



مجلة الإرشاد النفسي

Journal of psychological Counseling

مجلة علمية دورية محكمة

تصدر عن مركز التوجيه والإرشاد النفسي

بكلية التربية – جامعة المنيا

ISSN Print 2682- 4566

ISSN on-line 2735 - 301X

يوليو ٢٠٢٠

العدد التاسع

المجلد السادس

هيئة التحرير

رئيس تحرير المجلة

أ.د/ عيد عبد الواحد على درويش

عميد كلية التربية

نائب رئيس تحرير المجلة

أ.د/ أسماء محمد عبد الحميد

وكيل الكلية لشئون البيئة وخدمة المجتمع

مدير تحرير المجلة

د/ فدوي أنور وجدي توفيق

مدير مركز التوجيه والإرشاد النفسي

سكرتير المجلة

أ/ أحمد مصطفى محمد

مدير مكتب عميد كلية التربية – جامعة المنيا

محتويات العدد

رقم الصفحة	البحث	م
٣٦-١	فعالية برنامج إرشادي تدريبي معرفي سلوكي لتحسين صورة الجسم فى خفض درجة قلق الموت لدى حالة سمنة مفرطة عبر الدردشة بالانترنت"الشات أ.د/ زينب محمود شقير	١
٦٤-٣٧	آليات نشر ثقافة رعاية المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة بالمملكة العربية السعودية(منظور إداري نفسي) أ.د / حنان أسعد خوج	٢
٨٦-٦٥	المشكلات الإحصائية والمنهجية في إعداد البحوث التربوية والنفسية أ.د/محمد أنور محمود أ.د/خالد جمال جاسم	٣
٩٥-٨٧	اساليب التفكير وعلاقتها بمستوى الطموح لدى طالبات كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة في جامعة المثنى أ.د/ خالد اسود لاينخ	٤
١٢١-٩٦	الدوجماتية (Dogmatism) أ.د/ إبراهيم على إبراهيم	٥

فعالية برنامج إرشادى تدريبى معرفى سلوكى لتحسين صورة الجسم فى خفض درجة قلق

الموت لدى حالة سمنة المفرطة

عبر الدردشة بالانترنت "الشات"

إعداد

الدكتورة/ زينب محمود شقير(*)

المستخلص:

أجريت الدراسة الحالية بهدف التحقق من فعالية برنامج تدريبى إرشادى معرفى سلوكى لخفض درجة تشوه صورة الجسم وأثره فى خفض درجة قلق الموت لدى حالة تعاني من سمنة مفرطة عصابية واستمرار التحسن لما بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بشهرين ، وتم إجراء الدراسة من خلال استخدام التكنولوجيا الحديثة متمثلة فى التواصل عبر الدردشة بالإنترنت لحالة خليجية تعاني من سمنة مفرطة عصابية نفسية المنشأ- بجانب مقابلة الباحثة شخصيا مع الحالة أثناء نزولها مصر من وقت لأخر- وأسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ وبفارق درجات مرتفعة فى متغيرات : الوزن ، السمنة ، صورة الجسم ، قلق الموت ، واستمر التحسن فى جميع هذه المتغيرات بعد مرور شهرين أى فى القياس التتبعى ، وقد استمرت الباحثة فى متابعة الحالة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج وحتى القياس التتبعى وتشجيعها المستمر للحالة فى تنفيذ وتطبيق كل ماتم خلال جلسات البرنامج مما ساعد فى استمرار التحسن.

الكلمات الافتتاحية : سمنة مفرطة- صورة الجسم- قلق الموت - برنامج إرشادى.

The Effectiveness of a Behavioral Cognitive Training Counseling Program to Improve the Body Image in the Reduction of the Degree of Death Anxiety of an Obesity Case Via Online Chat

(*) أستاذة الصحة النفسية والتربية الخاصة
كلية التربية - جامعة طنطا

By

Dr. Zainab Mahmoud Shokair(*)

ABSTRACT:

The current study was conducted with the aim of identifying the effectiveness of a behavioral, cognitive, training, counseling program to reduce the degree of deformation of the body image and its effect on the reduction of the degree of death anxiety of a case of neurotic obesity and on continuing the improvement after two months of the completion of the program implementation. The study was conducted through using modern technology represented by communicating via the Internet chatting with a Gulf case suffering from neurotic obesity psychogenic, in addition to personally interviewing the case during her existence in Egypt from time to time. Findings of the study showed a noticeable improvement with a big difference in degrees of the variables: weight, obesity, body image, death anxiety, in addition to the continuation of the improvement in all these variables after two months of program completion, that is, in the follow-up measurement. The researcher continued to follow the case after the completion of the application of the program until the follow-up measurement. The researcher also continued to encourage the case during the implementation of everything that occurred in the sessions of the program, which helped in the continuous improvement.

Key words: Obesity – body image – death anxiety – counseling program.

الخلفية النظرية لمفاهيم الدراسة والدراسات السابقة

: السمنة المفرطة Excessive Obesity

(*)Professor of Mental Health and Special Education

Faculty of Education – Tanta University

يقول الحق تبارك وتعالى "وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ" (الأعراف - ٣١)، وقال رسول الله (ﷺ): "ما ملأ ابن آدم وعاء شراً من بطنه ، "أفضلكم عند الله يوم القيامة أطوعكم جوعاً ، وأبغضكم عند الله يوم القيامة كل نؤوم أكل شروب". وهذا يوضح أن الطعام لابد وأن يكون له قدر معين أى بكمية معينة فإذا ما زاد عن الكمية المطلوبة ينتج عنه اضطرابات الأكل **Eating Disorders** ويصبح شراً وخطراً على صاحبه. وينجم عن الإفراط فى الطعام مخاطر كثيرة ، إلا أن هناك نوعان من الخطورة يجب التركيز عليهما ، كما يجب التشخيص الفارقى بينهما وهما:

أ- **الشراهة العصبية Bulimia Nervosa**: حيث يُفْرِطُ الفرد فى تناول الطعام ويُقْبِلُ عليه بنهم بسبب حالته النفسية السيئة ، إلا أنه يصحبه إحساساً قوياً بعدم السيطرة على تناول الطعام ، مع الخوف من زيادة الوزن والشعور بتشوه صورة الجسم ، ومن ثمَّ يلجأ إلى ممارسة عادات سلوكية تدريجية للتخلص من الطعام الذى تناوله مقهوراً حفاظاً على صورة الجسم لديه.

ب- **السمنة المفرطة Excessive Obesity**: تلك التى تم تفسيرها بطرق مختلفة من مدارس علم النفس المختلفة وكان الإجماع أن هناك زيادة مُفْرِطَةً فى وزن الجسم عن الوزن المثالى (أو الطبيعى) يتراوح ما بين ١٥-٣٠% ، ويصحبها تراكم الدهون فى مناطق مختلفة للجسم ، الأمر الذى يؤدي إلى تعارض واضح ما بين الطول والوزن لدى الفرد الذى يعانى من السمنة ، إلا أن مصاب السمنة بالرغم من تناوله كميات كبيرة من الطعام ويتكرر ذلك مراراً فى اليوم بسبب حالته النفسية السيئة، فإنه لا يحاول التخلص من الكميات الزائدة من الطعام الذى يتناوله. وكلا النوعين يمثل اضطرابات سيكوسوماتية ويعانى كلاهما من عادات الأكل السيئة ، والعديد من الاضطرابات الانفعالية والاجتماعية التى أهمها: اضطراب وتشوه صورة الجسم والاكتهاب والقلق بأنواعه ... إلخ.

وبالرجوع إلى السمنة كان هناك لزاماً تمييز السمنة المفرطة العصائبية (السيكوسوماتية) عن باقى أنواع السمنة على النحو التالى:

هناك مَنْ يصنف السمنة بحسب العمر الزمنى إلى:

- أ- **سمنة الطفولة childhood obest**: والتى تبدأ فى الظهور فى سن ومبكرة (٤-١١ سنة).
ب- **سمنة البلوغ Adul obest**: وتبدأ فى سن (١٣) سنة وقد تستمر وحتى (١٥ ، ١٦ سنة).

وهناك تصنيف آخر للسمنة بحسب الأعراض والعلامات المصاحبة للسمنة وهى:

- أ- سمنة عادية: ناتجة عن زيادة فى الوزن بسبب كثرة الطعام دون مصاحبات مرضية.
ب- سمنة مرتبطة بتناول بعض الأدوية العلاجية.

ج- سمنة مرضية ناتجة عن أمراض الغدد الصماء.

بينما يصنف فريق ثالث السمنة بحسب توزيع الدهون إلى:

أ- سمنة الجزء العلوى للجسم upper body: (سمنة ذكورية) بسبب زيادة توزيع نسبة الدهن فى منطقة البطن بصفة عامة.

ب- سمنة الجزء السفلى للجسم lower body: (سمنة أنثوية) بسبب زيادة توزيع نسبة الدهن فى مناطق أسفل الجزء (زينب شقير، ٢٠٠٢، ٧٣-٧٤).

أما الفريق الرابع (وهذا ما يهتم الدراسة الحالية) والذي يصنف الدهون بحسب مصدرها:

أ- السمنة الغذائية السلوكية: الناجمة عن العوامل النفسية والاضطرابات السلوكية التي تصيب الفرد.

ب- السمنة الغذائية وليدة العادة: والتي يعتاد فيها الفرد على التهام كميات كبيرة من الطعام.

ج- السمنة التركيبية: تنشأ عن زيادة فاعلية الجسم غير الطبيعية فى قدرتها على سحب الدهون من الدم وترسيبه فى أنسجة الجسم (Raymond, et al.).

ويهمنا فى الدراسة الحالية السمنة السيكوسوماتية (أ، ب) والتي تجمع بين المسببات النفسية والاجتماعية والعادات السلوكية غير السوية للسمنة المفرطة .

معدلات السمنة لدى الأطفال والمراهقين وخطورتها

تعتبر السمنة من الاضطرابات الصحية الشائعة في فترة المراهقة، حيث ارتفعت نسبة السمنة لدى المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢-٢٠ سنة في أمريكا، فالذين يعانون من السمنة المفرطة ازدادت نسبتهم من ٥% في عام ١٩٨٠ إلى ما يقارب ٢١% في عام ٢٠١٥، وبشكل عام يعاني ثلثي الأطفال والمراهقين من زيادة الوزن أو السمنة، حيث التراكم المفرط للدهون في الجسم وحيث يمتلك الشخص وزناً زائداً بمقدار ٢٥% أو أكثر من وزنه المثالي، كما أنّ الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن من جميع الأعمار يكونون أكثر عرضة للإصابة بالعديد من المشاكل الصحية، فالأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن معرضون بشكل أكبر لأن يصبحوا مراهقين وبالغين سمينين، ومن المشكلات الصحية المرتبطة بالسمنة: أمراض القلب، والسكري، وارتفاع ضغط الدم، والسكتة الدماغية، وبعض أنواع السرطان، كما أنّ السمنة تقلل الصحة البدنية مما يؤدي إلى انخفاض متوسط العمر المتوقع للإنسان، ويمكن أن تؤدي إلى الإعاقات الاجتماعية والتعاسة لدى المراهقين، نظراً لأن صورة الجسم تعمل على تطوير الهوية الشخصية لديهم والحفاظ عليها بشكل هدفاً مهماً لديهم. <https://ar.wikipedia.org>

ويؤكد العديد من الأخصائيين أن المراهق يقلق جداً على مظهره، ويحرص على أن يبدو بمظهر جسدي جذاب فهو بعد أن يمر بفترة الدهشة والاستغراب على جسمه في بداية المرحلة يبدأ فى تقبل

جسمه بشرط أن يكون هناك درجة من التناسق بين الطول والوزن وألا تترك هذه الطفرة بعض العيوب أو القصور في جسمه ، حتى لا تسبب له السخرية من الآخرين فهو حساس جدا لآرائهم في قوامه وجسمه وهما المفهومان الذان يكونان صورة الجسم.

العادات والمظاهر النفسية والمعرفية والاجتماعية والسلوكية والصحية (الجسمية) للسمنة:

- اضطرابات فى سلوكيات تناول الطعام بطريقة لا إرادية ، تصاحب عدم إشباع الجسم ، وعدم الإحساس بالشبع وعدم الفاعلية ، ومخاوف النضج.
- ارتباط دورات الإفراط فى الطعام بالصراعات المختلفة (خاصة الصراعات الجنسية التى يصاحبها انتكاس المريض للمرحلة الفمية فى (الإشباع / بحثاً عن اللذة فى تناول الطعام ... إلخ).
- اضطرابات جسمية متنوعة فى النوم/ التنفس / المفاصل / الخصوبة / الجلطات / الحيوية والنشاط / الطمث / التمثيل الغذائى ... إلخ.
- تغير فى السلوكيات والاتجاهات نحو الطعام / النهيم / الانغماس فى المطبخ / تناول الطعام بشكل لا إرادى / كثرة الهواجس والأفكار التى تدور حول الطعام / نقص القدرة على السيطرة الذاتية وعدم القدرة على التحكم فى السلوك قد يصل للتدخين والإدمان / كثرة عدد الوجبات / تضخم حجم الوجبة ... إلخ.
- اضطرابات شخصية ومزاجية شعور بالاغتراب عن الذات والآخر / كبت / اكتئاب / تشوه صورة الجسم / قلق بأنواعه خاصة (قلق الموت وقلق المستقبل) / عدوان / شعور بالإهانة والسخرية / الرفض الذاتى وعدم تقبل الذات / نقص الكفاءة الذاتية / انخفاض الكفاءة الاجتماعية وحجم العلاقات الاجتماعية / تقلب المزاج / انخفاض تقدير الذات / ضعف الصلابة النفسية ... إلخ (زينب شقير ، ٢٠٠٢).
- الإدراك المعرفى الخاطئ لصورة الجسم لدى ذوى السمنة ، حيث تلعب صورة الجسم فى الشخص البدين دورا قويا فى معناها الانفعالى ، وربة الفرد السمين القوية فى القوة والسيطرة ، ويصبح فقد الوزن عنده لا يعنى فقط تحمل الجوع بل فقد الرمزي للحب ، وما يشبعه الطعام من انتقام للميول العدوانية ، وأخيرا الخوف من فقد القوة التى تعطى لها له صورته الجسدية ، وتصبح العادة تدريجيا هى التبرير والدفاع عن أى فشل يواجهه الفرد السمين (أحمد عكاشة، ١٩٨٨).

