

ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية

شعبة: علم النفس والأرطوفونيا

تخصص: علم النفس العيادي



كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

رقم:...../2023

الموضوع

مساهمة الالتزام بالسلوك الصحي في التنبؤ بدرجة اضطراب البوليميا لدى النساء المرتدات لقاعات الرياضة

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر في علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور:

– زعابطة سيرين هاجر

إعداد الطالبة:

– بن عبد الرحمان هاجر

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
د. ديماش خديجة	أستاذ محاضر – أ –	جامعة عمار ثليجي	رئيساً
أ. د. زعابطة سيرين هاجر	أستاذ تعليم عالي	جامعة عمار ثليجي	مشرفاً ومقرراً
د. بن بوقرين عبد الباقي	أستاذ محاضر – أ –	جامعة عمار ثليجي	مناقشاً

شكر وعرفان

الشكر والحمد لله عز وجل على نعمة العلم والتبصر،

والحمد لله على أن جعلنا من أمة أفضل خلقه محمد عليه أفضل الصلاة والسلام
وعلى أله وصحبه أجمعين.

الشكر أجزله للأستاذ الدكتور "زعابطة سيرين هاجر" لما أبدته من صبر في
المتابعة والإشراف على كل شاردة وواردة، حتى رأت الدراسة النور فجزاها الله عني
خير الجزاء.

كما أتقدم بأسمى آيات الشكر والعرفان إلى كل من أسدى لي النصيح والمشورة
والدعم المعنوي حتى أكتملت هذه الدراسة.

الشكر موصول لمن كانوا سبباً ودعماً لهذه الدراسة سواءاً من قريب ومن بعيد
فلهم مني جزيل الشكر وجميل الثناء.

إهداء

"وَأَخِرُ دَعْوَاهُمْ أَنْ الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ"

عظم المراد فهان الطريق،

فجاءت لذة الوصول لتمحي مشقة السنين.

إلى من وضع المولى سبحانه وتعالى الجنة تحت قدميها "أمي الغالية".

إلى خالد الذكر الذي وافته المنية وأنا على مقاعد الدراسة "أبي العزيز" رحمه الله
وطيب ثراه.

إلى من تقاسم معي الحلو والمر أخواتي وأخي.

إلى زوجي الحبيب الذي لم يتوان لحظة في مساندتي.

إلى كافة أصدقائي.

أهدي ثمرة جهدي هذا إليكم.

ملخص

هدفت الدراسة الحالية للكشف عن مساهمة الالتزام بأبعاد السلوك الصحي (العناية بالجسم/ العناية بالصحة العامة/ التعامل مع الأدوية والعقاقير/ الدعم النفسي الاجتماعي) في التنبؤ بدرجة البوليميا لدى النساء المرتدات لقاعات الرياضة. ولقياس متغيرات الدراسة اعتمدنا على مقياس الشره العصبي لحسين فايد 2005، ومقياس السلوك الصحي للحارثي 2014، الذين طُبِّقا على عينة قوامها 61 امرأة مرتدة بانتظام لقاعات الرياضة، معتمدين في ذلك على المنهج الوصفي التنبؤي لملائمته للدراسة الحالية. وبعد إخضاع النتائج المعالجة الإحصائية (SPSS 27) وتحليلها، تبين أن الالتزام ببعد السلوك الصحي (العناية بالجسم) يساهم بنسبة (Beta = -0.39) في التنبؤ بدرجة البوليميا، فكلما زادت العناية بالجسم بدرجة واحدة انخفضت درجة البوليميا بنسبة 39%.

الكلمات المفتاحية:

البوليميا، السلوك الصحي، أبعاد السلوك الصحي.

Résumé

L'étude actuelle visait à révéler la contribution de l'adhésion aux facteurs du comportement de santé (soins du corps / soins de la santé générale / gestion des médicaments et des drogues / soutien psychosocial) dans la prédiction de la réduction du degré de boulimie chez les femmes fréquentant les salles de sport. Deux instruments de mesure ont été utilisés : l'échelle de la boulimie (Hussein Fayed 2005) et l'échelle de comportement de santé (Al-Harithi 2014), appliqués à un échantillon de 61 femmes fréquentant régulièrement les salles de sport, en se basant sur la méthode descriptive prédictive pour son adéquation à l'étude actuelle. Après avoir soumis les résultats à un traitement statistique (SPSS 27) et les avoir analysés, il est apparu que l'adhésion à la dimension du comportement de santé (soins du corps) contribue à hauteur de (Beta = -0.39) dans la prédiction de la réduction du degré de boulimie, de sorte qu'une augmentation d'un point des soins du corps entraîne une réduction de 39 % du degré de boulimie.

Mots clés :

Boulimie, comportement de santé, Dimensions d'un comportement sain.

Abstract

The current study aimed to reveal the contribution of adherence to health behavior dimensions (body care / general health care / medication and drug management / psychosocial support) in predicting the reduction of bulimia degree among women attending gyms. Two measurement tools were used: the Bulimia Scale (Hussein Fayed 2005) and the Health Behavior Scale (Al-Harithi 2014), applied to a sample of 61 women who regularly attend gyms, relying on the predictive descriptive method for its suitability for the current study. After subjecting the results to statistical processing (SPSS 27) and analyzing them, it was found that adherence to the health behavior dimension (body care) contributes (Beta = -0.39) in predicting the reduction of the degree of bulimia, so that an increase of one point in body care results in a 39% reduction in the degree of bulimia.

Keywords:

Bulimia, health behavior, Dimensions of healthy behavior.

