثانياً/ تقدير الذات: هو التقييم الذي تعطيه المراهقة البدينة لنفسها بنفسها من خلال قائمة تقدير الذات بين المنخفض والمتوسط والمرتفع، ويعبر تقدير الذات في هذه الدراسة بالدرجة المتحصل عليها على قائمة تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith.

ثالثاً/ البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي: هو مجموعة من الخطوات المنظمة، تستند إلى المقاربة المعرفية السلوكية، يطبق خلال مدة زمنية محددة على أربع مراهقات لديهن بدانة، والذي يستهدف

الجانب الجسدي، والنفسي، بهدف تخفيض الوزن وتنمية تقدير الذات لدى المراهقة البدينة، وسنحاول ذلك من خلال التقنيات التالية:

- التقنيات الخاصة بالجانب الجسدي لتخفيض الوزن.
- الفنيات والتمارين التي تستهدف الجانب النفسي.

6. الإجراءات المنهجية للدراسة:

6.1. منهج الدراسة:

نظرا لطبيعة الموضوع تم الاعتماد على المنهج الشبه التجريبي لاختبار الفرضيات لدى العينة الواحدة والذي ركزنا فيه على القياس القبلي والقياس البعدي لمستوى تقدير الذات وتطبيق البرنامج المعرفي السلوكي.

6.2. حدود الدراسة:

حالات الدراسة مراهقات وزنهم زائد عن المعدل العادي من 30 % فما فوق، وذلك بحساب مؤشر كتلة الجسم، وتحصلن على درجة منخفضة لتقدير الذات على قائمة تقدير الذات لـ كوبرسميث Cooper Smith، والحدود المكانية تمثلت في متوسطات دائرة المحمدية بولاية معسكر، بداية من 2021/09/20 إلى 2021/12/15.

6.3. أدوات الدراسة:

اعتمدنا على الأدوات التالية: المقابلة، الملاحظة، قائمة تقدير الذات لـ كوبر سميث Cooper Smith، الميزان، ومقياس الطول، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المتمثل في العناصر التالية:

- التقنيات الخاصة بالجانب الجسدي لتخفيض الوزن:
 - التكفل الخاص بالأكل بين الوجبات الرئيسية من خلال المراقبة الذاتية للتغذية عن طريق سجل التغذية.
 - التكفل الخاص بالأكل أثناء الوجبات الرئيسية يكون من خلال التوعية الغذائية.
 - العلاج التنفيري لتقليل أو توقيف الرغبة في أكل الطعام المفضل المساهم في زيادة الوزن.
 - الاسترخاء للتخفيف من التوتر.

• الفنيات والتمارين التي تستهدف الجانب النفسي:

- تمرين وصف الذات من خلال تمرين سمات الشخصية.
- توقيف النقد الداخلي من خلال الحوار السقراطي لأفكار السلبية و الناقدة للذات.
- مواجهة النقد الخارجي عن طريق تقبل جزء منه، ورفض الجزء الآخر.
- التعرف على الانفعالات وتمرين تسيير الغضب.
- التخيل الايجابي لتقبل الذات والمستقبل المرغوب.

7. دراسة مرض البدانة:

يمكن أن تظهر البدانة في أي مرحلة من عمر الفرد وتصبح مزمنة إذا لم ينتبه لها الأفراد وخاصة في مرحلة المراهقة التي تتميز بالتغيرات الفيزيولوجية والانفعالية والسلوكية، هذه الأخيرة يمكن أن توجه الفتاة المراهقة إلى إتباع سلوكات مختلفة كالإفراط في الأكل وتناول أطعمة غنية بالسكريات والدهون كنوع من التخفيف من التوتر والقلق، لكن هذه السلوكيات المتكررة تؤدي إلى تراكم وتكتل الدهون في الجسم مما يولد ارتفاعا في الوزن، وبالتالي تصبح الفتاة المراهقة بعد مرور الأيام تعاني من البدانة.

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

إن المفهوم الطبي للبدانة هو ارتفاع في كمية الشحم العادي 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 (Gustave, 1973, p.11)

ومن أسباب وجود البدانة تاريخ البدانة في الأسرة، وعمر بداية البدانة، ووجود تاريخ عائلي للإصابة بالأمراض الناجمة عن البدانة مثل ضغط الدم العالي وأمراض القلب، السكر، السرطان، ومدى توزيع الدهون في الجسم، وجود أمراض الغدة الصماء، الوجبات الغذائية المتناولة مع التركيز على كمية الدهون، وعدد مرات تناول الطعام، مع عدم ممارسة الرياضة وعمل التدريبات الرياضية (يوسف، 2012، ص.65)

ومن بين المتاعب والأمراض المصاحبة للبدانة التبول السكري، التهاب المرارة وتكوين حصوات، التهاب المفاصل وداء النقرس، دوالي الساقين، التهاب الجلد في مناطق الاحتكاك، داء الفتاق، سرطان الرحم وانقطاع الطمث، داء النقرس الناتج عن زيادة كمية حمض البوليك في الجسم، التهاب المفاصل، التهابات الجلد تكون بواسطة الفطريات في مناطق الإبط وتحت الثديين ويساعد ذلك ابتلالها بالعرق، طمث المرأة يصبح غير منتظم (الرواجبة، 1996، ص.104)