التشخيص الفارقى بين السمنة المفرطة وذوى الوزن الثقيل:

يُعنى بالوزن الثقيل أنه يشمل أجزاء وأعضاء مختلفة من جسم الفرد ، فقد يرجع ثقل الوزن إلى زيادة ونضج العضلات والعظام لدى الفرد (مثل الذين يمارسون ألعاب القوى كالملاكمة والمصارعة وكمال الأجسام) ، وكذلك الأفراد الذين يعانون من اختزان الماء فى مناطق مختلفة من الجسم بسبب

تتاول بعض الأدوية ، وكما يحدث لبعض المرضى النفسيين ، وقد يرجع زيادة الوزن إلى تميز الفرد بأنه طويل القامة وعريض المنكبين مما يساهم في زيادة وزنه ، وقد يرجع إلى تناول أطعمة معينة تزيد من الوزن مثل المشويات والسكريات التي تساهم في زيادة الوزن. أما السمنة فهي تعنى شيئين (كما سبق ذكرها في تصنيفات السمنة): إما تزايد عدد الخلايا الدهنية ، أو بتراكم وتضخم كمية الدهون في الخلايا الدهنية ، والتي تنتوزع في مناطق محددة خاصة بالذكور ، ومناطق محددة أخرى خاصة بالإناث أى ما يطلق عليها أماكن تخزين الشحم ، حيث تزيد عن ١٥-٣٠% من الوزن المثالى (زينب شقير ، ٢٠٠٥ ، ٢٦٠) .

ولعلاج السمنة المفرطة لابد وأن تكون هناك ركائز أساسية في العلاج أهمها:

- ١- قوة الإرادة في كبح شهوة الأكل وخفض الرغبة في الأكل.
- ٢- وجود دافع لدى المصاب في التغيير تدفعه للبحث عن طرق العلاج الملائمة له.
- ٣- أن يكون الهدف من العلاج هو التعايش والسيطرة على السمنة أكثر من العلاج منها.
- ٤- التصور الحقيقي للسمنة والنظر إليها أنها ليست محاولة إنقاص الوزن فقط بل الإصرار على مواصلة التغيير في سلوكيات من شأنها التأثير على اختزان الغذاء واستهلاك السعرات الحرارية.
- ٥- ضرورة وعى الفرد بحالته من السمنة وأن تكون صورته عن جسمه واضحة تماماً في ذهنه مما يدفعه للتحسن التدريجي وعلى المثابرة والصبر حتى يتم التحسن التام.
- ٦- المناخ العائلى الملائم الذى يدعم المساندة والدعم للمصاب من أجل خفض السمنة لديه.
- ٧- التركيز على تغيير أسلوب الحياة والعادات والسلوكيات الخاطئة.
- ٨- البحث عن جوانب القوة لدى الفرد وتدعيمها.
- ٩- بعث حالة من التفاؤل.
- ١٠- استخدام فنيات واستراتيجيات إرشادية تدعم الجوانب الإيجابية في شخصية المصاب وتحقق سعادته.

١١- ملائمة نوع العلاج للحالة (زينب شقير ، ٢٠٠٥ ، أ ، ٣٨٥-٣٨٦) .

وعليه تصبح هناك ضرورة للتدخل الإرشادى والعلاجى والتدريبي بأساليب متنوعة تبدو واضحة في استراتيجيات وفنيات وأساليب التدريب والإرشاد المستخدمة في الدراسة الحالية (أنظر فنيات الإرشاد في الدراسة).

أهم طرق علاج السمنة المفرطة :

- ١- التنقيف الصحى والوعى الغذائى .
- ٢- اتباع عادات وسلوكيات غذائية صحيحة.
- ٣- العلاج الدوائى (الكميائى) .

- ٤- العلاج الجراحي.
- ٥- العلاج بحمامات السونا وحمامات البخار والتدليك.
- ٦- العلاج بالأبر الصينية.
- ٨- النظام الغذائي (الرجيم). (دراسات كل من Rick Myer , Kern 1994, Alinson et al 1992 , Kern P.A.1994)
- ٩- ممارسة الأنشطة الرياضية.
- ١٠- العلاج النفسى.

إن المناحى النظرية المختلفة للأسباب المرضية ، تختلف رؤيتها للعلاجات المختلفة:

- فالعلاج النفسى المكثف سيكون مطلوباً لإعادة حل الصراعات اللاشعورية.
- والتدريب على المهارات سيكون مطلوباً لمحو العادات المدمرة.
- وقد يكون العلاج النفسى البينشخصى مفيداً فى مواجهة ظروف الحياة الصعبة.
- والتدخلات الدوائية والجراحية والغذائية تكون مطلوبة لتغطية الجوانب البيولوجية (ديفيد بارلو) وهذا وتتعدد وتتوسع أساليب العلاج النفسى ما بين العلاج بالتحليل النفسى والعلاج العقلانى الانفعالى ، والعلاج السلوكى ، والعلاج المعرفى السلوكى.

ويهدف العلاج النفسى إلى ما يلى:

- إزالة العقبات التى تعوق الافراغ الكافى لحفزات الشخص.
 - التعرف على الدوافع اللاشعورية التى تكمن وراء الأعراض الظاهرة للمرض ومحاولة التخلص منها.
 - ممارسة عادات سلوكية جديدة لتحل محل العادات السلوكية السابقة لحدوث السمنة والمسببة لها.
 - التعرف على بعض الأفكار والمعتقدات السيئة والمشوهة عن صورة الذات وصورة الجسم.
 - رفع الروح المعنوية للفرد البدين ومساعدته على تأكيد ذاته.
 - مساعدته على بناء علاقات بينشخصية وعلاقات اجتماعية جديدة تعيد بناء ثقته بنفسه.
- هذا وتتعدد الفنيات المختلفة للعلاج النفسى لحالات السمنة وأهمها:**
- ممارسة تمارين الاسترخاء المنزلية وأثناء جلسات العلاج النفسى.
 - المراقبة الذاتية اليومية لتناول الطعام.
 - الكشف عن الأفكار السلبية ومحاولة إبدالها بأفكار بديلة لدى المريض.
 - استخدام المواقف السارة فى تحقيق التحسن.
 - استخدام فنية التحكم الذاتى.

- استخدام التعزيز والتدعيم لاستخدام عادات سلوكية جديدة فى الأكل.
- مراقبة الذات وملاحظة السلوكيات المختلفة فى الأكل.
- التقييم المستمر للذات.

وتوجد طرق عديدة لتقديم هذا المنحى الخاص بأسلوب الحياة إلى العميل فقد استخدم ك.د. براونيل أسلوب أطلق عليه LEARN (ويعنى بهذه الاختصارات أسلوب الحياة Life style ، وتمرينات Exercise ، والاتجاهات Attitude ، والعلاقات Relation ، والتغذية Nutrition)

ويشير هذا الأسلوب إلى:

١- تغيير السلوك. ٢- التعليم.

كما استخدم ل.م أونيل أسلوب مقوى للذاكرة ABCD'S ويرمز إلى:

- زيادة النشاط والتغيير السلوكى.
- إعادة البناء المعرفى والتغيير الغذائى.
- التأييد الاجتماعى. (ديفيد باور)

وهناك اتفاق عام على أن المنحى السلوكى يكون أكثر فاعلية ، مقارنة بالعلاج النفسى العام الذى يسجل فائدة قليلة فى علاج السمنة.

- تحسين صورة الجسم لدى الفرد.
- تخفيض المستخدم والمستهلك من الطعام.
- وضع أهداف محددة للعلاج ما بين خفض الوزن وأهداف إزالة المصاحبات النفسية للسمنة.
- الزيادة فى مستوى النشاط الذى يساهم فى استخدام قدر كبير من الطاقة.

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن المنحى السلوكى المعرفى بكل فنياته أكثر فعالية فى علاج السمنة مقارنة بالعلاج النفسى العام ، والذى أفاد كثيراً فى تعديل السلوك المرتبط بعادات الأكل لدى البدناء مثل فنيات الاسترخاء ، والواجب المنزلى (دراسات Rong (1993) ، Long & Coplen ، Pisthipon فى : زينب شقير ، ٢٠٠٥ أ).

صورة الجسم: Body Image

تمثل صورة الجسم شعوراً مادياً وحيوياً للفرد عامة وليس بجزء منه ، كما أنها تمثل الحيز من الفراغ الذى يشغله الفرد من مواضيع العالم الخارجى ، ولا يمكن للفرد أن يشعر بذاته إلا من خلال الصورة البنيوية لجسمه ، ومن ثم فإن صورة الجسم ما هى إلا تصور لاشعورى للذات ، باعتبار الجسم هو الوسيط الحيوى الذى يتعامل به الفرد مع الآخرين (Traubenberg, 1994: 156).

هذا يعتبر مفهوم صورة الجسم من الموضوعات الهامة الذي يعبر عن حالة التوافق لدى الفرد ، فقد يكون تشوه صورة الجسم من المظاهر النفسية الهامة التي تجعل الفرد فى حالة من عدم السواء.وقد أشار جابر عبد الحميد وعلاء كفاى (١٩٨٩، ٤٤٨) وأيضا جمال فايد (٢٠٠٤، ١٦١) إلى أن لصورة الجسم مكونين أساسيين أحدهما **المكون المثال الجسدى (Body ideal)** وهو النمط الجسمى الذى يعتبر جذابا ومناسبا من حيث العمر ومن حيث وجهة نظر ثقافة الفرد نفسه ، والثانى هو **مفهوم الجسم (Body concept)** والمشمتمل على الأفكار والمعتقدات المتعلقة بالجسم ، علاوة على الصورة الإدراكية التى يكونها الفرد حول جسمه ، وعليه تكون مقومات الصحة النفسية فى أن يُكوّن الفرد مفهوما سليما حول جسمه ، وذلك من خلال حصوله على معلومات ومعارف صحيحة حول جسمه.

ويقسم (مجدى الدسوقي، ٢٠٠٦: ١٦) المظهر الجسمى إلى ثلاثة مكونات:

- مكون إدراكي Perceptual Component: ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه.
- مكون ذاتي Subjective Component: ويشير إلى الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بصورة الجسم.
- مكون سلوكي Behavioral Component: ويركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمى.

ويرى جمال فايد (٢٠٠٦، ١٧٧) أن صورة الجسم تنقسم إلى ثلاثة أبعاد هي: الرضا عن مظهر الجسم، وملامح الوجه والشكل الخارجى، والمظهر بصفة عامة. بينما ترى زينب شقير (١٩٩٨، ٢٠٤) أن صورة الجسم تنقسم إلى ستة أبعاد هي: الجاذبية الجسمية، والتناسق بين مكونات الوجه الظاهرية، والتناسق بين شكل الوجه وباقي أعضاء الجسم الخارجية والداخلية، والمظهر الشخصى العام، والتناسق بين الجسم والقدرة على الأداء لأعضاء الجسم المختلفة، والتناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوى التفكير.

ويجب الإشارة إلى أنه إذا كانت هناك متغيرات متباينة سواءً أكانت نفسية داخلية أو بيئية خارجية تعوق قدرة الفرد على التواصل الفعال والتوافق السليم مع بيئته المحيطة، فإن صورة الفرد السلبية نحو جسمه أو عدم رضاه عنها، قد يكون أحد هذه العوامل التي تعوق توافقه مع ذاته وبيئته المحيطة به وفي أن ذاته تكون سبباً في معاناته من اضطرابات سلوكية تعكس عدم اتزانه وسوء توافقه.

وقد أكد ذلك (Mafle Balame & Galyan (1986) عندما أشار إلى أن عدم الرضا عن صورة الجسم يُعد مصدراً لانخفاض مفهوم الذات وتقدير الفرد لذاته ، وأن الصورة السالبة للذات وللجسم قد تؤثر تأثيراً مضاداً للتفاعل الاجتماعى للفرد وعلى درجة انتمائه الشخصى ، وقد سبق وأيد ذلك القول (Staffelri (1976) عندما أوضح أن الشخص الذى يدرك نفسه على أنه قصير القامة أو أنه ذو سمنة مفرطة يميل للعزلة والانزواء وقد يعانى من الخجل من الآخرين ، وينتابه القلق بأنواعه المتعددة ، وفى

المقابل لهذا الاتجاه نجد أن الرضا عن الجسم يرتبط بالسعادة والاطمئنان ، وأن الفرد النحيف والذي يشعر بالجابضية الجسمية يكون راضياً عن صورته الجسمية ويكون سعيداً في حياته ، ولذا فإنه يتمتع بقبول حسن من الآخرين (ينجح ويتفوق في بناء علاقات اجتماعية سوية ويسعد بالانتماء الاجتماعي) (Dion, et al, 1972).