فهرس المحتويات

1	1. مقدمة - INTRODUCTION
6	2. الإطار النظري - BACKGROUND
6	1.2 البوليميا
6	1.1.2 مفهوم اضطراب البوليميا
7	2.1.2 التعريف الإجرائي للبوليميا
7	3.1.2 العوامل المسببة لحدوث البوليميا
8	4.1.2 المعايير التشخيصية لاضطراب البوليميا
9	5.1.2 التشخيص الفارقي للنهم العصبي
9	1.5.1.2 فقدان الشهية العصبي
9	2.5.1.2 اضطراب الأكل الشره
9	3.5.1.2 اضطراب الاكتئاب الرئيسي واضطراب الشخصية الحدية
9	4.5.1.2 السمنة
10	6.1.2 علاج اضطراب الشره العصبي
10	1.6.1.2 العلاج الدوائي
10	2.6.1.2 العلاج السلوكي المعرفي للشره العصبي
11	3.6.1.2 العلاج بين الشخصي (نموذج IPTG لعلاج الشره العصبي)
11	4.6.1.2 العلاج الأسري
11	2.2. السلوك الصحي
11	1.2.2 مفهوم السلوك الصحي
12	2.2.2 تعريف السلوك الصحي
12	1.2.2.2 التعريف الإصطلاحي

12	2.2.2.2 التعريف الإجرائي
12	3.2.2 أبعاد السلوك الصحي
13	4.2.2 أنماط السلوك الصحي
14	5.2.2 النماذج المفسرة للسلوك الصحي
14	1.5.2.2 نموذج المعتقدات الصحية
14	2.5.2.2 نظرية السلوك المبرر
14	3.5.2.2 نظرية السلوك البيئي
14	4.5.2.2 نموذج مراحل التغيير
15	3. المراجعة الأدبية للدراسات السابقة
23	1.3 التعقيب على الدراسات السابقة
23	1.1.3 من حيث الأهداف
23	2.1.3 من حيث المنهج والأدوات
23	3.1.3 من حيث العينة
24	4.1.3 من حيث النتائج
25	4. طريقة وأدوات الدراسة - METHOD
25	1.4 منهجية الدراسة
25	2.4 حدود الدراسة
25	1.2.4 الحدود المكانية
25	2.2.4 الحدود الزمانية
25	3.4 المشاركون في الدراسة
26	1.3.4 خصائص المشاركون في الدراسة حسب السن
27	2.3.4 خصائص المشاركون في الدراسة حسب الحالة الاجتماعية
27	3.3.4 خصائص المشاركون في الدراسة حسب المهنة
28	4.4 أدوات الدراسة

28	1.4.4 وصف مقياس الشره العصبي لحسين فايد (2005) وطريقة تصحيحه
29	1.1.4.4 الخصائص السيكومترية لمقياس الشره العصبي للدراسة الحالية
31	2.4.4 وصف مقياس السلوك الصحي لإسماعيل أحمد الحارثي (2014)
32	1.2.4.4 الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي للدراسة الحالية
36	5.4 إجراءات الدراسة
38	5. نتائج الدراسة - RESULTS
38	1.5 عرض وتحليل نتائج الفرضية
38	1.1.5 حساب الانحراف المعياري و المتوسط الحسابي لأبعاد السلوك الصحي
39	2.1.5 حساب قيمة معامل الارتباط بين ابعاد السلوك الصحي و البوليميا
39	3.1.5 حساب قيمة الارتباط الخطي بين البوليميا وأبعاد السلوك الصحي
40	4.1.5 تحليل التباين (ANOVA) الخاص بمعامل الإنحدار المتعدد
40	5.1.5 معادلة خط الإنحدار
44	6. مناقشة النتائج - DISCUSSION
44	1.6 مناقشة وتفسير الفرضية
47	7. خاتمة - CONCLUSION

قائمة الأشكال

- شكل 1: دائرة نسبية توضح النسبة المئوية للمشاركين في الدراسة حسب السن. 26 _____
- شكل 2: دائرة نسبية توضح النسبة المئوية للمشاركين حسب الحالة الاجتماعية. 27 _____
- شكل 3: دائرة نسبية توضح النسبة المئوية للمشاركين حسب المهنة. 28 _____
- شكل 4 : منحنى بياني يوضح الإنحدار المتعدد. 41 _____
- شكل 5: منحنى سحابة النقاط يوضح الإنحدار المتعدد 42 _____

قائمة الجداول

- جدول 1: ملخص الدراسات السابقة. _____ 22
- جدول 2: خصائص المشاركون وفقا لمتغير السن. _____ 26
- جدول 3: خصائص المشاركون وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية. _____ 27
- جدول 4: خصائص المشاركون وفقا لمتغير المهنة. _____ 27
- جدول 5: يوضح نتائج معامل الارتباك بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الشره العصبي. _____ 31
- جدول 6: يوضح نتائج معامل ثبات الفالكرومباخ لمقياس الشره العصبي. _____ 31
- جدول 7: يوضح نتائج معامل الارتباط لبُعد العناية بالجسم لمقياس السلوك الصحي. _____ 33
- جدول 8: يوضح نتائج معامل الارتباط لبُعد العناية بالصحة العامة لمقياس السلوك الصحي. _____ 34
- جدول 9: يوضح نتائج معامل الارتباط لبُعد التعامل مع الأدوية والعقاقير لمقياس السلوك الصحي. _____ 34
- جدول 10: يوضح نتائج معامل الارتباط لبُعد النفس الاجتماعي لمقياس السلوك الصحي. _____ 35
- جدول 11: يوضح معامل الثبات الفالكرومباخ لأبعاد لمقياس السلوك الصحي. _____ 36
- جدول 12: يوضح الإحصاءات الوصفية لأبعاد السلوك الصحي. _____ 38
- جدول 13: يوضح قيمة معامل الارتباط بين أبعاد السلوك الصحي والبوليميا. _____ 39
- جدول 14: يوضح قيمة الارتباط الخطي بين البوليميا وأبعاد السلوك الصحي. _____ 39
- جدول 15: يوضح تحليل التباين (ANOVA) الخاص بمعامل الانحدار المتعدد. _____ 40
- جدول 16: يوضح معادلة خط الانحدار. _____ 40

قائمة الملاحق

- ملحق 1: مقياس السلوك الصحي. 51 _____
- ملحق 2: مقياس الشره العصبي. 54 _____
- ملحق 3: الإحصاءات الوصفية *Statistiques descriptives* 56 _____
- ملحق 4: الارتباط بين البوليميا وأبعاد السلوك الصحي *Corrélations*. 56 _____
- ملحق 5: *Variables introduites/éliminées* 56 _____
- ملحق 6: قيمة الارتباط الخطي بين البوليميا وأبعاد السلوك الصحي 57 _____
- ملحق 7: تحليل التباين *ANOVA^a* 57 _____
- ملحق 8: معادلة خط الانحدار *Coefficients^a* 57 _____
- ملحق 9: *Statistiques des résidus^a* 58 _____
- ملحق 10: معامل الارتباط بين أبعاد السلوك الصحي والبوليميا *Corrélations* 58 _____
- ملحق 11: صدق مقياس الشره العصبي. 59 _____
- ملحق 12: معامل الثبات الفاكرومباخ لمقياس الشره العصبي. 61 _____
- ملحق 13: صدق البعد الأول من مقياس السلوك الصحي. 61 _____
- ملحق 14: صدق البعد الثاني من مقياس السلوك الصحي. 62 _____
- ملحق 15: صدق البعد الثالث من مقياس السلوك الصحي. 63 _____
- ملحق 16: صدق البعد الرابع من مقياس السلوك الصحي. 64 _____
- ملحق 17: ثبات البعد الأول من مقياس السلوك الصحي. 65 _____
- ملحق 18: ثبات البعد الثاني من مقياس السلوك الصحي. 65 _____
- ملحق 19: ثبات البعد الثالث من مقياس السلوك الصحي. 65 _____
- ملحق 20: ثبات البعد الرابع من مقياس السلوك الصحي. 65 _____