وتعد الناحية الجسمية من المصادر الحيوية في تشكيل مفهوم الذات والتي تتضمن بنية الجسم، ومظهره وحجمه فطول الجسم، وتناسقه ومظهره، وملامحه الجميلة له تأثير إيجابي في رؤية الفرد لنفسه لأن ذلك يدعو غالبا إلى استجابات القبول، والتقدير، والحب والاستحسان، ويعد ذلك تعزيزا ذاتيا قويا وقوة ذاتية دافعة للفرد إلى التجاوب مع قدراته الذاتية والمناخ الاجتماعي بشكل مثمر لذلك فإن صورة الجسم لها أثر فاعل في تفاعل الفرد الاجتماعي، ومن بين الدراسات التي أجريت في هذا الموضوع دراسة ستوبز كوف وريرد Stublskoff et Rierd التي هدفت لمعرفة العلاقة بين الناحية الجسمية ومفهوم الذات، وخلصت النتائج على أن المراهقات أكثر انتباها لأجسامهن من الذكور، وأظهر الذكور تقديرا أفضل لأجسامهم مقارنة بالإناث (الظاهر، 2010، ص.147)

إن العلاج النفسي للبدانة من خلال العلاج السلوكي المعرفي هو طريقة تستند إلى علم النفس التعلم التجريبي، وعلم النفس المعرفي أي الطريقة التي يتمثل بها الفرد سلوكاته، وكذلك كيف يفكر وكيف يشعر، وهذا لا يحدده الموقف فقط ولكن وجوب شرح كل جوانب العلاج للمريض، ويركز العلاج على التعاون والهدف المشترك حول المشاكل في الآن وهنا، ويتم الاتفاق على العلاج ومدته، فالعلاج هو أكثر من مجموعة تقنيات للحصول على التغيرات السلوكية، في مرحلة التقييم تفسر مشكلة المريض في سلوك محدد وتفكير ملموس، هذه المرحلة يرافقها عادة المراقبة الذاتية، والمعالج هنا يحدد ظروف المشكلة السلوكية ويقوم بتحليل الوظيفي متبوعا بالمشاكل المختارة والتفاوض على الأهداف (Erik, 2002, p.23)

8. إجراءات الدراسة الميدانية:

قمنا في البداية بدراسة استطلاعية نستكشف من خلالها ميدان البحث، والهدف منها تمثل في تطبيق قائمة تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith، وبناء برنامج علاجي نفسي معرفي سلوكي لمساعدة الحالات على تخفيض الوزن، وتنمية تقدير الذات.

أجريت الدراسة على مستوى بعض متوسطات، وثانويات دائرة المحمدية بولاية معسكر، تكونت العينة من 43 تلميذة في التعليم المتوسط، 68 تلميذة في التعليم الثانوي، واللاتي تعاني من ارتفاع الوزن، وبذلك يصبح المجموع 111 تلميذة.

8.1. أداة البحث:

هي قائمة تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith تم إعدادها في أمريكا، تتكون من 25 بنداً تقيس تقدير الذات، يجاب عنها ضمن ثلاثة اختيارات أو بدائل هي: لا، قليلاً، كثيراً، وتتمتع هذه القائمة بالصدق والثبات، تم تقنينها على المجتمع الجزائري.

جدول 1

الدرجات الفاصلة لتحديد مستويات تقدير الذات لدى الإناث

الدرجة الكلية الخام	الدرجة المعيارية الثانية	مستويات تقدير الذات
25 – 0	40 – 6	تقدير ذات منخفض
40 – 26	60 – 41	تقدير ذات متوسط
50 – 41	74 – 61	تقدير ذات مرتفع

المصدر: معمري، 2012

8.2. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

بعد الفرز توصلنا إلى العينة التي مؤشر كتلتها من 30% فما فوق، وتقدير ذاتها منخفض، وتمثل عددها في 14 حالة، وتراوحت نتائج درجات تقدير الذات بين 12 إلى 24 درجة، وتم اختيار حالات الدراسة الأساسية عن طريق القرعة.

8.3. مواصفات اختيار الحالات:

كل الحالات مراهقات، كل الحالات مؤشر كتلتها من 30% فما فوق، نتائج تقدير الذات منخفضة لدى الحالات أي أقل من المتوسط، غياب أعراض اضطراب الشراهة العصبي لدى الحالات، غياب الأمراض العضوية المزمنة لدى الحالات، الاستعداد للتعاون في خطوات العلاج.

9. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

أعدت الطالبة الباحثة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بهدف تخفيض الوزن وتنمية تقدير الذات لدى المراهقات البدينات، بناءً على مجموعة من الخطوات المنظمة والمستمدة من المقاربة المعرفية السلوكية، يتضمن مجموعة من الفنيات والتقنيات العلاجية.