كما ترتبط صورة الجسم السلبية بانفعالات مختلفة مثل: القلق، والاشمئزاز، واليأس، والغضب، والحسد، والخجل، والارتباك في المواقف المختلفة (Cash, 1997, 5). وقد يترتب عن عدم الرضا عن الجسم لدى الفرد بعض الأمراض النفسجسمية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم، وتنشأ هذه المشكلة عندما لا يتوافق شكل الجسم مع ما يُعدّ مثالياً حسب تقدير المجتمع (منى الأنصاري، ٢٠٠٢، ١٨١). وهذا ما يدفعنا إلى التأكيد على أنه في كثير من الأحيان يكون المفهوم السلبي للذات الجسمية راجعاً إلى تشوه في إدراك صورة الجسم، والتي تتأثر في تشكيلها بعدد من العوامل كالأقران، والأسرة، والمجتمع، ووسائل الإعلام. وأكد توماس (١٩٩٠) على أهمية دراسة صورة الجسم خاصة في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية ، ومجال اضطرابات الأكل وما يصحبها من سمّة عصبية مفرطة ،.

قلق الموت Death Anxiety:

يُعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق العام ، الذي تتزايد فيه معدلات من القلق المفرط والذي يسيطر على العديد من الظروف الحياتية للفرد ، وقد تستمر هذه الحالة لأكثر من أيام أو حتى شهور، ومن ثم يكون لها تأثير كبير في حدوث مشاكل في الحياة اليومية ، ويصحبها استجابات فسيولوجية كسرعة خفقان القلب، وتوتر العضلات ، والأرق ، وضعف التركيز، و الخوف المستمر والعصبية وغيرها. (David sue,et al. ,2010, 138) ، وقلق الموت هو شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يترص به حيثما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه وفي حركته وسكونه وتفكيره الأمر الذي يجعله حزينا محصورا متوجسا من مجرد العيش على نحو طبيعي. (زينب شقير، ٢٠٠٣ ، ٣٣).

وتوقع الموت من أشد مثيرات القلق لدى الإنسان ، وعلى الأخص إنسان هذا العصر الذي زاده التقدم المادي تشبهاً بالحياة ، ومن كثرة الصراعات والحروب بين المجتمعات ، ومن تعرض الإنسان لحوادث (وخاصة حوادث السيارات والقطارات والطائرات ... إلخ) ، يضاف لذلك تعرضه للعديد من الأمراض العضوية الخطيرة والمزمنة (السرطان ، الفشل الكلوي ، أمراض الكبد ، السمّة ... إلخ) بالإضافة لما يتعرض له إنسان العصر لعديد من الضغوط الاقتصادية والتعليمية والنفسية والاجتماعية ، كل ذلك جعل النظرة للموت تختلف اختلافاً كبيراً تبعاً لموقف صاحبها ومنطقه ودوافعه وحالته الصحية (جسمية / انفعالية / معرفية) ، وبعثت في البعض مشاعر قلق تجاه الموت مع وجود أفكار بل واتجاهات مختلفة نحو الموت ترتبط بحالته وما يتعرض له من مشاكل أو اضطرابات أو أمراض، وهذا ما دعا حامد زهران (١٩٩٧) ينادى بأن الاستعداد النفسي والشعور بالتهديد الداخلي والخارجي ومواقف الحياة

الضاغطة والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية والبيئة القلقة المُشْبِعة لعوامل الخوف والهَم ونقص الأَمَن ومعايشة المشكلات ، تُعد جميعها عوامل باعثة لمشاعر قلق الموت. إلا أن الإنسان قوى الإيمان بالله يُدرك أن لأجله نهاية لا يمكن لأى قوة أن تحول دون الأجل. وعليه فإن إيرن يالوم Yalom. E. (1980) يصف قلق الموت على أنه القلق الوجودى أى القلق إزاء فكرة انتهاء وجود الإنسان ، إلا أن فكرة الموت فى رأيه هى التى تتقذ حياتنا بإعطائها معنى وقيمة. كما أشار إليه أحمد عبد الخالق (١٩٨٧) بأنه حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد فى وفاته.

ويحدث قلق الموت بسبب التفكير فى الموت والخوف منه ، وهذا التفكير يمكن أن يشمل موت الشخص نفسه أو موت الآخرين مما يؤثر بشكل سلبى فى حياة الفرد ، ويدفعه إلى استخدام حيل للهروب منه، ويجعله يعيش فى اضطراب وخوف وقلق ، ويعزى قلق الموت لعدة أسباب من ضمنها الخوف من المعاناه البدنية والآلام عند الاحتضار ، والخوف من الإزلال نتيجة للألم النفسى ، والخوف من العقاب الإلهى وغموض حقيقة الموت (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٥ ، ١٩٤).

عرض تاريخى موجز لبعض الدراسات السابقة للسمنة المفرطة فى علاقتها بمتغيرى الدراسة الحالية ، وبعض التدخلات السلوكية لمعالجتها:

أجريت العديد من الدراسات التى اهتمت بالسمنة المفرطة فى علاقتها بمتغيرات الدراسة (صورة الجسم ، القلق (بأنواعه ومنها قلق الموت) ، كما أن هناك دراسات اهتمت بعلاج السمنة ومصاحباتها المختلفة نذكر منها - على سبيل المثال لا الحصر:-

- دراسة مايسة شوقى ١٩٩٠ التى تهتم بدراسة تأثير العادات الغذائية والمستوى الاجتماعى والاقتصادى على السمنة والمخاطر الناجمة عنها.والتي أسفرت نتائجها ارتباط متغيرى الدراسة بارتفاع معدل السمنة المفرطة.

- دراسة (1990) Bouwers لعلاج صورة الجسم لدى عينات من المصابات باضطراب الأكل (سمنة ، شره عصبى) باستخدام العلاج السلوكى - المعرفى.والتي ثبت منها فعالية هذا الأسلوب العلاجى فى تحسين صورة الجسم وكذلك خفض معدل كل من درجة السمنة المفرطة والشره العصبى لدى مجموعتى الدراسة.

- دراسة مايسة شكرى (١٩٩٢) التى اهتمت بالتعرف على إسهام برنامج الأيروبك (حركات بدنية إيقاعية) فى خفض كل من الوزن الزائد والقلق سمة وحالة والاكتئاب والعصابية لدى حالات من نوات السمنة المفرطة من الراشدين.وقد كان للبرنامج تأثيره الإيجابى والفعال من حيث كفاءته فى خفض معدلات المتغيرات السلبية أى متغيرات الدراسة.

- دراسة (1992) Atkinson , et al. لاستخدام برنامجين لتعديل السلوك المرتبط بتناول الطعام من أجل علاج السمنة (أسلوب الرجيم ذى السرعات المنخفضة - الواجب المنزلى - تمرينات فى الهواء

- لاستهلاك الطاقة ، تدريبات خاصة بتأكيد الذات). وكان لممارسة أفراد العينة التمرينات المطلوبة بالبرنامج بجانب فنيات تعديل السلوك تأثيرها الفعال فى التحسن.
- دراسة أمل نصر الطوخي (١٩٩٤) لمعرفة أثر برنامج تمرينات مقترح على تحسين الكفاءة البدنية ونسبة الدهون لدى ربات البيوت ذوات السمنة المفرطة. وأظهرت النتائج نجاح التمرينات فى زيادة الكفاءة البدنية وخفض نسبة الدهون بالجسم.
- دراسة كوثر محمد درويش (١٩٩٤) للتعرف على أثر برنامج مقترح على تقليل الوزن للسيدات (٢٥-٣٥ سنة) فى خفض الوزن لديهن ومعاناتهن من سمنة مفرطة. وساهم البرنامج فى خفض معدل الوزن لدى أفراد العينة.
- دراسة عبير محمد قنبر (١٩٩٧) التى اهتمت بوضع برنامج ألعاب صغيرة للطالبات ذوات السمنة بالمدارس الثانوية بهدف إنقاص الوزن وتحسين صورة الجسم ، وتحسن الأداء الحركى للجسم. وثبتت كفاءة البرنامج فى حدوث تحسن بمتغيرات الدراسة.
- دراسة Bulik ,et al,(1998) لعلاج حالتى شره عصبى وسمنة مفرطة باستخدام العلاج السلوكى- المعرفى الذى انصب على: المواقف السارة - والتحكم بالتدريب على الاسترخاء ، وثبتت كفاءة الفنيات العلاجية المستخدمة بالبرنامج فى علاج الحالتين..
- دراسة Myers, et al, (1999) للتعرف على علاقة السمنة المفرطة باضطراب صورة الجسم والتثوة المعرفى وتقييم الذات والخجل لدى ذوى السمنة المفرطة ، وكانت هناك علاقة موجبة بين تلك المتغيرات السلبية بالدراسة.
- دراسة Williansom, et al. (2000) عن علاقة تشوه صورة الجسم بانخفاض الكفاءة الذاتية للفرد ، وزيادة الوزن لدى ذوى السمنة المفرطة من الجنسين كما اهتمت الدراسة بتأثير حضور حفلات الطعام على ارتفاع الإصابة بالسمنة. وما أسفرت عنه النتائج من العلاقة السالبة بين تشوه صورة الجسم والكفاءة الذاتية والعلاقة الموجبة بين تشوه صورة الجسم وزيادة الوزن الناتج عن التردد على حضور حفلات الطعام وتناول كميات كبيرة من الطعام فيها •
- دراسة Kreck, et al.(2001) عن تأثير السمنة المفرطة على كل من انخفاض السيطرة الذاتية ، التدخين / تعاطى الكحوليات / القلق / الاكتئاب / الكبت لدى ذوات السمنة المفرطة من الجنسين. وكان من نتائجها تلك الارتباط بين متغيرات الدراسة وتأثر بعضها ببعض.
- دراسة Sanson, et al.(2001) عن علاقة السمنة بصورة الجسم وبعض المظاهر النفسية والشخصية وقلق الموت والاكتئاب لدى ذوات السمنة المفرطة من المراهقات ، وثبت وجود علاقة موجبة بين السمنة المفرطة وكل من صورة الجسم المشوهة وقلق الموت والاكتئاب لدى عينة الدراسة.
- دراسة Mayers, et al.(2002). عن اضطراب صورة الجسم لدى الإناث ذوات السمنة المفرطة. وأسفرت النتائج عن تشوه صورة الجسم لدى عينة الدراسة.

- دراسة (2002) Ranirez, et al. لاستخدام برنامج علاج سلوكي معرفي لخفض كل من الوزن واضطراب صورة الجسم لدى عينة من ذوى السمنة المفرطة من الجنسين . وأسفرت النتائج عن نجاح البرنامج وفتياته فى خفض الوزن وتحسن صورة الجسم لدى عينة الدراسة.
- دراسة (2002) Riva, et al. عن تأثير العلاج المتعدد الأبعاد على انخفاض كل من معدل اضطرابات الأكل ، الوزن الزائد ، تشوه صورة الجسم لدى الإناث ذوات السمنة المفرطة. وكان للبرنامج التأثير الإيجابى فى تحسن كل من اضطرابات الأكل ، الوزن الزائد ، تشوه صورة الجسم لدى عينة الدراسة.
- دراسة مى الدخيل (٢٠٠٧) بهدف دراسة العلاقة بين صورة الجسم وفقدان الشهية العصبي والشهه العصبي والسمنة لدى عينة مكونة من (٥٨٢) طالبة بجامعة الملك سعود، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين صورة الجسم وفقدان الشهية العصبي والشهه العصبي والسمنة لدى عينة الدراسة.
- دراسة (2008) Kathy Welter عن السلوك القهري فى تناول الطعام (حالات البوليميا والسمنة المفرطة) وأثرها على كل من الأعراض الجسمية (ضغط الدم - اضطرابات المعدة ... إلخ ، والقلق والاكتئاب) ، وتوصلت النتائج إلى ارتفاع معدلات الأعراض الجسمية والنفسية المضطربة لدى مجموعتى الدراسة.
- دراسة سليمان النيال (٢٠٠٨) عن التشخيص الفارقى بين حالات السمنة المفرطة والشهه العصبي والذى أكد فى دراسته على أنه فى السمنة لا يعقب الإفراط فى تناول الطعام السعى وراء التخلص منه ، كما أظهرت نتائج الدراسة العديد من المخاطر النفسية والسلوكية والصحة للسمنة المفرطة.
- دراسة ربي فاخورى (٢٠١١) التى هدفت إلى الكشف عن أشكال اضطرابات الأكل وعلاقتها بصورة الذات وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل الديمجرافية لدى ٨٤٣ طالبة بالصف العاشر من ١٤ مدرسة بالمدراس الخاصة بمدينة عمان ، أظهرت نتائج الدراسة أن ظاهرة الخوف من السمنة تنتشر لدى ٥٥ ٪ من افراد الدراسة، وأن النحافة الشديدة هي أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً لدى الطالبات وقد تصل نسبة إنتشارها إلى ٥,١٧ ٪، بينما لا تزيد نسبة من يعانين البوليميا على ٦ ٪ من أفراد الدراسة. كما أشارت النتائج إلى ارتفاع نسبة انتشار الخوف من السمنة . والسمنة تزيد بين الطالبات اللواتي يحمل أباهن وأمهاتهن مؤهلاً علمياً أدنى .ولم تظهر فروق ذات دلالة فى نسبة انتشار اضطرابات الأكل وفقاً لمتوسط دخل الأسرة ، كما أشارت النتائج أيضاً إلى علاقة ارتباط دالة بين اضطرابات الأكل لدى المراهقات وكل من صورة الذات، والقلق، وممارسة الطالبات للرياضة .
- دراسة صبرينة سعدون (٢٠١٧) هدفت إلى التعرف على القلق الذى تسببه السمنة لدى المراهقات مظاهره وآثاره لدى حالتين تعانين من السمنة من مجتمع مفتوح ، بينت الدراسة أن السمنة تؤدي إلى ظهور القلق لدى المراهقات.