-1-

مقدمة - INTRODUCTION

1. مقدمة - INTRODUCTION

إن طبيعة ما يأكلنا هي ما تحدد طبيعة ما نأكله فالعلاقة بين النفس والجسد تظهر في سلوكيات الفرد وتؤثر على حالته النفسية والعاطفية، كما تحدد اختيارات الفرد الغذائية وسلوكياته الصحية سواءً كانت إيجابية أم سلبية، فتحقيق التوازن بين الصحة النفسية والجسدية وخلوها من الاضطرابات يتطلب فهماً عميقاً للعلاقة بينهما، والتعامل مع الاضطرابات وتبني السلوكيات الصحية يتطلبان نهجاً شاملاً يجمع بين الرعاية النفسية والتغذية المتوازنة والنشاط البدني.

تمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ زمن بعيد، كما اعتبر الغذاء والرغبة فيه وسيلة للتعبير عن توتر الفرد واضطرابه أو سويته. (عزت، 2015)

كما تعد اضطرابات الأكل من أهم المشكلات الشائعة في الوقت الراهن ولقد صنفت قديماً ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية إلى أن أصدر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM III) (1987)، وأعقبه الدليل الرابع (DSM IV 1994) ووضع هذه الفئة منفصلة من الاضطرابات تحت عنوان اضطرابات الأكل وتتضمن فقدان الشهية العصبي، الشره أو النهم العصبي، واضطراب الأكل الزائد عن الحد، ثم صورته النموذج الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM V) ليضع معايير تشخيصية لاضطرابات الأكل تختلف عن سابقتها، كل على حدى والتي من بينها اضطراب الشره العصبي. (عبد الحسيب، 2020)

النهم العصبي هو حالة مرضية يتم فيها الأكل بشراهة سرا نتيجة الضغط العصبي والمشاعر السلبية الناتجة عنه، حيث يستمر الفرد بالأكل رغم شعوره بالشبع، وتقرح الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من النهم في بعض الأوقات يتناولون في جلسة الشراهة الواحدة أكثر مما يمكن أن يتناوله الفرد العادي على مدار اليوم.

وبالتالي، يشعرون بالخزي ويحاولون كتمان ذلك السلوك، فبعد إنتهائهم من الطعام، يثار لديهم شعور الإشمئزاز وعدم الراحة والخوف من زيادة الوزن، مما يؤدي للخطوة الثانية للنهم العصبي وهي السلوك القهري المعروف بالتنظير، ففي هذه الخطوة يقوم البعض بالقيء العمدي بوضع

أصابهم في الفم، وقد يستخدم أيضا المسهلات ومدرات البول، والتدريبات العنيفة لمنع زيادة الوزن. (شويخ، 2017)

وتؤكد النظريات الخاصة بأسباب المرض في الشره العصبي على أن المريض يحاول مجارة الأفكار الحضارية المتعلقة بالنعافة، والتي تؤدي إلى تناول قدر لا بأس به من الطعام مع المحافظة على وزن أقل من المستويات البيولوجية المناسبة وقد يستمر ذلك لفترة ما ولكن فجأة تؤدي ضغوط مجموعة العوامل النفسية والفيزيولوجية المجتمعة للأكل إلى كسر القيود، يتبع ذلك شعور بالذنب وعودة للتقييد ثم نهم أكبر وأشمل ونشر التقارير الإكلينيكية إلا أن النهم يحدث أكثر في أوقات الملل والقلق والإكتئاب والوحدة والإعزاء، حتى بعد تناول كمية قليلة من الأطعمة المحرمة. (فرج، 2000)

وفي هذا الصدد استعرضت دراسة قام بها "Lambert, Déchelolte, Glanuche 2019" دراسات حول انتشار الأكل في الفترة الممتدة بين 2000 إلى 2018 بإستخدام تصنيفات كل من DSM IV و DSM 5 ووجدت الدراسة أن معدل انتشار اضطرابات الأكل مدى الحياة هو 8,4 % للنساء و 2,2 % للرجال. وأظهرت الاضطرابات المحددة معدلات انتشار متفاوتة:

- فقدان الشهية العصبية (AN) 1,4 % للنساء و 0,2 % للرجال.
- الشره العصبي (BN) 1,9 % للنساء و 0,6 % للرجال.
- اضطراب نهم الطعام (BED) 2,8 % للنساء و 1,0 % للرجال. (Patmore, Meddaoui, & Feldman, 2021)

عندما نتحدث عن بداية النهم العصبي فيتصاحب مع بداية مرحلة المراهقة أو نهايتها فحوالي 90% من الحالات نساء، وغالبا يعاني المريض بزيادة في الوزن قبل حدوث الاضطراب.