1.9. إجراءات بناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

أولاً/ القيام بدراسة استطلاعية، والهدف منها:

- تحديد أهم المشكلات المشتركة بين الحالات حتى تتمكن الطالبة الباحثة من وضع أهم النقاط التي ستكون محتوى البرنامج.
- الاعتماد على الأدب النظري، والنظريات المعرفية والسلوكية في بناء البرنامج.
- الاطلاع على عدة برامج علاجية، وكيف تم إعدادها مع مراعاة الفئات العمرية المختلفة.
- معرفة الطالبة الباحثة السابقة لبعض التقنيات المعرفية السلوكية مثل الاسترخاء، والعلاج التنفيري، لمشاركتها في دورة تدريبية لدى مركز الحكمة في ولاية غيليزان.
- التكوين والحصول على شهادة في التغذية العلاجية.

2.9. التقنيات المطبقة في البرنامج العلاجي:

- التربية النفسية: تهتم بتحسيس الحالات من خلال تعريفهم بمرضهم والأسباب المؤدية إليه والآثار الناجمة عنه وطرق العلاج والتكفل به.
- التوعية الغذائية: تهتم بتوعية الحالات بعلاقتهم مع الطعام، وكيفية الأكل، ونوعيته وكميته، وتعلم طرق ووصفات جديدة.
- سجل التغذية: يملأ الجدول لمدة سبعة أيام وتكتب في الخانة الموافقة: ماذا أكلت؟، وما هي الكمية؟، في أي مكان؟ مع من؟، وما هي المشاعر المصاحبة بعد أكل؟
- الاسترخاء: تهتم هذه التقنية بالجانب الفيزيولوجي والنفسي للحالة لتخفيف الضغط والتوتر.
- العلاج التنفيري: نفجر استجابة غير مرغوبة بتخيل مثلاً حشرات على الطعام المفضل.
- تمرين وصف الذات: يتمثل في جدول يحتوي على صفات كثيرة ويمكن للحالة أن تضع علامة*، في خانة الصفة التي توافقها ثم يتم مناقشتها بين المعالج والحالة والهدف هو تعرف الحالة على صفاتها وتطبيقها، والتمرين مع أحد الأقارب كواجب منزلي حتى يتم التواصل مع القريب ويتبادلان التغذية الرجعية وتتعرف الحالة على نقاط القوة والضعف عن ذاتها.
- التعرف على الأفكار السلبية، توقيف النقد الذاتي، وكتابة أفكار إيجابية بديلة: يقوم المعالج بتحفيز الحالة على الإفصاح عن أفكارها السلبية ثم يتم طرح أسئلة: هل هذه الفكرة عقلانية؟ هل تساعدني هذه الفكرة؟ هل تجعلني أشعر بحالة جيدة؟ ثم استبدال الأفكار السلبية.

- تمرين تسيير الغضب: الغضب هو نوع من التشويه المعرفي، فالمعالج يحفز الحالة على تذكر يوما كانت فيه غاضبة جدا لسبب ما ويقوم المعالج بسؤال الحالة عن كيفية غضبها ومع من؟ و هل كان من دون سبب؟، وهل كان الغضب فيه فائدة؟، وهل ساعدها للوصول إلى ما ترغب أم ألحق بها الأضرار؟ وهل كانت قادرة على توصيل رسالتها؟، ثم يقوم المعالج بنصح الحالة بإجراء تقييم وفوائد الغضب من خلال أسئلة أخرى.
- تمرين مواجهة النقد الخارجي: يحث المعالج الحالة على تذكر نقدا تعرضت له ثم يسألها عن رد فعلها أمامه، ويعلم الحالة كيفية الرد على النقد من خلال تقبل جزء منه و رفض الجزء الآخر وذلك لتجنب الوضعية الدفاعية والمحافظة على تقدير الذات الايجابي بدون تفاقم الوضع.
- تمرين التخيل من خلال نظرة الحالة إلى نفسها من خلال شخص يحبها: يقوم المعالج بحث الحالة على اختيار شخصية تحبها كثيرا ثم تتخيلها في خيالها وتقوم بوصفها من خلال حركاتها وكلماتها ومظهرها وتصرفاتها ونقاط قوتها وضعفها وكل التفاصيل التي تجعل هذا الشخص فريدا ثم يحث المعالج الحالة على تخيل نفسها تطفو من نفسها وتدخل في الشخص المحبوب وتصبح هي الشخص.
- تخيل المستقبل الجيد والمرغوب فيه: يحث المعالج الحالة على تخيل مستقبل غير سار لأنها لم تهتم بنفسها وبدراساتها وبجسدها وما يمكن أن تراه وتسمعه وتشعر به ثم يوقف الحالة، ويعيد تحفيزها ويجعلها تتخيل مستقبلا زاهرا ومرغوبا فيه لأنها اهتمت بنفسها وبجسدها وبدراساتها، ومع كل المكتسبات التي تعلمتها في البرنامج العلاجي وكيف فعلت وكيف كانت للوصول إلى التجربة المرغوبة.

3.9. مراحل البرنامج العلاجي:

المرحلة الأولى ما قبل البرنامج العلاجي، ويتم في الحصة الأولى التعارف ما بين المريضة، والمعالج 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، وسلوكاتها الغذائية، في الحصة الرابعة يتم تمرير قائمة كوبر سميث لتقدير الذات تقديمها قبلها، وجمع أكبر قدر من المعلومات عن أفكار الحالة من خلال الإجابة على بنود

القائمة بكل حرية ثم يقدم العقد العلاجي للحالة حتى يتم ضبط الحصص، وتعلم التقنيات المعروضة، وفي الآخر يتم تقديم سجل التغذية كواجب منزلي.