- دراسة بسمة حملة (٢٠١٨) للكشف عن صورة الجسم لدى المراهقات المصابات باضطراب إبات الأكل (دراسة ميدانية لثلاث حالات) ، وأسفرت نتائجها أن اضطراب إبات الأكل (فقدان شهية- شره - سمنة) تؤثر في تكوين صورة الجسم السالبة لدى المراهقات.

وقد ثبت من نتائج تلك الدراسات من التأثير السلبي للسمنة لمفرطة على جوانب عديدة في الشخصية ، وعن نجاح برامج التدخل المتنوعة في إحداث الأثر الإيجابي من تحسن في معدل السمن المفرطة ، وأيضا في علاج بعض متغيرات الشخصية السلبية المصاحبة لها. واستفادت الباحثة من هذه الدراسات في توجيه فروض الدراسة وتنوع الفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي ، وكذلك في التخطيط لمحتوى البرنامج.

مشكلة الدراسة:

تنبثق مشكلة الدراسة الراهنة في ضوء اهتمام الباحثة باضطرابات الصحة خاصة ما يتعلق بكل من اضطرابات الأكل ، السمنة المفرطة ، الشره العصبي ، فقدان الشهية العصبي ... إلخ. من خلال قيامها بالعديد من الدراسات في هذا المجال (٢٠٠٥ ، ٢٠٠٦ ، ٢٠٠٧ ، ٢٠٠٨). يضاف لذلك من لاحظته خلال فترة تواجدها بالخليج من اهتمام الإناث - خاصة المرأة الخليجية- بصورة الجسم ، وبالشكل الخارجى لجسمها ، واهتمامها بالحنافة ، وقد ارتبطت الباحثة الحالية بالعديد من الإناث (طالبات - سيدات مجتمع - عضوات هيئة التدريس) أثناء تواجدها بالخليج ، واستمر التواصل معهم حتى الآن. وزاد اهتمام الباحثة بهذه الدراسة من خلال متابعتها لحالة سمنة مفرطة عصابية كانت تتابع الحوار مع الباحثة عبر الانترنت (الدرشة) وكانت تتحدث كثيرا عن كراهيتها لشكل جسمها وتصورها الخاطى عن شكل جسمها وشعورها بالضيق عندما تنظر لجسمها بالمرآة ، وعن شعورها الدائم بالقلق بأنها سوف تموت فجأة بسبب سميتها ، وفيما يتعلق باهتمامها بمحاولة التخلص من سميتها الزائدة ومن معاناتها ، كما أن الحالة كانت تقابل الباحثة كثيرا على أرض مصر ، مما دعا الباحثة التوصل إلى أهم المشكلات التي تعاني منها الحالة ، من هنا جاءت مشكلة الدراسة لتجيب على التساؤل التالى:

ما مدى التحسن لدى حالة سمنة مفرطة بعد تطبيق البرنامج التدريبي الإرشادي مباشرة وطوال فترة المتابعة لمدة شهرين ، اعتماداً على نتائج مقاييس: الوزن - السمنة المفرطة ، صورة الجسم ، قلق الموت ، عبر الدرشة بالانترنت؟
وينبثق منه التساؤل التالىين:

١- هل يحدث تحسناً جوهرياً لدى حالة السمنة المفرطة بعد تطبيق البرنامج التدريبي الإرشادي على مقاييس: الوزن / السمنة المفرطة / صورة الجسم / قلق الموت ، بعد تطبيق البرنامج (القياسين القبلى والبعدي)؟.

٢- هل يستمر التحسن في متغيرات الدراسة بعد توقف البرنامج بشهرين لدى حالة سمنة مفرطة؟.

أهداف الدراسة:

- ١- إعداد برنامج تدريبي إرشادي قائم على بعض الفنيات السلوكية والمعرفية للتخفيف من حدة: الوزن - السمنة المفرطة - تشوه صورة الجسم - قلق الموت لدى حالة تعاني من السمنة المفرطة.
- ٢- الاستعانة بأطباء الصحة لإعداد برنامج غذائي (رجيم) لخفض زيادة الوزن لدى الحالة.
- ٣- مساعدة الحالة على التمتع بالسمات الشخصية الصحية التي تساعدها في تحسين جودة الحياة لديها من خلال محاولة تخلصها من زيادة الوزن - بعض الآلام العضوية والنفسية المصاحبة للسمنة - تحسن صورة الجسم لديها وخفض حدة شعورها بقلق الموت المرتفع لديها.
- ٤- التعرف على مدى فاعلية البرنامج التدريبي الإرشادي في خفض حدة متغيرات الدراسة ومدى استمرار تأثيره لما بعد التطبيق بفترة.
- ٥- التعرف على الدور الإيجابي للدردشة عبر الانترنت والاستفادة من التقنيات الإلكترونية الحديثة في تحسين جودة الحياة متمثلة في تحسين متغيرات الدراسة .

أهمية الدراسة:

- تهتم الدراسة بفئة من الفئات المهمشة وهي حالات السمنة المفرطة العصائية التي تسعى إليها الإناث في ذلك الوقت بمتابعة الأطباء وعيادات التجميل من أجل محاولة إنقاص الوزن ، وشفط الدهون وغير ذلك مع إغفالهم للمصاحبات النفسية للسمنة والتي قد يعقبها حالة مرضية مؤكدة.
- إن غالبية الدراسات في هذا المجال تهتم بالجانب الطبي والرجيم والتخلص الدوائي من مظاهر السمنة ، الأمر الذي يتطلب ضرورة أن تسلط أضواء الاتجاه النفسى لتلك الفئة ، وبالفعل بدأت بعض الدراسات النفسية (وهي نادرة في حدود علم الباحثة) تهتم بالجوانب النفسية والسلوكية والتعليمية لتلك الفئة ومن بينها الدراسة الحالية.
- إغفال برامج التدخل السلوكي وندرتها لخفض حدة السلوكيات غير الصحيحة لتلك الفئة.
- مساعدة ذوى السمنة المفرطة على اكتساب بعض المهارات السلوكية في حياتهم العامة المرتبطة بعادات وسلوكيات الأكل بشكل سوى يبعدهم عن شبح السمنة المفرطة ومخاطرها.
- توفير مجموعة من البيانات والمعلومات حول فاعلية بعض برامج التدريب والإرشاد (النابعة من البرنامج الحالي) في تعديل بعض الجوانب السلوكية والمعرفية والمزاجية لدى حالات السمنة المفرطة.
- إبراز الدور الإيجابي للدردشة عبر الانترنت للتغلب على البعد المكاني بين المعالج والحالة.

المفاهيم الإجرائية للدراسة:

١- السمنة المفرطة Excessive obesity:

أطلقت عليها الباحثة "السمنة المفرطة العصابية" ، وعرفت بأنها اضطراب سيكوسوماتى حاد ناتج عن تراكم كمية زائدة من الدهون فى الجسم ، مما يؤدي إلى زيادة طبيعية فى الوزن بالنسبة للطول والعمر الزمنى للفرد ، بحيث تتراوح الزيادة فى الوزن ما بين ١٥-٣٠% من الوزن الطبيعى للجسم فى مثل هذا السن ، والناجئة عن العديد من العوامل السلوكية والانفعالية غير السارة وغير الصحيحة التى تدفعها إلى الأكل بنهم ودون وعى منها ، ويصاحبها الكثير من المشكلات الصحية: الجسمية والانفعالية والمزاجية والاجتماعية ، وأن يكون الفرد قد عانى من مظاهر السمنة المفرطة منذ فترة زمنية غير قصيرة وأن تكون السمنة غير ناتجة عن إصابة مرضية عضوية (زينب شقير ، ٢٠٠٣).

٢- صورة الجسم Body-Image:

هى صورة ذهنية وعقلية ، يكونها الفرد عن جسمه ، سواء فى مظهره الخارجى أو فى مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة ، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها ، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر (أو اتجاهات) موجبة (أو سالبة) عن تلك الصورة الذهنية للجسم (زينب شقير ، ٢٠٠٩ ، ط ٤ ، ٢).

٣- قلق الموت Death Anxiety:

هو حالة من التخوف الغامض المبهم تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت ، وما ينتظره الإنسان من مصير بعد الموت ، أى أنه حالة انفعالية غير سارة ناتجة عن استجابة الخوف الهائم عند الفرد تجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت ، والتقدير السلبي لموقف الموت ، وما ينتظر بعد الموت من مصير ، ويتحدد بالدرجة الكلية على مقياس قلق الموت (زينب شقير ، ٢٠٠٩ ، ط ٤ ، ٦-٧).

فرضى الدراسة:

١- يحدث تحسن أعلى جوهرياً لدى حالة السمنة المفرطة بعد تطبيق البرنامج التدريبي الإرشادى فى متغيرات : الوزن / السمنة المفرطة / صورة الجسم / قلق الموت ، بعد تطبيق البرنامج (القياسين القبلى والبعدى).

٣- يستمر التحسن فى متغيرات الدراسة بعد توقف البرنامج بشهرين لدى حالة سمنة مفرطة فى القياس التبعي.

إجراءات الدراسة :

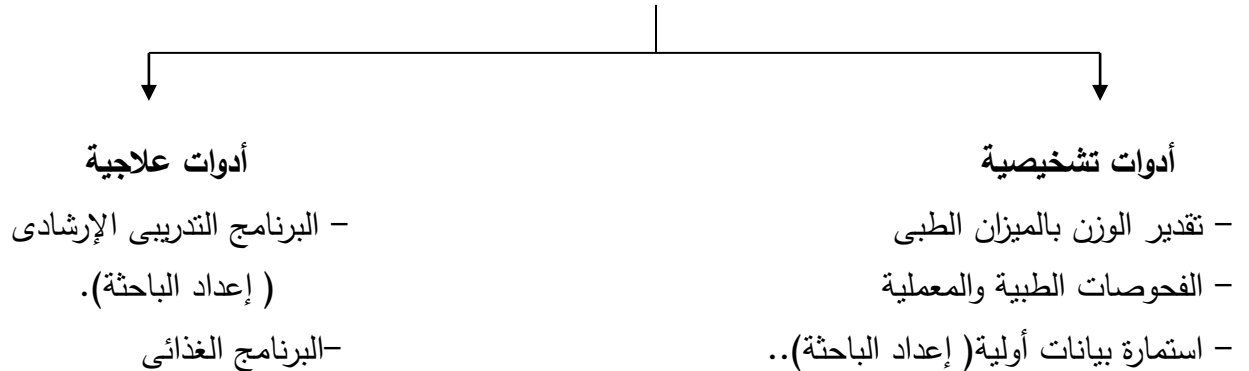
أ. منهج الدراسة : هو المنهج شبه التجريبي.

ب. عينة الدراسة : تمثلت عينة الدراسة في حالة فتاة خليجية تعاني من السمنة المفرطة تبلغ من العمر ٣٠ عاماً ، وقد روعي فيها الآتي :

- أن تكون السمنة المفرطة سيكوسوماتية (عصابية) أي غير مَرَضِيَّة أو ناتجة عن مصاحبات لاضطراب عضوى آخر أو أن السمنة ليست مرضاً عضوياً حقيقياً.
- أن سبق لها الكشف الطبى عدة مرات وتم التأكد من أن السمنة ليست مرضاً عضوياً وليس لها أساس وراثى (وتم التأكد من ذلك من خلال المقابلات الكلينيكية مع الحالة والتعرف من تاريخ الحالة بعدم وجود إصابة وراثية).
- لم يسبق للحالة تناول أدوية علاجية للسمنة على أنها مرض عضوى.
- أنها مزمنة (لا تقل عن ٣ سنوات) وأنها تناولت بعض وسائل تخسيس (أدوية مدرة للبول) حَلَق أو حزام التخسيس - الصيام - تمارين رياضية - رجيم ، ولم تقم بعمل عمليات جراحية (مثل شفط الدهون، أو تكميم المعدة) وغيرها ، وأن هذه الأساليب لا تساعد في خفض حدة السمنة وزيادة الوزن.
- ارتفاع درجات الحالة على مقاييس: السمنة المفرطة ، صورة لجسم ، قلق الموت بأكثر من ٨٠% من الدرجة الكلية على هذه المقاييس. بالإضافة إلى زيادة الوزن عن المعدل الطبيعى بأكثر من ٧٥%.

ج. أدوات الدراسة:

تنقسم إلى



- جدول المراقبة الذاتية اليومية للطعام (إعداد الباحثة)
- مقياس السمنة المفرطة (إعداد الباحثة)
- مقياس قلق الموت (إعداد الباحثة)
- مقياس صورة الجسم (إعداد الباحثة)

١- استمارة بيانات أولية: (إعداد الباحثة)

أعدت الباحثة استمارة بيانات أولية تتضمن: الاسم ، المؤهل الدراسى ، المهنة ، السن ، الجنس ، ترتيب الحالة فى الأسرة ، تاريخ حدوث السمنة المفرطة ، وإصابة أحد أفراد الأسرة بالسمنة وغيرها من البيانات الأولية ، ما قامت به الحالة من محاولات للتخلص من السمن المفرطة.