يرتبط النهم العصبي بعدد من الاضطرابات الأخرى مثل الإكتئاب والاضطرابات الشخصية واضطراب القلق واستخدام المواد واضطراب السلوك، وقد يكون لدى ذوي اضطرابات الأكل اضطراب في الكيمياء العصبية للمخ والتي تؤدي إلى خلل وظيفي في أنماط الأكل، فأصحاب الشره المرضي أقل حساسية للسيترولين والذي يشير إلى مشاعر الإمتلاء أكثر من ذوي الأنماط الطبيعية لذا فإنهم يأكلون كميات كبيرة من الطعام لعدم قدرتهم على ادراك مشاعر الإمتلاء بنفس سرعة الآخرين. (عيسى و الياس شواش، 2019)

وترتفع معدلات الانتحار بين مرض النهم العصبي مقارنة بالأفراد العاديين، ولكنها أقل جوهرية مقارنة بالأفراد ذوي فقدان الشهية العصبي، تحدث النوبات في المتوسط مرة واحدة على الأقل في الأسبوع لمدة 33 أشهر، يعتمد التشخيص على التاريخ والفحص البدني، ويتكون العلاج من العلاج النفسي ومع مضادات الاكتئاب. (دعماش، 2022)

وتشير الأدبيات إلى أن العلاجات النفسية يمكنها أن تخفف من أعراض اضطراب النهم العصبي كدراسة "محمود عطية إسماعيل (2022)" والتي توصلت إلى تأثير العلاج المعرفي القائم على العقل في خفض أعراض الشره العصبي كما استمر تأثير العلاج والمتابعة على المجموعة التجريبية، ودراسة "أحمد الشريفين ونور بحر (2020)" التي أشارت نتائجها إلى فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشهية العصبي فكانت الفروق دالة إحصائياً بين متوسطات القياس البعدي والقبلي لمقياس الشره العصبي مما يعكس ثبات تأثير النموذج، ودراسة "يحي مبارك خطاطبة (2020)" التي توصلت إلى فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على القبول والالتزام في خفض أعراض الشره العصبي فكانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي على مقياس الشره العصبي، ودراسة "Frederique Vendan (2008)" حيث توصلت إلى أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر نجاعة في علاج الشره العصبي مقارنة بالعلاج بين الشخصي فالعلاج السلوكي المعرفي يؤدي إلى استجابة أسرع.

وتناولت الدراسات في علم نفس الصحة اضطرابات الأكل من جوانب متعددة تشمل العوامل البيولوجية مثل الوراثة والتأثيرات الكيميائية في الدماغ، والعوامل النفسية مثل صورة الجسم وتقدير الذات والضغط النفسية، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية مثل تأثير الأسرة والأصدقاء والمجتمع والإعلام. وركزت هذه الدراسات أيضاً على تطوير استراتيجيات وقائية وعلاجية شاملة تتضمن العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج الدوائي، والاستشارات الغذائية، بالإضافة إلى أهمية الدعم النفسي والاجتماعي لتحسين نوعية حياة الأفراد المتأثرين باضطرابات الأكل. كما يأخذ علماء النفس الصحي مقارنة بيولوجية نفسية اجتماعية. بعبارة أخرى يفهم علماء النفس الصحي أن الصحة ليست نتاج العمليات البيولوجية (مثل فيروس، أو ورم، أو ما إلى ذلك) فحسب، بل هي نتاج نفسي (مثل الأفكار والمعتقدات)، وسلوكي (كالعادات).

حيث أن السلوك الصحي يشير إلى جميع السلوكيات التي يعتمد عليها الناس والمؤثرة والمرتبطة بصحتهم سواء كانت أنماط سلوكية صحية إيجابية مثل ممارسة الرياضة وعدم التدخين أو غير صحية كالإفراط في تناول الطعام. (أحمان و عبد الصمد، 2018)

و حسب "Hubley" فإن السلوك الصحي هو تلك الإجراءات التي يتخذها الأشخاص لأنفسهم وللآخرين من أجل تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض (ممارسة الرياضة، الممارسة الصحية الجيدة) والحد من الأضرار الصحية، التدخين، الإفراط في استهلاك الكحول. (بوقري، 2023)

وقد يساهم السلوك الصحي كنمط حياة في التأثير على المصابين بالنهم العصبي من خلال ممارسة الرياضة وهذا ما أشارت إليه دراسة "سمر عبد الحميد السيد (2021)" التي توصلت نتائجها إلى أثر تدريبات الكروس فيت على الشره العصبي ، ودراسة "شيرين أحمد طه حسين (2010)" التي توصلت نتائجها إلى أن تأثير تمارينات الزومبا تؤثر في خفض الشره العصبي حيث أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي في مقياس الشره العصبي، كما كشفت دراسة "Wendy D.Martinez (2020)" التي تناولت سلوك التغذية والنشاط البدني وتدريب التمارين لدى الشباب الأصحاء وكانت المعالجات التدخلية لها تأثير ملحوظ على الأكل العاطفي أي أن هذا الأخير يؤثر في سلوك التغذية. وتوصلت دراسة "Castelo Naval(2018)" إلى خطر الإصابة باضطرابات الأكل لدى طلاب الجامعات في كل من اضطراب الشره العصبي بنسبة 4,7% وفقدان الشهية بنسبة 12% ، وذلك من خلال أسلوب الحياة الذي يعتمد عليه طلاب الجامعات وسلوكات الأكل غير النمطية.

تأسيساً لما سبق اتضحت ضرورة دراسة نموذج الدراسة الحالية التي تتعلق بمدى مساهمة الالتزام بالسلوك الصحي كأسلوب حياة في التنبؤ بدرجة البوليميا وذلك من خلال الأجابة على السؤال الذي يتمحور حول مساهمة أبعاد السلوك الصحي (العناية بالجسم/ العناية بالصحة العامة/ التعامل مع الأدوية والعقاقير/ الدعم النفسي الاجتماعي) في التنبؤ بدرجة البوليميا لدى النساء المرتادات لقااعات الرياضة.

تكمن أهمية الدراسة من الناحية العلمية إلى أن الدراسة الحالية تتدرج ضمن مضلة الدراسات التي تهتم بدراسة اضطراب الشره العصبي كأحد اضطرابات الأكل الأساسية والتي تؤدي إلى العديد من العواقب الجسمية والنفسية الخطيرة، فالشره العصبي يتسم بالتطور المستمر حيث يؤدي إلى تعقيدات طبية لا تقل خطورة عنه، في حين تنبثق أهمية الدراسة الحالية من الناحية التطبيقية كونها

تقدم من خلال نتائجها كتدخل مبكر لعلاج تلك المشكلات المتعلقة باضطراب الشره العصبي، فيتوقع أن تقدم الدراسة الحالية إضافة جديدة للدراسات العربية في تناولها للسلوك الصحي، إذ تحاول فحص فاعليته في التنبؤ بخفض مستوى أعراض البوليميا و بذلك يمكن الاستناد اليها كإطار مرجعي ومقدمة لأبحاث و دراسات قادمة تتناول مشكلات أخرى تهم الباحثين.