المرحلة الثانية البداية في البرنامج العلاجي، وتمتد هذه المرحلة من الحصة الخامسة إلى الحصة 14 بواقع حصتين في الأسبوع، ويتم خلالها تعلم التقنيات السلوكية، والتقنيات المعرفية لتخفيف الوزن، ورفع مستوى تقدير الذات.

المرحلة الثالثة مرحلة التقييم، وتكون خلال الحصة الأخيرة، وهي الحصة الخامسة عشرة يتم فيها مراجعة ما تم تعلمه خلال حصص البرنامج العلاجي ثم تطبق قائمة كوبر سميث لتقدير الذات تطبيقا بعديا.

10. عرض حالات الدراسة:

1.10. الحالة الأولى:

الحالة "خ"، عمرها 15 سنة، المستوى الدراسي 4 متوسط، المستوى الاقتصادي متوسط، عدد الإخوة 10 (4 ذكور، 6 إناث، 3 إناث متزوجات، 2 ذكور متزوجين)، رتبة الحالة الأخيرة، الأم مأكثة بالبيت، والأب متقاعد، السكن واسع، الوزن: 109 كغ، الطول: 171 سم، مؤشر الكتلة: 37,3%، وترغب الحالة في تخفيض وزنها على الأقل 30 كغ.

تسرد الحالة أن مشكلة السمنة بدأت منذ كان عمرها 8 سنوات، وكان ذلك في أواخر السنة الثالثة ابتدائي حيث أن أختها الكبرى أصيبت بمرض اليرقان، وبالإضافة إلى العلاج الطبي كانت الأم تقدم علاجا بالعسل، والأعشاب الطبيعية (عقدة)، وكانت الحالة تأكل من هذه العقدة خفية عن أمها، ومنذ تلك الفترة بدأت تظهر عليها أعراض ارتفاع الوزن، وأصبحت تأكل كثيرا وظل وزنها مستمرا في الارتفاع، حاولت الحالة تخفيض وزنها بممارسة الرياضة في قاعة الرياضة في فترة العطلة الصيفية لكن محاولاتها باءت بالفشل وشعرت بالإحباط، وكلما فكرت في إعادة الكرة تقول لنفسها: "لن أقدر على ذلك وسأفشل مثل المرة السابقة"، وتعترف الحالة أنها تأكل بين الوجبات الرئيسية وتبحث عن كل ما يتبقى وتأكله بالإضافة إلى ذلك تأكل بطريقة سريعة وتتناول لقمة كبيرة كما أن تغذيتها غير صحية وغنية بالنشويات والسكريات والدهون.

تشعر الحالة بالاستياء فهي لا تجد الملابس المناسبة لجسدها الممتلئ ولا تستطيع مواكبة الموضة لصعوبة إيجاد المقاس الذي يلائمها بالإضافة إلى الالتهابات التي تصاب بها في فترة الصيف على

مستوى الفخزين، وما يزيد من معاناتها سخرية الآخرين، وسرعة التعب والإرهاق بمجرد ممارسة أقل نشاط بدني.

تكره حالة صورتها في المرأة وتلوم نفسها بقولها: "هذي قاع ماشي حالة راني فيها كرهت روجي أنا علاش ماجيتش كيما خواتي ناقصة"، "كيدايره قاع ماشي شابة"، والذي يصعب الأمر أكثر هو تعليقات الأخوات والأم والآخرين السلبية مثل: "ماما تقولي ماشي ساجية، ماشي شابة وزايدة ما تقرايش كيما خواتك"، فالحالة تشعر بالإستياء وفقدان القيمة وبأنها غر مقبولة ومكروهة بتصريحها: "أنحس بلي ما عنديش قيمة عند ماما وأنحسها بلي تكرهني"، وتعليقات أخرى مثل: "راكي تشوفي في روحك كيراكي دايرة غادي توسعيلي لباسي وما نزيدش نلبسه"، "بصح قاع ما تشهيش لأختك، أختك شابة عليك بزاف"، تشعر الحالة بالألم والمعاناة وتصرح: "يضرني بزاف الكلام ألي يقلوهلي، خواتي كاع شاين غير أنا ألي ماشي شابة وضعيفة في الدراسة، ونحس روجي غبية".

2.10. الحالة الثانية:

الحالة "أ"، السن 16 سنة، المستوى الدراسي سنة أولى ثانوي، المستوى الاقتصادي للعائلة متوسط، ليس لديها إخوة، الأم معلمة متقاعدة، الأب شرطي، السكن شقة، الوزن 88 كغ، الطول 163 سم، مؤشر الكتلة 33%.