٢- مقياس السمنة المفرطة: إعداد الباحثة

أعدت الباحثة هذا المقياس (الطبعة الثانية عام ٢٠٠٥) لتشخيص حالات السمنة فى ضوء مجموعة من المظاهر حتى تبعد الباحثة عن السمنة المرضية ، وبذلك يمكن تشخيص السمنة فى ضوء هذا المقياس ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية المتمثلة فى اضطرابات الأكل والتي يطلق عليها السمنة العادية. ويشمل المقياس مظاهر أربعة للسمنة تقيس فى مجموعها الأعراض التشخيصية للسمنة وهى: المظاهر الصحية والجسمية ، والمظاهر السلوكية ، والمظاهر الاجتماعية وأخيراً المظاهر الشخصية والمزاجية. ويتكون المقياس فى مجموعه (٧٠) بنداً ، وتمثل الدرجة المرتفعة ارتفاع معدل السمنة لدى الحالة ، وقد استخدمت عدة طرق لتقدير الثبات والصدق للمقياس على فئات كLINIكية مختلفة. وتم تقنيه على عينات مصرية وأخرى سعودية.

٣- مقياس صورة الجسم: الطبعة الرابعة (٢٠٠٩) (إعداد الباحثة)

أعدت الباحثة هذا المقياس للتعرف على الصورة الذهنية التى يكونها الفرد عن جسمه ككل ، بما فيها الخصائص الفيزيائية والوظيفية للجسم (إدراك الجسم) ، واتجاه الفرد نحو هذه الخصائص (إدراك الجسم) ، واتجاه الفرد نحو مكوناته الجسمية (مفهوم الجسم). ويتكون المقياس من ٢٦ فقرة ، وقد استخدمت الباحثة عدة طرق لتقدير الثبات والصدق للمقياس.

٤- مقياس قلق الموت: (الطبعة الرابعة ، ٢٠٠٩) (إعداد الباحثة)

يتكون المقياس من (٣٦) عبارة ، لتقدير درجة قلق الموت عند الفرد وتمثل الدرجة المرتفعة على المقياس ارتفاع معدل قلق الموت لدى الفرد ، وقد استخدمت الباحثة عدة طرق لتقدير الصدق والثبات للمقياس .

٥- جدول المراقبة الذاتية اليومية: (إعداد الباحثة)

أعدت الباحثة جدولاً لتسجيل عدد مرات المشروبات ومرات تناول الحلوى والمأكولات بالإضافة إلى عدد مرات تناول وجبات متكاملة ، ومحتوى وكم الوجبة (كما كان يطلب من الحالة تسجيل الحالة النفسية والظروف التي تسبق تناول الوجبات) ، على أن تقوم الحالة بمراقبة ذاتها يومياً ، وتسجيل كل ذلك يومياً ، مع مناقشة الحالة فى كل جلسة ، للتعرف على التغييرات الحادثة لها ، ويتكرر ذلك أسبوعياً طوال فترة جلسات التدريب مع تقدير الوزن بعد مرور أسبوعين تتابعاً.

٦- المقابلات الكلينية الطليقة:

تلك المقابلات التي تقوم على الحوار والمناقشة بهدف الوصول إلى بيانات شاملة عن الحالة من أجل الوصول إلى التشخيص الدقيق لها ، وتمت تلك المقابلات أولاً من خلال الدردشة على الانترنت ، بالإضافة إلى مقابلات شخصية تمت مباشرة بين الحالة والباحثة فى مصر . وتم أثناء المقابلة الاستعانة ببنود ومظاهر السمنة المفرطة المتضمنة فى المقياس لتساعد على دقة التشخيص .

٧- البرنامج التدريبي الإرشادى المعرفى السلوكى: إعداد الباحثة

يسعى البرنامج التدريبي الإرشادى المستخدم فى الدراسة الحالية لتنمية بعض المهارات السلوكية: كالتمرينات الرياضية ، وتمارين الاسترخاء ، بجانب التدريب والتنظيم لبعض العادات السلوكية المرتبطة بالأكل والتي كانت تتسم بالفوضى وعدم الانتظام فى حياة الحالة قبل البدء فى البرنامج التدريبي . كما يسعى البرنامج إلى إمداد الحالة ببعض المعارف والمعلومات عن البرنامج التدريبي الإرشادى وأهميته ، بجانب معلومات عن السمنة وخطورتها وآثارها السلبية على حياة الحالة ، علاوة على التدريب على بعض مهارات تعديل السلوكيات فى التعامل مع الأكل والأفكار الخاطئة لدى الحالة خاصة المتعلقة بصورة الجسم وقلق الموت لديها .

هذا وقد انقسم البرنامج إلى شقين:

الشق الأول: تم التوصل إلى برنامج غذائى (رجيم) وضعه طبيب تخسيس بمعرفة الحالة وقد بدأ العمل به مع بداية الجلسات الإرشادية. مع التأكيد على استمرار الحالة لتنفيذ برنامج الرجيم طوال فترة البرنامج ، مع التوصية بمماستها له بعد الانتهاء من البرنامج.

الشق الثانى: هو البرنامج التدريبي الإرشادى ، والذي تم التخطيط له على النحو التالى:

أولاً: الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة فى البرنامج:

لما كانت مشكلات الدراسة الحالية تنقسم إلى:

- مشكلات صحية وسلوكية: تتحدد فى مشكلات زيادة الوزن والسمنة المفرطة وعادات سلوكية غير سوية فى تناول الأكل.
 - مشكلات وجدانية: تتمثل فى مشاعر قلق الموت.
 - مشكلات ذهنية (تخيلية): تتمثل فى الصورة الذهنية المرتبطة بتشوه صورة الجسم.
- كان لزاماً على الباحثة أن تتوع من فنيات واستراتيجيات تدريبية وإرشادية مختلفة تتلاءم مع مشكلات الدراسة ، لذا فقد استعانت الباحثة بفنيات معرفية وأخرى سلوكية ، بالإضافة إلى بعض التدريبات والمهارات العملية [(كاتباع نظام غذائى معين (الرجيم)) ، وممارسة التمرينات الرياضية والتدريب على تجنب المشروبات والحلويات والشيكولاته ... وغيرها.

واستخدمت الباحثة بعض الفنيات المعرفية انطلاقاً مما لاحظته بيك Beck.A من أن اضطراب التفكير هو أساس أى اضطراب عصابى ، وأن هناك تداخل مع التفكير الواقعى لدى حالات القلق (والتي منها قلق الموت فى الدراسة الحالية) ، مما يجعل مصاب القلق يعانى من عدم القدرة على مناقشة الأفكار المخيفة (مثل أفكار الموت) ، مع تكرار الأفكار المرتبطة بشأن الخطر حيث يتولد لديه إدراكات متواصلة لفظية أو صوتية بشأن حدوث أحداث مؤذية ، كما يتجه مصاب القلق إلى تعميم المثير ، حيث يدرك أى صوت أو أى حركة أو أى تغيير على أنه خطر يهدده ، وهذا ما دعا عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) أن يحدد الطابع المعرفى لمصاب القلق بأنه يتطرق فى الأحكام ، فالأشياء إما بيضاء أو سوداء ، أى أن الشخص القلق يفسر المواقف باتجاه واحد وهذا فيما يبدو يسبب له التعاسة والقلق ، كما أنه يميل إلى التصلب ويواجه المواقف المختلفة بطريقة واحدة فى التفكير ، كما يتبنى اتجاهات ومعتقدات تسلطية عن النفس والحياة واستخدمت الباحثة الفنيات المعرفية أهمها:

١- التحكم الذاتى self-control:

والتي عبر عنها كانفر Kanfr بأنها سلسلة من الاستجابات المحددة تتمثل فى: مراقبة (رؤية) الذات self-control ، وتقييم الذات self-evaluation ، ثم تدعيم الذات self-reinforcement وقد استعانت الباحثة باستخدام سجل بيك (Beck) اليومى للأفكار الخاطئة والسلبية وغير المنطقية.

٢- إعادة البناء المعرفى : Cognitive Restructuring

يقصد بالبنية المعرفية، محتوى الأفكار والاتجاهات والمعتقدات، وهي مجموع وجهات النظر والأفكار التي يتبناها الفرد نحو نفسه والآخرين ونحو خبراته والمواقف التي يتفاعل معها من ناحية، ومن ناحية أخرى هي أساليب تفكيره الخاطئة، مثل: المبالغة والتضخيم والتعميم الخاطئ والتطرف في التفكير وأخطاء الحكم والاستنتاج (محمد أحمد سغفان، ٣١٣، ٢٠٠٥).

٣- المحاضرة: حيث يقوم المعالج بإلقاء محاضرة مدعمة بملخصات أو كتب أو أحداث واقعية عن التفكير الإنساني وما غيره ، ومعوقاته ودوره في إحداث الاضطراب للإنسان من خلال أسلوب التفكير وطريقته ، وبيان مدى إمكانية تعديل هذا الأسلوب ومفهوم الاتجاه ومكوناته (زينب شقير ، ٢٠٠٠ ، ٢٨٦) فعندما تكون هناك معلومات يجب إيصالها إلى المشاركات في البرنامج فإن فنية المحاضرة هي الأسلوب المتبع في هذا الشأن، فتقوم الباحثة من خلالها بتقديم شرح تفصيلي للنقاط المراد توضيحها.

٤- فنية الحوار : فيها يقوم المعالج بمحاورة الحالة المشاركة فيما يتعلق بالمواقف التي تثير خوفها، أو فيما يتعلق بالقيام بالتعريض بلعب الدور أو التعريض الحي. كما يستخدم الحوار في برنامج إعادة البناء المعرفي مع لمساعدة المشاركة على تحديد الأفكار التلقائية، والمعتقدات الأساسية السلبية لديها، و لتحديد أخطاء التفكير في أفكارها، وتحديد كيفية مواجهتها، وتحديدها بالأسئلة الجدلية، وتطوير إجابات منطقية عنها.

كما يتم عرض مواقف يقوم المعالج بتحليلها وشرحها بإيضاح وتصويب الخاطئ فيها في حور جماعي. ٥- أسلوب المناقشة Discussion: أن الحوار والمناقشة الجماعية من الأساليب العلاجية و التعليمية المهمة حيث تعتمد علي إلقاء المحاضرات السهلة علي العملاء وتتخللها المناقشات التي تهدف إلي تغيير الأفكار والاتجاهات لدي العملاء نحو أنفسهم والآخرين. (محمود عبد العزيز، ١٩٩٨ : ٣٥). ينبغي علي العملاء معرفة كيف يناقشون معتقداتهم غير العقلانية بقوة وكيف يعملون علي مواجهتها بنفس القوة، فالعلاج الفعال هو الذي يحاول فيه المعالج أن يقنع عملائه بأن المناقشة الهادئة لتلك الأفكار سيؤدي غالبا إلي تغيير مؤقت أو ضئيل (إيهاب عبد العزيز الببلاوي، ٢٠٠١ : ١٢١).

كما استخدمت الباحثة مجموعة من **الفنيات السلوكية** والتي قسمها حسام عزب (١٩٨١) إلى محورين أساسيين:

أولاً: **الفنيات القائمة على أساس الترغيب.**

ثانياً: **الفنيات القائمة على أساس الترهيب.**

وقد استعانت الباحثة ببعض الفنيات القائمة على أساس الترغيب وتتمثل في الآتي:

١- الاسترخاء: Relaxation

حيث بدأت جلسات البرنامج بالتدريب على تمارين الاسترخاء التي أعدها جاكبسون ثم استعانت بها الباحثة في جلسات التدريب ، مع بداية الجلسات وبعد ذلك كانت تستخدمها مع جلسات التحصين التدريجي.

٢- التحصين التدريجي: Systematic desentization

وتعتمد هذه الفنية على ما أوضحه فولبه في نظرية التحصين التدريجي من أن القلق عندما يثار بمثير مكون من خمسة عناصر متكافئة التأثير ، فإن القلق الذي سوف يثار سيقبل عندما تقل العناصر ، ويمكن للاسترخاء كف بعض عناصر المثير ، فإذا ما تم بشكل متكرر كف القلق بمناقضته بالاسترخاء ، وهكذا تهبط شدة القلق حتى تنتهي حيث يتعرض القلق تدريجياً للكف التشرطي عندما يتم مناقضته بالاسترخاء ، وباستمرار الممارسة سوف يفقد المثير قدرته على توليد أى قلق. (محمد محمود ، ١٩٩٥).

ففي التحصين التدريجي يتم المزوجة (Wolpe, J. 1958) ، يتم الازدواج تدريجياً وبشكل متكرر بين مثير باعث على القلق وحالة الاسترخاء العضلي ، حتى يتم الارتباط بين المثير وحالة الاسترخاء العضلي واستبعاد استجابة القلق ، وأشار فوليه أنه لا يتم التحصين في جميع المواقف بالتخيل ، وإنما يتم أيضاً في البيئة الواقعية في وجود الباعث على القلق ، وفي هذه الحالة يسمى بالتحصين التدريجي الواقعي. (هناك تحصين تدريجي تخيلي ، و تحصين تدريجي واقعي ، و تحصين تدريجي ذاتي) وقد لجأت الباحثة إلى الاستعانة بالفنيات المعرفية والاستعانة بسجل بيك للأفكار الخاطئة من أجل:

- أ- تشخيص المشكلة التي تعاني منها الحالة ، والتي ساعدتها على تحديد مدرج القلق: والتي كان أبرزها: ملامح صورة الوجه والجسم ، وحالات القلق التي كانت تنتاب الحالة عندما كانت تنظر للمرأة ، والصورة التخيلية لملامح وتناسق أعضاء جسمها ، وكذلك ملامح ومواقف الصورة الذهنية لقلق الموت لدى الحالة علاوة على الإلحاح الشديد لتناول المشروبات والذهاب للمطبخ.
- ب- معرفة الاستجابات المتناقضة لاستجابة القلق لدى الحالة ، ثم استخدام الكف التدريجي للقلق ، بعد التحقق من حدوث الاسترخاء العضلي والفكري. وذلك عن طريق تقديم استجابة مضادة وأقوى من استجابة القلق وتعمل على كف الأخرى.