كما يكمن هدف الدراسة الحالية في الكشف على مدى مساهمة أبعاد السلوك الصحي المتمثلة في العناية بالجسم، العناية بالصحة العامة، والتعامل مع الأدوية والعقاقير والدعم النفسي الاجتماعي في التنبؤ بدرجة البوليميا والتي تنص أبعادها على عدم الرضا عن الوزن الزائد، والاندفاع القهري لتناول الطعام والإفراط في تناول طعام الحفلات، وطرق التخسيس كممارسة الرياضة، القيء المستنثار ذاتياً.

ولمعرفة مدى مساهمة الالتزام بالسلوك الصحي في التنبؤ بدرجة البوليميا تم صياغ فرضية الدراسة يساهم الالتزام بأبعاد السلوك الصحي في التنبؤ بدرجة البوليميا لدى النساء المرتدات لقاعات الرياضة.

ولتحقيق أهداف الدراسة إعتمدنا على عينة قصدية قوامها 61 امرأة حيث استهدفنا المرتدات لقاعات الرياضة بانتظام. حيث تم استخدام المنهج الوصفي التنبؤي ، فجاءت نتائج الدراسة بأن البعد الأول من السلوك الصحي "العناية بالجسم" يساهم بالتنبؤ بدرجة البوليميا والتي تدور بنودها حول الاندفاع القهري لتناول الطعام، عدم الرضا عن زيادة الوزن، الإفراط في تناول طعام الحفلات، وطرق التخسيس المتمثلة في ممارسة الرياضة، القيء المستنثار ذاتياً. ولإفاء الدراسة حقها إعتمدنا على منهجية IMRAD فقسمت هذه الأخيرة إلى أربع أجزاء مهمة ألا وهي المقدمة، منهجية الدراسة، نتائج الدراسة، ومناقشة نتائج الدراسة.

-2-

الإطار النظري - BACKGROUND

2. الإطار النظري - BACKGROUND

1.2 البوليميا

1.1.2 مفهوم اضطراب البوليميا

إن النهم العصبي هو كلمة مشتقة من اللاتينية تعني جوع الثور، وهو أحد اضطرابات الأكل وله العديد من الوصفات الإكلينيكية. من بينها نوبات من التناول السريع بكميات كبيرة من الطعام، يليها سلوك قهري مثل القيء أو الصيام الشديد، والتدريبات الرياضية الشاقة لمنع زيادة الوزن. فهو تلك الحالة المرضية التي تتميز بالافراط في تناول الطعام لفترات طويلة دون هوادة بعد شعور الشبع، مع فقدان القدرة على التوقف أثناء الأكل. ولا يتوقف الشخص عادة إلا عندما ينتهي الطعام. وفي النهاية، يشعر الشخص بالامتلاء والغثيان والضيق، ويلجأ إلى التقيؤ للتخلص من الطعام لما يشعره براحة نفسية مؤقتة تستبدل سرعان ما بالاشمئزاز والشعور بالذنب والإدانة الذاتية. (شويخ، 2017)

حيث يتميز الشره المرضي العصبي تكرار تناول الطعام بشكل مكثف يتبعه سلوكيات غير ملائمة لمنع زيادة الوزن مثل القيء أو الاسهال، هذه الأحداث يستثيرها الانفعال السالب مثل القلق أو حتى التعب، فقد يستهلك المرضى الأطعمة سهلة البلع مثل الحلوى والأطعمة عالية الطاقة ويحاولون التخلص من هذه السعرات الحرارية من خلال القيء أو التمارين الرياضية كما أنه يسبب العديد من المشاكل الطبية، فالقيء المتكرر يسبب النزيف في المرئ واحتراق الحلق والفم بأحماض من المعدة ويتلف مينا الأسنان. (عيسى و الياس شواش، 2019)

ويعرفه الدليل التشخيصي للأمراض النفسية "الشرهة" في ضوء خاصيتين: أولاً، أنها تناول كمية كبيرة من الطعام أكثر مما يأكلها أغلب الأفراد في فترة زمنية قصيرة، مثلاً أقل من ساعتين. ثانياً، أنها تشمل مشاعر فقدان السيطرة على السلوك الأكل، حيث لا يستطيع الشخص التوقف.

يعرف "سيد عبد الموجود (2001)" الشره العصبي بأنه عبارة عن اضطراب في الأكل يتميز بوجود نوبات متكررة من الافراط في الأكل، يفقد الشخص خلالها قدرته على التحكم، يعقبها غالباً قيام المريض بسلوكيات تعويضية غير ملائمة للتخلص من السعرات الحرارية الزائدة، وتقادي

حدوث زيادة الوزن، ويكون ذلك بواحد أو أكثر من السلوكيات التالية: افتعال القيء، تعاطي المليّنات، مدارات البول، الصيام، أداء تدريبات مجهدة. (المحسن، 2023)

أما عن بدايته، قد يبدأ اضطراب النهم العصبي في مرحلة المراهقة أو نهايتها، وحوالي 90% من الحالات تشمل الإناث. كما أن الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب غالباً ما يواجهون زيادة في الوزن قبل بداية ظهور الأعراض.

ويرتبط اضطراب النهم العصبي بشكل وثيق بعدة اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب، واضطرابات الشخصية، واضطرابات القلق، واستخدام المواد، واضطرابات السلوك. وغالباً ما يتم تشخيص الرجال الذين يعانون من اضطراب النهم العصبي من خلال أحد هذه الاضطرابات الأخرى، مثل اضطراب المزاج أو اضطراب استخدام المواد. (شويخ وآخرون، 2017)

2.1.2 التعريف الإجرائي للبوليميا

تعرف البوليميا إجرائياً، تناول الطعام القهري للمرأة المرتادة على قاعة الرياضة، وعدم رضاها عن زيادة وزنها، وإفراطها في تناول طعام الحفلات والطرق التي تستخدمها للتخسيس كممارسة الرياضة، القيء المستتار ذاتياً، استخدام المليّنات ويشار إليه بالدرجة المتحصل عليها من مقياس الشره العصبي لـ"حسين فايد (2005)".

3.1.2 العوامل المسببة لحدوث البوليميا

تتأثر البوليميا في ظهورها بالعوامل الحيوية، والعوامل الأسرية والتعليمية، ونوعية الإدراكات الذاتية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تتسبب التجارب الانفعالية السلبية أو غير السارة، مثل التعرض للعنف، أو الرفض، أو المشكلات، أو ضغوط الحياة، في حدوث الشره العصبي.