أرجعت الحالة سمنتها إلى المأكولات الغنية بالدهون، والسكريات ولأنها كانت مدللة من طرف والديها لاعتبارها البنت الوحيدة لديهم، وظل وزن الحالة في ارتفاع مستمر حيث وصل إلى 88 كغ، واعترفت الحالة على أنها تأكل بين الوجبات الرئيسية، وتشتري كل ما يطيب لها من أكل سريع، وتشكو الحالة من جسدها الممتلئ وبأن صورتها لا تعجبها مع وجهها السمين، وبطنها المنتفخ، وتقول لنفسها أمام المرأة "لاطاي مقلة قاع ماكان حالة"، بالإضافة إلى التعليقات السلبية وسخرية الشباب في الطريق ومن بين ما يقال لها "كارتاع ليمون وما يذوبكش"، وهذه الأخيرة تعزز الرؤية السلبية للذات مما يجعلها تفقد الثقة في نفسها، وأشارت الحالة كذلك إلى أنها تتعب بسرعة عند القيام بالنشاطات المنزلية، وفي حصص الرياضة في الثانوية.

3.10. الحالة الثالثة:

الحالة "ه" 16 سنة، المستوى الدراسي الثانية ثانوي، المستوى الاقتصادي للعائلة متوسط، عدد الإخوة 6 (3 بنات و3 ذكور)، الرتبة الرابعة، الأم تعمل ممرضة، الأب مهندس فلاح، السكن فيلا. الوزن: 100 كغ، الطول: 168 سم، مؤشر الكتلة: 35,4%.

بدأت مشكلة الحالة منذ نعومة أظافرها حيث ترجع سبب بدانتها إلى والديها الذين كانا يفرطان في تغذيتها بالجبن والياغورت طيلة شهورها الأولى، وبما أن الأم تعمل بالمستشفى كانت الحالة تبقى مع والدها فهو مهندس فلاح ولديه وقت فراغ وأحيانا يأخذها معه للعمل، وحسب تصريحات الحالة فالوالد كان يهدئها بالحلويات وعليه تعودت على تهدئة انفعالاتها بسلوك الأكل.

وترجع الحالة تفاقم وضعها الجسدي إلى إفراطها في الأكل فتقول أن شهيتها كبيرة فهي تحب جميع أصناف المأكولات إضافة إلى أنها تأكل ما بين الوجبات الرئيسية خاصة عندما تكون حزينة أو غاضبة وفرحة أيضا. ولقد قامت الحالة العام الماضي وبدعم من والدها بتخفيض وزنها في فترة العطلة الصيفية لمدة 3 أشهر مع تقليل كميات الأكل، وتوصلت الحالة إلى فقدان 20 كغ.

وبعد الدخول المدرسي عادت الحالة إلى سلوكها الغذائي السلبي السابق واستعادت وزنها السابق بزيادة هذه المرة فأصبح 100 كغ، وكلما تريد إعادة الكرة تقول في نفسها "غير راكي تشكلي ماغادي ديري والو"، وأشارت الحالة إلى أن جسدها البدين يشعرها بالتعب، وأنها لما تنظر إلى نفسها في المرآة تكره نفسها وجسدها الممتلئ ماعدا وجهها الذي مازال يعجبها، وما ينغص عليها حياتها عدم إيجادها لمقاسات مناسبة للملابس التي ترغبها، وتضيف أن إخوانها الذكور يغيظونها بسخريتهم بمناداتها "بوفتيكة" عوض مناداتها باسمها، وسخرية الشباب عن جسدها تشعرها بالإحباط وبأنها مرفوضة بتعليقات مثل "الفرماج راه يمشي" و"قرعة غازبلا تيو" و"بقرة".

4.10. الحالة الرابعة:

الحالة "م"، السن 17 سنة، المستوى الدراسي 3 متوسط، المستوى الاقتصادي للعائلة متوسط، عدد الإخوة 2، الرتبة الثانية، الأم معلمة، الأب متوفي، السكن شقة. الوزن: 110 كغ، الطول: 174 سم، مؤشر الكتلة: 36,4%.

وفي الوقت الحالي اشتكت الحالة من قسوة والدتها عليها وبعض الخلافات بينهما بسبب نتائجها الدراسية المنخفضة، وكذلك لتوبيخها بسبب عدم قدرتها على تخفيض وزنها حيث تقول لها "راكي سامحة في روحك خلي الناس يزعمو عليك"، تقول الحالة أن والدتها تنصحها دائما بتقليل الأكل كما

اقترحت عليها الدخول لقاعة الرياضة للرفع من نشاطها، وتخفيض وزنها لكنها كانت ترفض ذلك لأن جسدها يشعرها بالإحراج وإرادتها ضعيفة.

توفي والد الحالة في فرنسا منذ سنتين لأنه كان مهاجرا ويعمل هناك، وكانت تتواصل معه هاتفيا، وصرحت الحالة أنها لحد اليوم لا تصدق أن والدها توفي وتبكي بشدة حيث تقول: "علاش بويا أنا علاش أنا بالذات يموت بويا"، الغياب الطويل للأب بالإضافة إلى موته المفاجئ ترك فراغا كبيرا وعدم تقبل موته وفراقه جعلها تملأ هذا الفراغ بالأكل، وتدهورت نتائجها الدراسية، وتوقفت الحالة عن ممارسة الرياضة في المدرسة لأن أستاذ الرياضة كان يصرخ في وجهها لأنها لم تكن نشيطة في ممارسة التمارين الرياضية.