٣- التصحيح الزائد والممارسة الإيجابية Positive practice over correction

يعتبر هذا الأسلوب عكس (مضاد) ما يطلق عليه التدريب السلبي Negative training الذي أشار إليه فولبه والذي يأتي بعد الخطوتين سالفى الذكر (الاسترخاء) العضلي والفكري ، وتقديم استجابة مضادة لاستجابة القلق. والذي يطلب فيه العميل القيام بممارسة السلوك غير المرغوب فيه ، تحت ظروف مملّة ، حتى يصل لدرجة التعب والإعياء وعدم الاستمرار بالممارسة مما يسبب له كره هذا السلوك ، وهنا تظهر استجابة جديدة وهي عدم ممارسة هذا السلوك والشعور بالراحة والبعد عنه.

وبدلاً من إتباع المرحلة الثالثة في التحصين التدريجي وهو التدريب السلبي استخدمت الباحثة في تلك المرحلة أسلوب التصحيح الزائد والممارسة الإيجابية ، والذي استخدمه للمرة الأولى فوكس وآزرين (Fox & Azrin 1973) والذي كان الهدف منه هدف تعليمي وليس مجرد تقليل السلوك غير المرغوب فيه ، ويعتبر أسلوب عقابي ، حيث تكمن نجاحه على حد قولهما في عدم تعزيز الفرد أثناء تأدية السلوك

المطلوب منه ، وهو السلوك الذى يسمى عادة بسلوك التصحيح الزائد (جودت عبد الهادى ، سعيد العزة ، ٢٠٠١) ، وقد اعتبره هاندن (Handen, 1998) أنه سلوك تنفيرى يصمم لخفض السلوك غير المرغوب فيه وكذلك لزيادة السلوك الملائم.

وقد عرفه البعض على أنه:

شكل بسيط من أشكال العقاب يستخدم لتعديل السلوكيات التى تثير اضطراب جينى (Blackham & Silberman, 1980).

- المبالغة فى إتيان سلوك صحيح بعد أن أخطأ فيه الشخص (رشدى فام ، ٢٠٠٠).
- إجراء معقد ليس من السهل تعريفه ، واستخدمه البعض بوسائل مختلفة لتقليل السلوك الخاطئ أطلق عليه الجميع التصحيح الزائد ، ويشمل فى مضمونه تصحيح الوضع ، والممارسة الإيجابية لسلوكيات مرغوب فيها (جمال الخطيب ، ١٩٩٤).

بعض فنيات العلاج العقلانى المعرفى السلوكى المستخدمة:

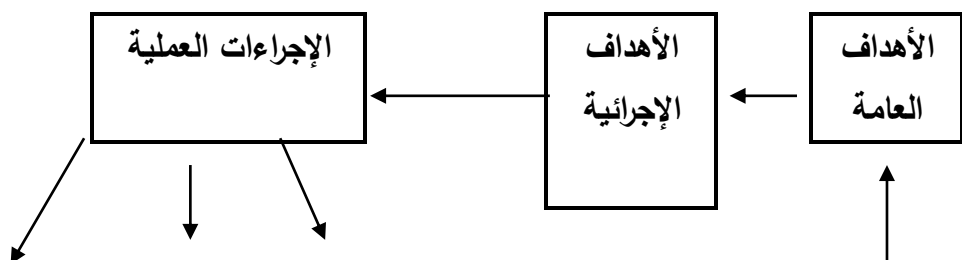
- فنية الحث والتشجيع: حيث ينبغى أن يظهر المعالج للعميل الثقة فى نجاح العلاج والتحسن ، حتى لايفقد الأمل فى التحسن.

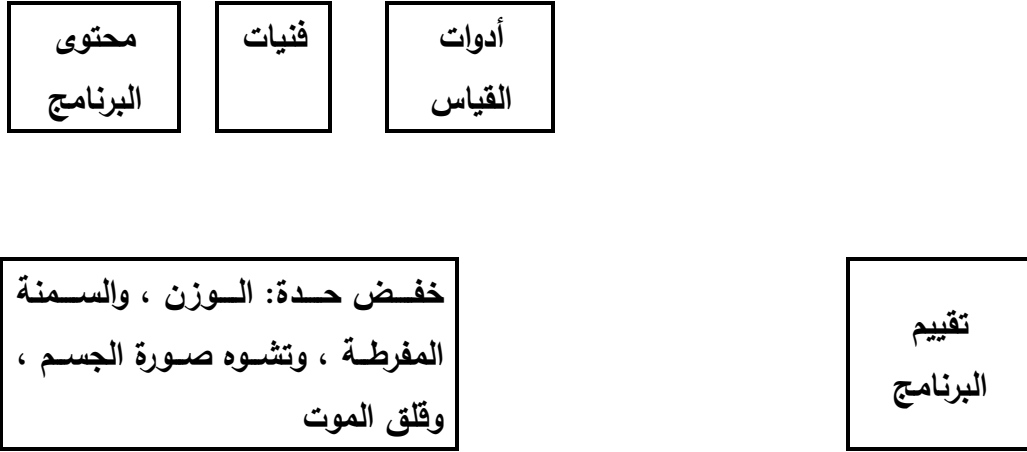
- الواجبات المنزلية: لابد أن تتضمن الواجبات المنزلية أنشطة عقلية وانفعالية وسلوكية ، ويتم تحديدها للحالة خلال الجلسات التدريبية ثم يتم مراجعتها مع بداية الجلسات. وعندما تفشل الحالة فى تنفيذها يساعدها المعالج فى تحدى الأفكار اللاعقلانية من جديد على أن يعود لأدائها ثانية ، كما يطلب المعالج من الحالة توظيف الأفكار العقلانية الجديدة التى تعلمها فى مواقف الحياة الفعلية.

- التعزيز (التدعيم).

وقد تم استخدام سجل بيك لتسجيل الأفكار اللاعقلانية ، كما استخدم جدول متابعة الواجبات والمشروبات اليومية.

ثانياً: التخطيط للبرنامج:





شكل (١) يمثل التخطيط العام للبرنامج

١- الهدف العام للبرنامج:

خفض معدل الوزن / خفض حدة السمنة المفرطة بمظاهرها الأربعة المختلفة / خفض حدة تشوه صورة الجسم / خفض حدة قلق الموت لدى حالة تعاني سمنة مفرطة.

٢- الأهداف الإجرائية:

أ- أهداف معرفية: إيضاح مفهوم السمنة وخطورتها ، التفرقة بين أنواع السمنة ، معرفة نوع السمنة التى تشكو منها الحالة.

- معرفة مفاهيم: تشوه صورة الجسم ومظاهرها ، قلق الموت.
- معرفة الآثار الضارة الناجمة عن زيادة الوزن.

ب- أهداف وجدانية:

- تنمية الاتجاه الإيجابى نحو ممارسة الرياضة ، وممارسة تمارين الاسترخاء.
- تنمية ميل إيجابى تجاه الحالة للحد من المشاركات الاجتماعية التى يتوافر فيها المزيد من ممارسات تناول الطعام.
- تشجيع الحالة على الابتعاد من الإكثار من تناول المشروبات والحلويات.
- تعديل بعض الأفكار السلبية المرتبطة بكل من صورة الجسم وقلق الموت.
- تشجيع الحالة على التحسن من أجل الشعور بالسعادة والتحسين لجودة الحياة.

ج- أهداف سلوكية:

- ممارسة سلوكيات صحيحة فى تناول الأكل.
- الإقلاع عن ممارسة بعض العادات السلوكية الخاطئة المرتبطة بالفوضوية فى تناول الأكل.
- ممارسة الرياضة وتمرين الاسترخاء.

- المداومة على استخدام النظام الغذائي (الرجيم) حتى ينتظم وزن الحالة ، بما يتلاءم مع طولها وعمرها الزمني.
- ممارسة القراءة والإطلاع المستمر في مجال المحافظة على الصحة.
- البحث عن مواقف وأفكار تبعث على الحالة شعور السعادة والتفاؤل.

ثالثاً: جلسات البرنامج:

في البداية دارت دردشة بين الحالة والباحثة عبر الانترنت تم من خلالها التعارف والتحديد الدقيق للمشكلة وتمت من خلال الدردشة تطبيق مقاييس الدراسة الثلاثة بطرح الباحثة لتساؤلات كل مقياس وتجييب عليها الحالة عبر الانترنت.

ثم بدأت الباحثة الجلسات مع الحالة بالمواجهة المباشرة عندما جاءت الحالة إلى مصر ، وتم إجراء جلسات مكثفة بمعدل ٤ جلسات أسبوعياً لمدة أسبوعان مكثت فيهما الحالة بمصر .

وتم خلالها التركيز على تدريب الحالة على تمارين الاسترخاء ، كما تم من خلالها تقديم المحاضرات النظرية والنقاش والحوار المتبادل حول البرنامج الإرشادي ، وحول فنياته المتنوعة ، ثم إعطاء فكرة شاملة عن مفاهيم الدراسة: السمنة المفرطة وأنواعها وخطورتها وأسبابها ، تلا ذلك تقديم فكرة شاملة للحالة عن تشوه صورة الجسم وملامح قلق الموت. واستغرق ذلك الأربع جلسات الأولى من البرنامج ، وأعقب ذلك تطبيق فنية (التصحيح الزائد) لتصحيح وتعديل بعض الأفكار الخاطئة المرتبطة بتضخيم وتهويل موضوع السمنة المفرطة ، وكذلك تعديل بعض الأفكار الخاطئة لدى الحالة عن صورتها الذهنية عن جسمها ، وتهويل إدراكها وشعورها بقلق الموت وتوهم الموت في أقرب وقت ، وقد استغرق ذلك أربعة جلسات.

بعد ذلك سافرت الحالة لبلدها وتم استكمال باقى الجلسات عبر الدردشة بالانترنت ، حيث تم تدريب الحالة باستخدام فنية التصحيح الزائد لبعض السلوكيات والتي أهمها:

- شرب كوب ماء قبل كل وجبة بـ ساعة.
 - ممارسة تمارين الاسترخاء ٦ مرات يومياً (وحدث ذلك بالفعل من خلال جدول المتابعة).
 - الابتعاد عن الحلوى والمشروبات والشيكولاته (لاتزيد عن مرة واحدة يومياً).
 - التفكير الجاد فى أساليب البحث عن سعادتها بدلاً من التفكير فى الموت أو شكل الجسم.
 - التفاؤل والشعور بالتقبل لجسمها.
 - الخروج مع زميلاتها فى الأماكن العامة دون خجل.
- وتم ذلك بمعدل ٣ جلسات أسبوعية ولمدة ٤ أسابيع (إجمالى ١٢ جلسة).

ثم عادت الحالة إلى مصر مرة أخرى في آخر البرنامج لمدة أسبوع تم فيها استكمال جلسات البرنامج (بمعدل ٤ ساعات أسبوعياً).

واختتمت الجلسات بقياس الوزن للحالة وتطبيق مقاييس الدراسة مرة أخرى ، وأظهرت الحالة فرحتها ودهشتها من هذا التحسن الملحوظ ووعدت بمداومة الاستمرار في تطبيق جميع فنيات البرنامج. وبذلك وصل عدد جلسات البرنامج (٢٤ جلسة). وكانت الحالة على اتصال أسبوعي بالباحثة عبر الانترنت ولمدة شهرين وبعدها تم تطبيق القياس لمتغيرات الدراسة مرة ثالثة (المتابعة) عبر الدردشة بالانترنت.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: نتائج المقابلة الكلينية مع الحالة عبر الدردشة بالانترنت (الشات): قبل تطبيق البرنامج الإرشادي ، الحالة تعرفها الباحثة شخصياً أثناء تواجدها بالمملكة العربية السعودية في عام ١٩٩٦-١٩٩٧ ، وحالياً حاصلة على شهادة جامعية ، وتتردد على الباحثة في مصر كل عام أثناء فترة الأجازة الصيفية ، بعد تخرجها من الجامعة - لم تعمل حتى الآن- ، مما دعا إلى انشغالها بالحفلات والعزائم وحضور ليالي السمر وغير ذلك (علاوة على أن ذلك شائع في المجتمع السعودي).

كانت أثناء فترة الدراسة الجامعية يميل جسمها للسمنة حيث يزيد وزنها عن المعدل الطبيعي في ذلك الوقت ما بين ٨-١٠ كيلو ، ثم تسعى جاهدة من وقت لآخر بإنقاص وزنها وكانت تنجح في ذلك ، (وهذا ما شجع الباحثة الحالية في التعاون مع الحالة حيث إنها أثناء فترة الدراسة كان لديها استعداد قوى لإنقاص وزنها وكانت دائمة البحث عن أساليب من أجل ذلك).

ترتيب الحالة	:	الثانية	:	السن	:	٣٠ سنة
الحالة الاجتماعية	:	غير متزوجة	:	الأب	:	تاجر
الأم	:	ربة منزل	:	عدد الأخوة	:	٢ ذكور + ٢ إناث
المؤهل	:	حاصلة على الماجستير في علم النفس.				