هناك عوامل تؤثر على مآل الشره العصبي وتشمل:

- أ - العوامل البيولوجية: تشمل تشوهات بيولوجية مثل الخلل الهرموني، والطفرة الوراثية.
- ب - العوامل النفسية: مثل الاكتئاب، وعدم الرضا عن صورة الجسم، وتدني الرضا عن الذات، وصعوبة التعامل مع المشاعر.
- ج - العوامل الاجتماعية: تشمل ضغوط الحياة الاجتماعية، وتأثير وسائل الإعلام التي يمكن أن تحفز على تناول الطعام بشره. (عطية و اسماعيل، 2022)

4.1.2 المعايير التشخيصية لاضطراب البوليميا

فحسب الدليل التشخيصي و الإحصائي لاضطرابات العقلية (DSM 5) .

تتمثل المعايير التشخيصية للنهم العصبي في:

- أ - حدوث حالات متكررة من الأكل المفرط، يتميز بوجود حالة من الأكل المفرط بنفس المدة (مثلاً، خلال فترة 2 ساعة)، حيث يتناول الفرد كمية من الطعام أكبر بشكل واضح مما يتناوله معظم الأفراد في فترة مماثلة من الزمن تحت ظروف مماثلة.
- ب - ممارسة سلوكيات تعويضية غير لائقة بشكل متكرر لتجنب زيادة الوزن، مثل التقيؤ الذاتي، سوء استخدام المليينات، المدرات البولية أو غيرها من الأدوية، الصيام أو ممارسة تمارين رياضية مفرطة.
- ج - يحدث الأكل المفرط والسلوكيات التعويضية غير اللائقة كل منهما بمعدل مرة واحدة على الأقل في الأسبوع لمدة 3 أشهر.
- د - تكون تقييمات الذات متأثرة بشكل غير معقول بشكل الجسم والوزن.
- هـ - لا يحدث الاضطراب حصرياً أثناء حالات اضطراب الشهية العصبي، تحديداً إذا كان:

- في حالة تحسن جزئي: بعد تحقيق معايير كاملة للبوليميا سابقاً، لم يتم تحقيق أي من المعايير لفترة مستمرة.
- تحديد الشدة الحالية: يستند المستوى الأول من الشدة على تكرار السلوكيات التعويضية غير اللائقة.
- يمكن زيادة مستوى الشدة ليعكس الأعراض الأخرى ودرجة العجز الوظيفي.
- خفيف: متوسط 1-3 حالات من السلوكيات التعويضية غير اللائقة في الأسبوع.
- معتدل: متوسط 4-7 حالات من السلوكيات التعويضية غير اللائقة في الأسبوع.
- شديد: متوسط 8-13 حالات من السلوكيات التعويضية غير اللائقة في الأسبوع.
- شديد للغاية: 14 حالة أو أكثر من السلوكيات التعويضية غير اللائقة في الأسبوع. (DSM 5 , 2013)

5.1.2 التشخيص الفارقي للنهم العصبي

1.5.1.2 فقدان الشهية العصبي

من الضروري التمييز بين اضطراب النهم العصبي وفقدان الشهية العصبي لأن المضاعفات والعلاج والتنبؤ لكل حالة تختلف. يكون لدى المريض فقدان الشهية العصبي وليس النهم العصبي إذا حدثت الشراهة أو التطهير فقط خلال نوبات فقدان الشهية العصبي، التي تشمل نوع الأكل الشره والتطهير. من المهم التمييز بين تشخيص فقدان الشهية العصبي، الذي يتطلب وزنًا منخفضًا ومؤشر كتلة الجسم أقل من 18، وهذا ليس معيارًا تشخيصيًا للاضطراب النهم العصبي.

2.5.1.2 اضطراب الأكل الشره

يتميز أيضًا بنوبات أكل شره، ومع ذلك، لا يوجد في اضطراب الأكل الشره سلوك التطهير كما في النهم العصبي. عادةً ما يقيد مرض الأكل الشره نظامهم الغذائي بين نوبات الأكل الشره للتأثير على شكل الجسم، وعلى النقيض من ذلك، لا يقيد أولئك الذين يعانون من اضطراب الأكل الشره تناولهم بين النوبات.

3.5.1.2 اضطراب الاكتئاب الرئيسي واضطراب الشخصية الحدية

قد تظهر أيضًا بنوبات الإفراط في الأكل والأفكار الانتحارية، ومع ذلك، لا تتضمن هذه الحالات سلوك التطهير التعويضي غير المناسب كما في النهم العصبي. على الرغم من أن كلا الحالتين يمكن أن تتواجدًا بشكل مشترك في النهم العصبي (Jain & Yilanli., 2023)

4.5.1.2 السمنة

هي مرض مزمن وقد يؤدي إلى شعور المريض بالإحباط حيث أن الأشخاص الذين يعانون من هذه الاضطرابات لديهم نوبات من تناول الطعام بشراهة، ولكنهم لا يمارسون سلوكيات تعويضية تهدف إلى منع زيادة الوزن على عكس الأشخاص الذين يعانون من الشره العصبي. (Golay, 2005)

6.1.2 علاج اضطراب الشره العصبي

تعددت أساليب علاج الشره العصبي منها العلاج الدوائي والعلاج النفسي:

1.6.1.2 العلاج الدوائي

عادة ما يرتبط اضطراب البوليميا بالاكنتاب فإنه يتم علاجه بمضادات الاكنتاب كالفلوكستين فأظهر الفلوكستين كفاءته في تقليل شره الأكل والقيء كما أنه خفض من الاكنتاب والاتجاهات المشوهة اتجاه الطعام، علاوة على ذلك فإن معظم المرضى يتعرضون لانتكاسة عند التوقف عن استخدام مضادات الاكنتاب لما له من آثار جانبية على المريض. (شويخ، 2017)

2.6.1.2 العلاج السلوكي المعرفي للشره العصبي

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي من أفضل طرق العلاج التي تم تأكد منها والمستخدم حديثاً لعلاج الشره العصبي، وفيه يتم تشجيع المرضى على تحدي قيم المجتمع الخاصة بمعايير الجاذبية الجسمية فتتغير مبادئهم التي تشجعهم على تجويع أنفسهم لعدم اكتساب الوزن الزائد ويتم مساعدة المريض لمعرفة أن الوزن السليم يمكن الحفاظ عليه دون الحاجة لأنظمة الأكل القاسية وأن الحرمان من الطعام غالباً ما يؤدي للشراهة، فيتم إرشاد المريض بأنه لم يخسر كل شيء عند تناوله قسمة واحدة من الأطعمة عالية السعرات الحرارية، وأن الأطعمة الخفيفة بين الوجبات ليس من الضروري أن تولد الشراهة التي يتبعها القي المستحدث أو تناول المليينات فتغير فكرة "كل شيء أو لا شيء" يساعد المريض على الأكل بصورة طبيعية، ويتعلم المرضى أيضاً التعبير عن أنفسهم ومواجهة المتطلبات التي يلقيها الآخرون عليهم.