بدأت مشكلة الحالة مع البدانة عندما أتمت عشرة سنوات، ففي طفولتها حسب ما ورد على لسانها كانت نحيفة، وكان السبب في بداية ارتفاع وزنها هو إفراطها في أكل الشوكولاتة، والشيبس والعصير، وبذور دوار الشمس بكثرة، بالإضافة إلى أن الوجبات الرئيسية لديها كانت تعتمد على الأكل الدسم، والأكل بين الوجبات الرئيسية، كما تعترف الحالة أنها لا تشرب الماء بتاتا وعندما تحس بالعطش تتناول المشروبات الغازية، حاولت الحالة القيام بالحمية لتخفيض وزنها لكن محاولاتها باءت بالفشل، حيث تعود لسلوكها الغذائي السابق فاسترجعت وزنها السابق مع كيلوغرامات إضافية.

وأضافت أن صورتها في المرأة لا تعجبها وهي غير راضية عن جسمها البدين حيث أمسكت الحالة أمامنا جلد بطنها وملامح الأشمئزاز بادية عليها بقولها: "كرشي خارجة بزاف راني عايفة روجي"، كما عبرت بمشاعر الاستياء عندما تطرقت لموضوع اقتناء الثياب، والذي يشعرها بالألم ويعكس مزاجها فهي ترتدي إما جلابة أو ملاية، وتشتكي الحالة من سرعة التعب، والتهابات على مستوى الفخذين عندما تمشي لفترة طويلة بالإضافة إلى معاناتها مؤخرا من الدوخة، وقد خضعت للفحص الطبي، وأجرت تحاليل، وأظهر التشخيص أن السبب في ذلك هو السمنة المفرطة حيث أكد الطبيب على ضرورة تخفيض الوزن.

11. عرض النتائج ومناقشتها:

ونأتي الآن لعرض النتائج ومناقشتها على ضوء التراث العلمي ونبدأها بالتذكير بالفرضية العامة: نتوقع مستوى تقدير ذات مرتفع بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على المراهقات البدينات. ولكن قبل ذلك سنناقش الفرضيات الجزئية من خلال ما توصلنا إليه من نتائج.

الفرضية الفرعية الأولى: يكون مستوى تقدير الذات منخفضا قبل تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لدى المراهقات البدينات .

تحصلت الحالة الأولى "خ" خلال التطبيق القبلي لقائمة كوبر سميث لتقدير الذات على درجة 11 إشارة إلى انخفاض مستوى تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وتحصلت الحالة الثانية "أ" خلال التطبيق القبلي لقائمة كوبر سميث لتقدير الذات على درجة 19 إشارة إلى انخفاض مستوى تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وتحصلت الحالة الثالثة "هـ" خلال التطبيق القبلي لقائمة كوبر سميث لتقدير الذات على درجة 24 إشارة إلى انخفاض مستوى تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وتحصلت الحالة الرابعة "م" خلال التطبيق القبلي لقائمة كوبر سميث لتقدير الذات على درجة 17 إشارة إلى انخفاض مستوى تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي، وعليه هذه الدرجات المنخفضة تؤكد على أن الفرضية الجزئية الأولى صحيحة.

الفرضية الفرعية الثانية: يكون مستوى تقدير الذات مرتفعا بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي لدى المراهقات البدينات.

ارتفعت الدرجات لدى الحالة الأولى بعد التطبيق البعدي لقائمة كوبر سميث إلى درجة 41 في إشارة إلى ارتفاع مستوى تقدير الذات بعد الخضوع للبرنامج العلاجي، ولقد ارتفعت هذه الدرجة لدى الحالة الثانية بعد التطبيق البعدي لقائمة كوبر سميث إلى درجة 32 في إشارة إلى انتقال مستوى تقدير الذات المنخفض إلى المستوى المتوسط بعد الخضوع للبرنامج، ولقد ارتفعت هذه الدرجة لدى الحالة الثالثة بعد التطبيق البعدي لقائمة كوبر سميث إلى درجة 42 في إشارة إلى انتقال مستوى تقدير الذات المنخفض إلى المستوى المرتفع بعد البرنامج العلاجي، ولقد ارتفعت هذه الدرجة لدى الحالة الرابعة بعد التطبيق البعدي لقائمة كوبر سميث إلى درجة 43 في إشارة إلى انتقال مستوى تقدير الذات المنخفض إلى المستوى المرتفع مع نهاية الحصص العلاجية للبرنامج العلاجي، وهذه النتائج تؤكد على أن الفرضية الجزئية الثانية صحيحة.

الفرضية الفرعية الثالثة: تكمن التغيرات الحاصلة لدى المراهقات البدينات بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في العناية و الاهتمام بالتغذية الصحية وانخفاض الوزن.

ولقد ظهر التغير من خلال الحصص العلاجية، وانخفاض الوزن مع التقدم في الحصص لدى الحالة الأولى بـ 7 كغ، واكتساب الثقة في الذات، هذا التغير الإيجابي كان واضحا على سلوك الحالة،

وظهر من خلال الاهتمام بالتغذية، وممارسة الرياضة، ومختلف التقنيات المساعدة على تخفيض الوزن، وتحسين تقدير الذات، وما عزز الأمر أكثر هو الدعم الأسري. وبناء على نتائج التطبيق القبلي، والبعدي لقائمة تقدير الذات، والتغير الإيجابي الذي حدث في الجانب السلوكي، والمعرفي نحو الذات نستنتج أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي كان له الأثر الإيجابي في تنمية تقدير الذات لدى الحالة الأولى.