الأخت الصغرى متزوجة (وتذكر الحالة أن عدم زوجها هو ما تعانيه من سمنة مفرطة) ، العائلة ثرية ، وتكثر من الحفلات والعزائم ، ليس لها صديقات كثيرات (تذكر الحالة صديقتان فقط عكس شقيقتها) ، يضايقها أفراد العائلة بكثرة الحديث عن السمنة والتهكم منها (مما جعلنى ابتعد عنهم وأعيش أغلب الوقت فى غرفتى) ، تبكى كثيراً بسبب ما تشعر به (بسبب السمنة) من ضيق فى التنفس ، تنظر فى المرآة كثيراً وتشعر باختناق بسبب شكلها وحجم جسمها ، أحياناً تصحو من نومها فجأة بسبب ضيق التنفس (الدرجة أننى أتوقع الموت فى أى لحظة) أنام قليلاً جداً خوفاً من (شرقة تجينى كثير وأنا نائمة) ، (عندما أرى جسمى فى المرآة أتمنى أن أعمى أو أموت) ، أخذت العديد من الأدوية ، وترددت على

بعض أطباء التخسيس ، ويكون التأثير قليل فى وقت طويل ، عملت رجيم عدة مرات ، وينقص وزنها بمعدل بطئ ، كل هذا يسبب لها ضيق وألم فتترك الدواء وتترك الرجيم فتعود لحالتها مرة أخرى. ويشير تاريخ الحالة أنها لم يتم إصابتها بمرض عضوى ، أى أن السمنة لم تكن بسبب أمراض عضوية تعرضت لها الحالة ، إلا أن الحالة كانت تعاني من بعض الضغوط النفسية أهمها تأخر سن الزواج ، وعدم حصولها على وظيفة رغم حصولها على الماجستير ، وزواج شقيقتها الصغرى. آخر وزن لها ١٠١ كيلو (رغم أن طولها ١٦٥سم) أى أن معدل الزيادة فى الوزن ٤١ كيلو (عن الوزن المثالى) ، واستمر هذا الوزن لمدة عامان (لبست حلق تخسيس ، تحاول الصيام أيام كثيرة دون جدوى) فلا يزيد انخفاض الوزن عن ٢-٣ كيلو ثم يعود فى التزايد مرة أخرى ، تعيش الآن حالة من الضيق والألم واليأس ، (وتقول إن حياتى انتهت ، وأنا ليس لى قيمة فى الحياة ، أموت يومياً ، كرهت النظر فى المرأة ، كرهت الخروج من غرفتى ، كرهت نفسى ، كرهت شكلى ، كرهت الناس كرهاً، أنا مو عايشة أنا ميتة ، ... إلخ).

ثانياً: نتائج القياس القبلى والبعدى والتتبعى لمتغيرات الدراسة ويوضح ذلك الجدول التالى:

جدول (١) التقدير الكمى لمتغيرات الدراسة لدى الحالة

قدر التحسن لدى الحالة					المقاييس
معدل الانخفاض بعد البرنامج والمتابعة	الدرجة الفعلية للمقياس	المتابعة	بعد البرنامج	قبل البرنامج	
من ٣٥-٣٣ كيلو	المثالى ٦٥-٦٠	٦٦	٦٨	١٠١	أولاً الوزن
من ٢٠-١٩	من صفر-٣٦	١٣	١٤	٣٣	ثانياً: مظاهر السمنة المفرطة:
١٩-١٧	من صفر-٣٤	١١	١٣	٣٠	أ- المظاهر الجسمية للسمنة
١٣-١٢	من صفر-٣٢	١٥	١٦	٢٨	ب- المظاهر السلوكية
١٥-١٣	من صفر-٣٨	١٧	١٩	٣٢	ج- المظاهر الاجتماعية للسمنة
٦٤-٥٤	من صفر-١٤٠	٥٧	٦٢	١٢١	د- المظاهر الشخصية والمزاجية
٢٩-٢٨	صفر-٥٢	١٦	١٧	٤٥	الدرجة الكلية للسمنة
٢٢-٢٠	صفر-٣٦	٩	١١	٣١	ثالثاً: صورة الجسم
					رابعاً: قلق الموت

* تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود كفاءة عالية وغير متوقعة للبرنامج التدريبى الإرشادى وفعاليتيه

العالية ، حيث انخفضت حدة متغيرات الدراسة جميعها.

أولاً: فيما يتعلق بانخفاض الوزن فقد استجابت الباحثة بشكل نظامى جداً على جدول الرجيم الذى وضعه لها الطبيب سواء من حيث عدد الوجبات أو من حيث كم ومحتوى الوجبة مما أدى إلى انخفاض فى الوزن وصل إلى (٢٦ كيلو) ومع إصرارها وعزيمتها واستمر الانخفاض فى الوزن

خلال فترة المتابعة تدريجياً حتى وصل إلى ٢٨ كيلو وتسعى الحالة جاهدة إلى محاولة إنقاص وزنها مرة ثالثة (على حد قولها).

ثانياً: بالنسبة لمعايير ومظاهر السمنة المفرطة:

أ- أسفرت نتائج المظاهر الجسمية للسمنة عن انخفاض تلك المظاهر السلبية ما بين ١٧-١٨ درجة وبالرجوع إلى الأسئلة الخاصة بهذا المظهر لوحظ انخفاض فى جميع البنود (١٨) بنداً ما بين درجتين إلى درجة واحدة ، حيث **انخفض** معدل شعور الحالة بكل من: الضيق والتنفس والنهجان ، والكسل والتراخى ، وعسر الهضم ، والانتفاخ والإمساك المتكرر ، وقل معدل الشخير أثناء النوم وانخفض معدل الالتهابات الجلدية المتكررة التى كانت تتواجد بين تجاعيد وثنايا الجلد (لاختفاء معظم هذه التجاعيد بسبب إنقاص الوزن) ، وشعرت الحالة بتناسق بين أعضاء جسمها ، وانخفضت كثيراً الكوابيس والأحلام المزعجة.

ب- بالنسبة للمعايير والمظاهر السلوكية للسمنة: فقد انخفضت درجاته ما بين ١٧-١٩ درجة على المقياس وظهرت بوضوح فى جميع بنود هذا البعد (١٧ بند) ما بين درجتين إلى درجة واحدة ، والتى أسفرت عن: انخفاض بمعدل (درجتين أى النهاية العظمى) فى سرعة الأكل (النهم) وفى عدد مرات الأكل (وذكرت أنها كانت تأكل ما يقرب من ١٥ مرة فى اليوم وبكميات كبيرة جداً وانخفضت إلى ٤ مرات يومياً وبكميات صغيرة وطبقاً لجدول الرجيم) ، كما أنها قللت كثيراً من حضور الحفلات التى يوجد بها أكل أو حتى الخروج مع زميلتها لتناول وجبات سريعة ، وبعدت عن تناول المواد الحريفة فى الطعام والنشويات والسكريات والدهون إلا نادراً ، ولم تقبل على تناول الطعام إلا عند شعورها الشديد بالجوع، ودوامت على ممارسة الرياضة بعد أن كان ذلك يصعب عليها وتشغل تفكيرها بضرورة إنقاص وزنها ، وتقاوم الرغبة الشديدة فى تناول الطعام ، وكرهت الذهاب المتكرر للمطبخ بعد أن كانت تستمتع بذلك.

ج- جاءت نتائج المظاهر الاجتماعية للسمنة لتسفر عن انخفاض تلك المظاهر السلبية ما بين ١٠-١٢ درجة ، وقد لوحظ انخفاض واضح فى بنود هذا المظهر (١٦ بند) فنجد الحالة أقلبت على الحياة (وظهرت تأثير ذلك بوضوح بعد مرور ما يقرب من شهر ونصف من تطبيق البرنامج أى بالقرب من موعد انتهاء البرنامج وكانت تتحدث كثيراً عندما انخفض وزنها وأحست بقيمة هذا الانخفاض فى حياتها ، وشجعتها الباحثة على الانطلاق فى الحياة الاجتماعية وحدث ذلك بالفعل) فانخفض لديها درجة الشعور بالاغتراب والعزلة عن الآخرين ، وأصبحت تتحدث عن السمنة وعما حدث سابقاً بجرأة وشجاعة أمام صديقاتها ، وعادت الذهاب للأماكن العامة ، وتعتمد على نفسها فى شراء مستلزماتها ، وتجرى وتمشى بحيوية ونشاط ، وتشارك حفلات أعياد الميلاد والأفراح (وتقول مع التزامى بالرجيم ومقاومة إغراءات

الطعام) وتقول أيضاً إن شاء الله سوف أقلل من حضوري هذه الحفلات ولكن لا أمتنع نهائياً عنها) وارتفعت درجة ترابطها الأسرى والاجتماعى.

د- عبرت نتائج المظاهر الشخصية والمزاجية والانفعالية للسمنة لدى الحالة انخفاض واضح فى الحالة النفسية المؤلمة ما بين ١٣-١٥ درجة ، وبالرجوع إلى بنود أسئلة هذا المظهر لوحظ انخفاض واضح فى جميع البنود (١٧ بند) ما بين درجتين إلى درجة واحدة ، حيث انخفض عندها معدل الغضب والإحباط ، وتشوه صورة جسمها ، وقللت من حدة العصبية وتقلب المزاج الناجمين عن زيادة وزنها وعدم قدرتها على النشاط والحركة من قبل وانخفض عندها الشعور بالعدوان والحقد ، كما انخفض لديها البكاء الكثير وشعورها بالقلق والتوتر ، وتزايد عندها الثقة بالنفس ، والقدرة على مواجهة مشكلاتها ، وأصبحت تشعر بالرضى عن الحياة ، كما تزايد تقبلها لشكلها ، وأصبحت تبحث عن مصادر السعادة (كما تقول).

هـ- أسفرت نتائج مقياس السمنة المفرطة بمظاهره الأربعة سائلة الذكر عن تحسن واضح وملحوظ فى جميع مظاهره ، حيث انخفضت الدرجة الكلية على بند المقياس (٧٠ بند) ما بين ٥٧-٦٤ درجة (الدرجة الكلية للمقياس (من صفر - ١٤٠ درجة) ، ومما ساعد على ذلك تنوع فنيات الإرشاد التى تتلاءم مع الحالة وتتلأم أيضاً مع طبيعة متغيرات الدراسة ، والإكثار من استخدام الفنيات الموجبة (التشجيع ، التصحيح الزائد).

ثالثاً: بالنسبة لصورة الجسم:

جاءت نتائج الدراسة معبرة عن انخفاض تشوه صورة الجسم لدى الحالة بشكل ملحوظ وذلك على جميع بنود الأسئلة (٢٦ بند) وذلك بمعدل يتراوح من ٢٨-٢٩ درجة (الدرجة الكلية للمقياس من صفر - ٥٢) ، حيث انخفض شعور الحالة على بنود المقياس بين درجتين إلى درجة بأنها أقل جاذبية ، وانخفض ارتباط انخفاض مستوى أدائها ونشاطها بصورتها عن جسمها ، وانخفض مفهومها السلبي عن جسمها وذاتها ، وزاد تقبلها لشكلها عندما تنظر للمرأة ، وزاد شعورها بالتناسق بين طولها ووزنها ، وأيضاً بالتناسق بين ملامح وجهها (الأنف / العين / الفم / الأذن) وتزايد شعورها بالكفاءة ، وثقتها بنفسها ، وأصبحت لديها رغبة فى الذهاب للأماكن العامة بعد أن كانت تخجل بسبب صورتها السلبية عن جسمها وشعر بحاجتها إلى العودة لصديقاتها وحضور الحفلات ، وتزايد شعورها الإيجابى بالارتياح عندما تتواجد مع الآخرين ، وعندما تتحدث عن جسمها وصورتها عن نفسها.

رابعاً: أما عن قلق الموت:

فقد أسفرت النتائج على المقياس عن التحسن الملحوظ فى انخفاض قلق الموت لدى الحالة حيث تتراوح الانخفاض ما بين (٢٠-٢٢) درجة واستمر لما بعد المتابعة ، وظهر التحسن ملحوظ على جميع بنود المقياس (١٨ بند) (الدرجة الكلية من صفر - ٣٦ درجة) ، حيث انخفض لديها شبح الموت فى

العديد من المواقف التى ظهرت على بنود المقياس: فنادراً ما يخطر ببالها فكرت الموت (بعد أن كانت تراودها كثيراً) ، وأصبحت أكثر تقاؤلاً بالحياة ، وأحبت الرحلات والخروج والذهاب للأماكن العامة بعد أن كانت تخاف التنقل خوفاً من الموت ، وأصبحت تتحدث عن الموت وتستمع للحديث عنه بعد أن كانت تهرب من تلك المواقف ، وانخفض لديها شبح أن تموت بحادث مؤلم بسبب أن السمعة المفرطة التى تعاني منها تجعلها لا تقاوم ، وانخفض معدل توقع وانتظار الموت فى كل لحظة تعيشها ، وغاب عنها فكرة أنها ستموت فى سن ووقت مبكر بسبب ما تعانيه من آلام مصاحبة للسمعة ، والأهم من ذلك أصبحت تنظر للمستقبل المشرق أمامها وتهنأ بالأحلام والآمال طويلة المدى.

وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية لتؤكد ما جاء بالدراسات السابقة ، (انظر النظرى) من أهمية كل من الفنيات السلوكية ، والمعرفية ، والاسترخاء ، والواجب المنزلى ، والتمرينات الرياضية ، والنظام الغذائى (الرجيم) ، ونجاحها فى تعديل العديد من الأفكار الذهنية السلبية لدى الحالة ، وقدرتها على التقييم الذاتى ، وتنمية قدرتها ودوافعها على التحكم فى العادات السلوكية غير السوية المرتبطة بتناول الأكل ، وتعديل الصورة الذهنية للجسم ، ومن ثم حثها على التقاؤل بعيداً عن شبح قلق الموت أو الذى سجل انخفاضاً من جراء تعديل الجوانب الأخرى).

وإذا كان الحديث عن نجاح البرنامج التدريبى فى الوصول إلى هذه النتائج الإيجابية ، إلا أن ثمة عوامل أخرى لا ينبغي إغفالها فى هذا السياق أهمها:

- تحفز الباحثة واهتمامها الشديد بالحالة.
- الألفة والمودة والثقة المتبادلة بين الحالة والباحثة منذ تواجد الباحثة بالمملكة عام ١٩٩٦-١٩٩٧.
- استمرار تواصل الباحثة مع الحالة حتى بعد عودة الباحثة لوطنها حيث كانت الحالة تتردد على مصر وتقابل الباحثة ، كما كانت الباحثة تساعدها فى بحثها للماجستير.
- ثقة الحالة فى الباحثة.
- حماس الحالة واهتمامها بحالتها والدافعية العالية لديها لخفض وزنها واستجاباتها لكل ما يطلب منها فى جلسات التدريب عبر الانترنت (الدرشة) ، والفترة ما بين الجلسات التدريبية.
- تكثيف الجلسات (ما بين ٣-٤ مرات أسبوعياً).
- سعى الحالة لأن تكون هناك جلسات تدريبية مع الباحثة مباشرة (الخمسة جلسات الأولى والخمس جلسات الأخيرة) بذهابها لمصر.
- تنوع أساليب وفنيات التدريب والإرشاد المستخدمة وملاءمتها لمتغيرات الدراسة.
- كفاية عدد الجلسات التدريبية والإرشادية (٢٤ جلسة).

المراجع

- أحمد عبد الخالق (١٩٩٨). قلق الموت قبل العدوان العراقى وبعده لدى طلاب جامعة الكويت ،
المجلة العربية للعلوم الإنسانية ، ١٦ (٦٤).
- أحمد عبد الخالق (٢٠٠٥). قلق الموت ، الكويت ، عالم المعرفة ، عدد ١١١ ، المجلس الوطنى
للثقافة والفنون والأدب.
- أحمد عكاشة (١٩٨٩). الطب النفسى المعاصر ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- أسامة محمود شلبي (٢٠٠٤). الرجيم أسلوب جديد للحياة ، مطابع طنطا.
- إسماعيل عويس أمين (٢٠٠٣). كيف تتخلص من السمنة، القاهرة ، مكتبة الصفا.
- أمل نصر الطوخى (١٩٩٤). أثر برنامج تمرينات مقترح على تحسين الكفاءة البدنية ونسبة الدهون
لدى ربات البيوت ، ماجستير ، كلية التربية ، جامعة وحلوان.
- بسمة حملة (٢٠١٨). صورة الجسم لدى المراهقات المصابات باضطراب ابات الأكل (دراسة ميدانية
لثلاث حالات) ، ماجستير ، الجزائر ، جامعة العربى بن مهيدى - أم البواقي -.
- بيك ستير (ترجمة وتعريب أحمد عبد الخالق) (١٩٩٦). دليل تعليمات قائمة بيك للاكتئاب ،
الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
- جابر عبد الحميد ؛ علاء الدين كفاى (١٩٨٩). معجم علم النفس والطب النفسى، ج٢ ، القاهرة ،
دار النهضة العربية.
- جمال الخطيب (١٩٨٧). تعديل السلوك (القوانين والإجراءات) ، عمان ، جمعية عمال المطابع
التعاونية.
- جمال الخطيب (١٩٩٤). تعديل السلوك الإنسانى ، دليل العاملين فى المجالات التربوية والنفسية
والاجتماعية ، ط٣ ، عمان، د.ت.
- حامد زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسى ، ط٣ ، القاهرة ، عالم الكتب.
- حسام الدين عزب (١٩٨١). العلاج السلوكى الحديث، القاهرة ، الأنجلو المصرية .
- حسين فايد (٢٠٠٤). دراسات فى السلوك والشخصية ، الاسكندرية ، مؤسسة طبية للنشر.
- جمال فايد (٢٠٠٦). صورة الجسم وعلاقتها ببعض أنماط التفاعلات الاجتماعية لدى التلاميذ في
مرحلة الطفولة المتأخرة. مجلة كلية التربية - جامعة المنصورة، ١ (٦٠)، ١٥٢-٢٠٧.
- ربى فاخورى (٢٠١١). اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر فى المدارس الخاصة بمدينة
عمان وعلاقتها بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل
الديمغرافية ، الأردن، مجلة اتحادات الجامعات العربية للتربية وعلم النفس ، ٩ (١) ، ١٣٧ -
١٦٣.

- رشدى فام منصور (٢٠٠٠). علم النفس العلاجى والوقائى رحيق السنين ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- زينب شقير (١٩٩٦). القيمة التنبؤية لبعض الحالات الكلينيكية المختلفة من الطمأنينة النفسية والتفاوت والتشاؤم وقلق الموت ، مجلة كلية التربية - جامعة طنطا (٢٣).
- زينب شقير (١٩٩٩). مدى فاعلية بعض أساليب العلاج المعرفى السلوكى فى علاج بعض حالات الشره العصبى من طالبات الجامعة ، مجلة دراسات نفسية (رانم) ، ٩ (٤).
- زينب شقير (٢٠٠١). احذر اضطرابات الأكل ، ط٤ ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠١). الأمراض السيكوسوماتية ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠٣). مقياس تشخيص السمنة المفرطة ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠٢). انتبه واحذر الإعاقات الصحية (السيكوسوماتية والسوماتوسيكولوجية) ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠٥). الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملى لغير العاديين ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠٥ أ). التعليم العلاجى والرعاية المتكاملة لغير العاديين ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠٦). اضطرابات الأكل (السمنة المفرطة) ، ورقة عمل ، مؤتمر كلية التربية - جامعة الزقازيق.
- زينب شقير (٢٠٠٨). الشخصية السوية والمضطربة ، ط٣ ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠٩). مقياس صورة الجسم ، ط٤ ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- زينب شقير (٢٠٠٩). مقياس قلق الموت ، ط٤ ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- سليمان النيال (٢٠٠٨). التشخيص الفارقى بين حالات السمنة المفرطة والشره العصبى www.mamashealth.com.
- سيد عبده (١٩٩٣). التحليل النفسى لحالة انتظار الموت ، القاهرة ، دار الكتاب العربى.
- صبرينة سعدون (٢٠١٧). السمنة وعلاقتها بظهور القلق لدى المراهقات "دراسة ميدانية لحالتين بأم البواقي"، دكتوراة ، الجزائر ، أم البواقي ، جامعة العربى بن مهيدى.
- عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم (١٩٩٣): العلاج السلوكى متعدد المحاور ومشكلات الطفل ، مجلة علم النفس (٢٦) ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- عبير محمد قنبر (١٩٩٧): تأثير برنامج الألعاب الصغيرة على إنقاص الوزن لطالبات المدارس الثانوية بمحافظة الغربية ، ماجستير ، جامعة طنطا.
- كوثر محمد درويش (١٩٩٤). تأثير برنامج مقترح على تقليل الوزن للسيدات فى المرحلة (٢٥-٣٥) ، ماجستير ، جامعة القاهرة.

- ليلى عبد الحميد (١٩٩٥). قلق الموت وعلاقته بكل من دافعية الإنجاز والجنس ونوعية التعليم لدى عينة من طلبة الجامعة ، *مجلة علم النفس* ، ع ٣٥ ، القاهرة ، ١٠٤-١٢٠ .
- مايسة محمد شكرى (١٩٩٢): ممارسة الأيروبك ومدى تعديله لبعض المتغيرات النفسية ووزن الجسم لدى عينة من الراشدين ، رانم ، (ج٢).
- مايسة محمد شوقي (١٩٩٠). السمعة بين الفتيات فى مرحلة المراهقة وعلاقتها بالعادة الغذائية والمستوى الاجتماعى والاقتصادى ، ماجستير ، جامعة القاهرة.
- مجدى محمد الدسوقي (٢٠٠٦). اضطرابات صورة الجسم (الأساليب، التشخيص، الوقاية والعلاج)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد محمود محمد (١٩٩٥). مدى فعالية برنامج إرشادى فى خفض مستوى بعض المخاوف المرضية لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسى ، دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق.
- منى الأنصاري (٢٠٠٢). بروفييل إدراك الذات لطالبات المرحلة الثانية بمملكة البحرين، *مجلة العلوم التربوية والنفسية* ، ج (٣) ، جامعة البحرين :كلية التربية.
- مي سليمان الدخيل (٢٠٠٧). *صورة الجسم وعلاقتها بفقدان الشهية العصبي والشهره العصبي والسمعة لدى طالبات جامعة الملك سعود*. رسالة ماجستير ، كلية التربية- جامعة الملك سعود.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Agosta, J., Close, D. Hops, H. & Rusch, F. (1980). Treatment of self-injurious behavior through overcorrection procedures. **J. of the association for persons with severe Handicaps**, 5 (1), 5-12.
- American psychiatric Association (1994). Diagnostic & Statistical manual of mental disorder, **DSM-IVR**, D.C.
- Atkinson, R. L., Fuchs, A., Pastors, J. G & Saunders, J. T. (1992). Combination of very-low-clorie diet and behavior modification in the treatment of obesity. A-m. **J. of Clim. Nutr**, Jul (1 saup. 1).
- Bulik. C. M. Sulivian, P. F. Carter. F.A. & Loyce, P.R (1998). The Role of exposure with response prevention in the cognitive behavior therapy for bulimia nerves and obesity. **Phycho. Med.** May 28 (3).

- Bult G; et al (1999). Abdominal obesity: sealing in down this dealyris **physspordmed**; 19 (10), p. 137-143.
- Cash, T. F. (1997). Body-image attitudes What difference does gender make, **Journal of Applied Social Psychology**, 27, 1438-1452.
- David sue & there (2010). **understanding Abnormal behavior** , ninth edition ,America.
- Dion, K. Berscheid, E. & Walster, E. (1972). What is beautiful is good. **J. of personality & Social psychology**, (124).
- Fox, R. & Dufrense, D. (1989). The use of physical restraint as a reinforcer, time out from restraint & fading restraint a self-injurious man **"Analysis and intervention in developmental disabilities** ,(4), 1-13.
- Foxx, R. M. & Azrin, N. H. (1923). The clminationof autistic self-injurious behavior by overcorrection. **J. of Applied Behavior analysis**. (6), 1-14.
 - Grabe,S ; Ward ,M. & Hyde, J.,SH.(2008). The Role of the Media in Body Image Concerns Among Women: A Meta-Analysis of Experimental and Correlational Studies, **Psychological Bulletin**, 134(3),460-76.
- Halpern, L. & Andrasik, F. (1986). The immediate and long-term effectiveness of over correction in treating self injurious behavior, **Applied Research Mental Retardation**, (1), 59-65.
- Kathy Welter (2008). **What is compulsive overeating?**
www.mamashealth.com.
- Leser,D. (1967). Expermental and corelation studies on the fear of death, **Psychological Bulletin** , 67, 27-36.
- Mayers PE; Faster GD; Fith MS; (2002). Correlaties of body image dissatisfaction among over weight women seeking weight loss, (U.S.A) **consultclin psychol**, Aug: (7094): Plo 40-4.
- Nancy Riggins – Hume, LCSW (2008). Eating Disorders in Men.
hume@pacbell.net.

- Nation Institutes of Health (2008). **Eating disorders**. www.nlm.nih.gov.html.
- National Eating Disorders Association (2008). **Body image**. www.NationalEatingDisorders.org.
- Patttrison ,M.(1976). The experience of dying , **American J. of Psychotherapy**,21, 32-43.
- Riva G; Bacchetta M; Baruffi M. (2002). Virtual: reality – bosed multid imensional therapy for the treatment of body image disturbance in obesity: **a controlled study**: Aug: 4 (4): 511-26.
- Sanson S; Judd F, Jolley D; (2001). Obesity, borderline personality symptology and body imaging women in psychiatric out patient setting Wright state, **U.S.A.** Jan; 29 (1): 76-9.
- Slutsky, J. M. (1978). Desnsitization and credible placebo in alleviating public speaking anxiety. **J. of clinical psy**, 39 (5), 658-666 sep.
- **Traubenberg. N. R (1994)**, Le Rorschach, Champ d'interaction: de percept au fantasme, psychologie, S.A.R.P, n°= 4, pp: 139-158.
- Walpe, J. (1969). How can cognitions influence desensitization. **J. of Behavior therapy**, 7, 219a.
- Williamson DA; Womble LG; Zucker NI (2000). Body image assessment for obesity (B.I.A.O) development of new procedure in Jobes relate, **Metab Disord**; Oct: 24 (10); pp 326-32.
- Yalom, Irvun D. (1980). **Existential psychotherapy**, N.Y. Dasic Boks. Inc.
- <https://ar.wikipedia.org>
- www.mamashealth.com
- hume@pacbell.net.
- www.nlm.nih.gov.html
- www.NationalEatingDisorders.org
- www.nlm.nih.gov.html.