فالهدف الأساسي للعلاج في الشره العصبي هو الوصول لأنماط غذائية طبيعية، ولمساعدة المريض على تغيير وجهة النظر عن نفسه فإن المعالج يتحدى تلك الأفكار تدريجياً وبقوة. ويعمل في العلاج السلوكي المعرفي كل من المعالج والمتعالج سوياً لتحديد الأحداث والأفكار والمشاعر التي تستحدث الشراهة، ثم يتم توضيح طرق التعامل مع تلك المواقف. (شويخ، 2017)

وعادة ما يتضمن العلاج السلوكي المعرفي 16 حتى 20 جلسة فردية على مدى 4 إلى 5 أشهر على الرغم من إمكانية العلاج الجماعي أيضاً. (دعماش، 2022)

3.6.1.2 العلاج بين الشخصي (نموذج IPTG لعلاج الشره العصبي)

يتضمن العلاج بين الشخصي للشره العصبي، ووفقاً للدليل IPTG الذي وضعه ويلفلي، تصمم المجموعات لتكون مغلقة بحيث تضم كل مجموعة من ثمانية إلى عشرة أعضاء وقائدين مشاركين، تستمر المجموعة عموماً لمدة عشرين جلسة، مقسمة إلى ثلاث مراحل، تبدأ بعملية الفحص الأولى واجتماع ما قبل المجموعة تتميز IPTG بأن القادة يقدمون المعلومات مكتوبة لأعضاء المجموعة طوال عملية العلاج، ويقترح ويلفلي وزملائه أن يتم تقديم صياغة الحالة والأهداف المستهدفة وخطة العلاج كتابةً لأعضاء المجموعة بعد اجتماع ما قبل المجموعة بالإضافة إلى ذلك، يقترحون تقديم ملخص للتقدم الذي أحرزه كل عضو نحو تحقيق أهدافه المحددة كتابةً خلال الأسبوع التالي لكل جلسة. (Choate, 2010)

4.6.1.2 العلاج الأسري

نظراً لأن أنماط التفاعل الأسري تؤثر على نمو الأكل المضطرب يوصي الكثير من المعالجين بدمج العلاج الأسري والفرد في علاج اضطرابات الطعام. إن أصحاب اضطرابات الأكل يحتاجون إلى مساعدة في تغيير بيئتهم الاجتماعية حتى يتعافوا تماماً من أنماطهم غير الصحية، لذا فإن العلاج الأسري أكثر فعالية من الأشكال الأخرى من العلاج النفسي للمراهقين ممن يعانون من اضطرابات الأكل لأنه يركز على إعطاء الوالدين القوة لوقف السلوك غير الصحي للطفل ورؤية الاضطراب على أنه منفصل عن الطفل، ومخاطبة كيف يؤثر الشره المرضي للطعام على نمو الطفل، وحسب الباحثون في مقارنة فاعلية العلاج الأسري والمعرفي السلوكي في إزالة الأكل الزائد (النهم) وسلوك الاسهال لدى المراهقات ذوات الشره العصبي فإن العلاج الأسري كان أكثر فعالية في تقليل الأعراض مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي. (عيسى و الياس شواش، 2019)

2.2. السلوك الصحي

1.2.2 مفهوم السلوك الصحي

إن نشأة و حدوث العديد من المشكلات الصحية قد يرجع سببها إلى السلوك الصحي غير السليم الذي يمارسه الفرد في حياته اليومية فالسلوك الصحي مثله مثل السلوكيات الأخرى يكتسب نتيجة لتعرض الفرد لخبرات تعليمية معينة أثناء عملية التنشأة الاجتماعية وذلك من خلال النمذجة وتقليد العادات الصحية للأقارب والأصدقاء.

2.2.2 تعريف السلوك الصحي

1.2.2.2 التعريف الإصطلاحي

يختلف السلوك الصحي عن السلوك المرضي حيث يشير هذا الأخير إلى الكيفية التي يتعرف بها المريض على الأعراض التي تظهر عليه وعلى مراقبة جسمه وطلب المساعدة، وهو جزء من السلوك الصحي العام، ويعرف تايلور السلوك الصحي بكونه السلوك الذي يقوم به الأفراد للحفاظ على صحتهم وتمييزها. (Choate, 2010)

كما يعرفه سرافينو (Sarafino) بأنه أي نشاط يمارسه الفرد يهدف إلى الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في مرحلة مبكرة. (تازي، 2021) وقد عرفه "Hubley" على أنه الإجراءات التي يتخذها الأشخاص الأصحاء لأنفسهم وللآخرين من أجل تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض (ممارسة الرياضة، ممارسة الصحة الجيدة)، والحد من الأضرار الصحية، التدخين، الإفراط في استهلاك الكحول.

2.2.2.2 التعريف الإجرائي

يعرف السلوك الصحي إجرائياً بعناية المرأة المرتادة لقاءات الرياضة بالجسم وعنايتها بالصحة العامة، وتعاملها مع الأدوية والتفارير والدعم النفسي الاجتماعي، ويشار إليه بالدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس السلوك الصحي للحارثي 2014.

3.2.2 أبعاد السلوك الصحي

يتضمن السلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية كما أشار لها يخلف (2001) :

أ - البعد الوقائي: ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء فحوص دورية.

ب - بُعد الحفاظ على الصحة: ويشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كالإقبال على الأكل الصحي أو تنفيذ سلوكات صحية أخرى منصوح بها.