واستنادا إلى نتائج التقديم القبلي، والبعدي لقائمة كوبر سميث لتقدير الذات لدى الحالة الثانية وإضافة إلى التغير الإيجابي لسلوك الحالة نحو تخفيض الوزن بـ 4 كغ، وتغير النظرة السلبية للذات إلى نظرة أكثر إيجابية، ورغم غياب دعم الوالد في هذه التجربة وتهديده المستمر بتوقيف الحالة عن دراستها نظرا لانخفاض نتائجها الدراسية كانت الوالدة أكثر حضورا، وتأثيرا من خلال دعمها الذي كان إيجابيا.

نستنتج من خلال ما تقدم من نتائج التقديم القبلي والبعدي لقائمة تقدير الذات لدى الحالة الثالثة، أصبحت أكثر إصرارا على تخفيض وزنها بـ 6 كغ، وتأكيدا على الاستمرار على هذا المنوال دون الرجوع إلى السلوكيات الغذائية غير الصحية السابقة، هذه الدافعية الإيجابية جعلت الحالة أكثر ثقة في نفسها كما تحسنت نظرتها، وثقتها في ذاتها زيادة على الدعم الأبوي، والذي كان له انعكاسا إيجابيا واضحا على سلوكها.

وبناء على النتائج المتحصل عليها من خلال نتائج التقديم القبلي، والبعدي لقائمة تقدير الذات لدى الحالة الرابعة، وتغير السلوك الغذائي وفقدان الوزن بـ 5 كغ ونظرة الذات السلبية إلى سلوك إيجابي وصورة إيجابية عن الذات مع التنويه بالدور الإيجابي الذي قامت به والدته وأخت الحالة في مساندتها.

وبناء على ما تقدم تحققت توقعات الدراسة المتمثلة في توقع مستوى تقدير ذات مرتفع بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على المراهقات البدينات محل هذه الدراسة ويظهر ذلك من خلال النتائج في الجداول الموالية.

جدول 2

نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس تقدير الذات لدى الحالات الأربعة

التغير	الفرق	التطبيق البعدي للمقياس	التطبيق القبلي للمقياس	
إيجابي	30	41	11	الحالة الأولى
إيجابي	13	32	19	الحالة الثانية
إيجابي	18	42	24	الحالة الثالثة
إيجابي	26	43	17	الحالة الرابعة

المصدر: نتائج البحث الميداني

يوضح الجدول (2) الفرق الواضح بين التطبيق القبلي، والبعدي لقائمة كوبر سميث لتقدير الذات حيث أن الفرق كان بـ 30 درجة لصالح التطبيق البعدي لدى الحالة الأولى، وبـ 13 درجة لصالح التطبيق البعدي لدى الحالة الثانية، وبـ 18 درجة لصالح التطبيق البعدي لدى الحالة الثالثة، وبـ 26 درجة لصالح التطبيق البعدي لدى الحالة الرابعة، وهذه النتائج دليل على فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقدم الذي اهتم بالجانب الجسدي والجانب النفسي في تحسين وتنمية تقدير الذات لدى الحالات محل الدراسة.

جدول 3

أهم تغيرات الوزن لدى الحالات الأربعة

التغير	الفرق بـ "كغ"	الوزن بـ "كغ" بعد البرنامج العلاجي	الوزن بـ "كغ" قبل البرنامج العلاجي	
إيجابي	7	102	109	الحالة الأولى
إيجابي	4	84	88	الحالة الثانية
إيجابي	6	94	100	الحالة الثالثة
إيجابي	5	105	110	الحالة الرابعة

المصدر: نتائج البحث الميداني

يوضح الجدول (3) أهم تغيرات الوزن لدى الحالات، حيث تغير وزن الحالة الأولى و انتقل من 109 كغ إلى 102 كغ بفارق 7 كغ، تغير وزن الحالة الثانية و انتقل من 88 كغ إلى 84 كغ بفارق 4 كغ، وتغير وزن الحالة الثالثة وانتقل من 100 كغ إلى 94 كغ بفارق 6 كغ، وتغير وزن الحالة الرابعة وانتقل من 110 كغ إلى 105 كغ بفارق 5 كغ.

هذه التغيرات الواضحة في الوزن تشير إلى أهمية وفعالية هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات وتخفيض الوزن.

ولقد تشابهت نتائج دراستنا من حيث الأثر السلبي الذي تخلفه البدانة على تقدير الذات مع ما توصلت إليه دراسة عيسى عبود دونا حول موضوع تأثير زيادة الوزن عند السيدات على صورة الجسم وتقدير الذات، ولقد اختلفت دراسة عبود عيسى مع دراستنا من حيث العينة المتمثلة في السيدات واستخدام أداة قياس تقدير الذات لروزانبارغ Rosenberg وغياب البرنامج العلاجي لذلك، ولكن دراستنا الحالية التقت مع بعض متغيرات الدراسة التي قام بها كل من الباحثين كولاي وريكار وفورساتي Kolay, A. Rykar, M. Forsaty حول موضوع العلاج المعرفي الجماعي لتقدير الذات عند الحالات البدينة، وتمثلت عينة البحث في مجموعة من النساء البدينات أين سجلت النتائج ارتفاعاً في مستوى تقدير الذات، وتأكيد الذات من خلال العلاج المعرفي الجماعي، واختلفت دراسة A. Kolay, A. Rykar, M. Fossaty مع دراستنا من حيث سن العينة المتمثلة في سيدات بدينات، وكذلك أدوات القياس المستخدمة بالإضافة إلى أنها تبنت العلاج الجماعي بواسطة المقاربة المعرفية لتنمية تقدير الذات.

وبناء على ما تقدم تحققت الفرضية العامة المتمثلة في توقع مستوى تقدير ذات مرتفع بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على المراهقات البدينات.

خاتمة:

إن هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتنمية تقدير الذات كان له الأثر الإيجابي على المراهقات البدينات التي خضعت للعلاج، وللمتابعة النفسية، فمن خلال مختلف التقنيات، والفنيات التي اعتمدناها في هذا البحث، والتي قامت على التربية النفسية، التوعية الغذائية، سجل التغذية الأسبوعي، الاسترخاء، العلاج التنفيري، توقيف النقد الداخلي، مواجهة النقد الخارجي، التعرف على الانفعالات وتسيير الغضب، وفي الأخير التخييل الإيجابي لتقبل الذات، والمستقبل المرغوب فيه. فباستخدام هذه التقنيات تمكنت الحالة من استرجاع الثقة المفقودة، والنظرة الإيجابية للذات، وتخفيض الوزن مع التقدم في الحصص العلاجية، وأصبح تقييم الحالات لذواتهن إيجابياً.

قائمة المصادر والمراجع:

1. الخطيب محمود. (2009). واقع السمنة عند اطفال المدارس القطريين. الدوحة. قطر؛
2. دونا عبود. (2011). تأثير زيادة الوزن عند السيدات على صورة الجسم وتقدير الذات. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية سلسلة العلوم الصحية المجلد 33 العدد 5، ص.ص. 53-61.
3. الرواجبة عايدة أحمد. (1996). السمنة مرض العصر، دار ابن زيدون. بيروت. لبنان؛

4. شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحي. ترجمة بيرك سام درويش و داوود فوزي شاكر. دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن؛
5. العتابي جبر مجيد حميد. (1991). طرق البحث الاجتماعي: دار الكتب للنشر والتوزيع. الموصل؛
6. الظاهر قحطان أحمد. (2010). مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق. دار وائل للنشر. عمان؛
7. معميرة بشير. (2012). علم النفس الذات. دار الخلدونية للنشر والتوزيع. الجزائر؛
8. يوسف محمد كمال. (2012). البدانة الغذائية داء له دواء. مجلة أسبوط للدراسات البيئية، العدد 37، ص. 21-49.
9. Erik Muls, Mertens, A., Vlayen, J. (2003). Consensus 2002 about obesity by the Belgian Association for the Study of Obesity (BASO). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 59(21), 1349-1353.
10. EPSP Etablissement public de santé de proximité Bouzareah. (2011). Etude du surpoids, surpoids chez les élèves des cycles moyen scolarisé dans les collèges publics de l'EPSP .Bouzareah, P43. (www.santé.dz/epsp)
11. Fossati, M., Rieker, A., & Golay, A. (2004). Thérapie cognitive en groupe de l'estime de soi chez des patients obèses: Un nouvel outil: La fleur de l'estime. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 14(1), 29-34.
12. Gustave Mathieu. (1973). La Santé grâce a la diététique. les Editions de la C.E.D.S.
13. Grazia Albano. M, Muller Pinget. S, Francois Divernois. J, Crozet. C, Golay. A. (2012). Apports de la danse thérapie à l'éducation thérapeutique des patients obèses. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*, 4(1), 61-71.
14. Ismard .P, Freulut. ML, Mouren. MC. (2008). Obésité chez l'enfant et l'adolescent, (www.medecine ups).
15. Ketata, W., Aloulou, J., Charfi, N., Abid, M., & Amami, O. (2010). Prévalence et facteurs corrélés à une faible estime de soi chez le sujet obèse. *Obésité*, 5(3), 45-50.
16. O.M.S. Organisation mondiale de la santé. (2003). *Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale: rapport d'une consultation de l'OMS* (Vol. 894). World Health Organization.
17. Pierre Arwidson, Marc Brodin, Marie-Aline Charles, Michel Chauliac, Marie Choquet, et al.. Santé des enfants et des adolescents: propositions pour la préserver. [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 2009, 186 p., références bibliographiques disséminées - Expertise opérationnelle, seconde édition. fffhal-01570629
18. Wang, F., Wild, T. C., Kipp, W., Kuhle, S., & Veugelers, P. J. (2009). L'influence de l'obésité infantile sur le développement de l'estime de soi. *Rapports sur la santé*, 20(2), 1-21.