ج - بُعد الإرتقاء بالصحة: يشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والإرتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة، فالسلوك الصحي يكتسب من خلال تعرض الفرد لخبرات تعليمية معينة أثناء عملية التنشئة الاجتماعية، وذلك من خلال

النمذجة والتقليد للعادات الصحية وكذلك من خلال آليات الملاحظة الاجتماعية. (سايل، 2019)

4.2.2 أنماط السلوك الصحي

تقوم أنماط السلوك الصحي على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها وهذا يشمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها وإعادة الصحة الجسدية وهناك خمسة عوامل مهمة يمكن أن تحدد أنماط السلوك الصحي وهي:

- العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة (السن، تاريخ الحالة، المهارات، الاتجاهات ... إلخ).
 - العوامل المتعلقة بالحماية والمجتمع (المهنة والتأهيل أو التعليم، توقعات السلوك ومتطلباته المرتبطة بمركز الشخص والدعم الاجتماعي).
 - العوامل الاجتماعية والثقافية (العروض المتوفرة، سهولة الاستخدام والوصول إلى مراكز الخدمات الصحية).
 - العوامل الثقافية والاجتماعية عموماً (المنظومات، القيم الدينية والعقائدية والأنظمة القانونية).
 - عوامل المحيط المادي (الطقس، الطبيعة البنى التحتية).
- وقد أورد الدق (2007) بعض الأنماط السلوكية الصحية :
- ممارسة التمرينات الرياضية التي تعتبر مفيدة في زيادة كفاءة الجهاز التنفسي والدوري والوصول إلى وزن الجسم المثالي والحفاظ على قوة العضلات وتخفيض مستوى الكوليسترول في الدم وتقوية الأنسجة العضلية ومرونة المفاصل.
 - تناول الغذاء الصحي ويشمل غذاء متكامل العناصر وعدم الإفراط في تناول الغذاء والإبتعاد عن تناول المواد الغذائية غير المناسبة.
 - سلوك الرعاية الذاتية ويشمل نمط تنظيف الأسنان واستخدام الأدوات الشخصية ومراجعة الطبيب في حالة الشعور بأي تعب جسدي والحفاظ على الجسم من الحوادث.
 - سلوك النوم حي أن معدل النوم الطبيعي للإنسان بين 7-8 ساعات يومياً. (شعثان، 2024)

5.2.2 النماذج المفسرة للسلوك الصحي

برزت العديد من التصورات النظرية التي تعمل على تغيير الاتجاهات و العادات السلوكية من خلال التركيز على المعتقدات الفرد و النظريات الأكثر استخداما لتفسير السلوك هي:

1.5.2.2 نموذج المعتقدات الصحية

اقترح هذا النموذج من قبل "روزونستوك 1974"، و يعتبر أول نموذج اهتم بتفسير السلوك المرتبط بالصحة. حسب هذا النموذج يتم تبني السلوك الصحي بناءً على التقديرات المتعلقة بالتهديد المدرك والفوائد والتكلفة التي يتوقع أن تعود عليه بالنفع. تستدعي عملية تبني السلوك حسب هذا النموذج أربع مراحل من الإدراك هي: الهشاشة المدركة، الخطورة المدركة، الفوائد المدركة، الحواجز المدركة ضد الفعل.

2.5.2.2 نظرية السلوك المبرر

تم تطويرها على يد "AJZEN MADDEN 1986" لتفسر العلاقة بين السلوك و الاتجاهات فحسب هذه النظرية يعد السلوك نتيجة مباشرة للنوايا السلوكية التي تتشكل من ثلاثة مكونات هي: الاتجاهات التي يحملها الفرد إتجاه أفعال محددة و المعايير الذاتية إتجاه الفعل، والضبط السلوكي المدرك.

3.5.2.2 نظرية السلوك البيئي

طورت هذه النظرية من قبل " تريوندي 1977" تنظر هذه النظرية للسلوك على أنه نتيجة ثلاث تفاعلات هي قوة العادة، نية تبنيها، والشروط التي تسهلها و تثبطها، حيث تمثل كل من العادة و النوايا طرفي الميزان و هذا راجع إلى درجة حداثة السلوك فعندما يكون السلوك حديث فإن النوايا هي التي تنميه أما إذا كان قديما فإن قوة العادة هي العامل الذي يحدده و تتأثر النوايا بأربعة مكونات: مكون معرفي، مكون وجداني، مكون اجتماعي، المعايير الشخصية. (زعابطة، 2016)

4.5.2.2 نموذج مراحل التغيير

الذي يعرف أيضًا بنموذج عبر النظر لتغيير السلوك، قد طوره كل من روشاسكا وديكليمنت. يدرك هذا النموذج أن تغيير السلوك هو عملية معقدة وأن الأفراد يُحدثون التغييرات بطريقة تدريجية، وليس بالضرورة في ترتيب محدد ومنطقي. يوضح النموذج كيف يقرر الفرد الدخول في الفعل عبر

سيرورة من خمس مراحل تتأثر فيها كل مرحلة بسلوكيات الفرد السابقة وأهدافه الحالية. المراحل الخمس هي: مرحلة ما قبل الوعي الصحي، مرحلة الوعي الصحي، مرحلة الاستعداد للتنفيذ، مرحلة التنفيذ والدخول في الفعل، ومرحلة الاحتفاظ أو الإبقاء على السلوك. (قارة، 2021)

-3-

المراجعة الأدبية للدراسات السابقة

3. المراجعة الأدبية للدراسات السابقة

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع الشره العصبي لدى مختلف الفئات العمرية، وقد تنوعت الدراسات بين العربية والأجنبية، وسوف تستعرض هذه الدراسة جملة من الدراسات التي تم الإستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها مع تقديم تعليق عليها يتضمن جوانب الاتفاق والإختلاف وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية.

و تود الباحثة أن تشير إلى أن الدراسات التي سوف يتم استعراضها جاءت في الفترة الزمنية الممتدة بين (2008-2022).

عنوان الدراسة واسم الباحث	السن	اللغة	العينة	الأدوات	المنهج	النتائج
" محمود عطية محمود إسماعيل ". - أثر العلاج المعرفي القائم على التعقل في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي لدى عينة من مرضى الشره العصبي المنتكسين.	2022	عربية	مرض الشره العصبي المنتكسين.	مقياس الشره العصبي. (الشريفيين و بحر 2020)	- منهج شبه تجريبي. - مجموعة ضابطة وتجريبية.	- أظهرت النتائج أثر العلاج المعرفي القائم على التعقل في خفض أعراض الشره العصبي المنتكسين لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة كما استمر تأثير العلاج في خفض أعراض الشره العصبي بقياس المتابعة التجريبية.
- مستوى الاضطرابات النفسية القلق، الشره العصبي، صورة الجسم، الاكتئاب لدى السيدات المصابات بالسمنة. " عبير محمد الصبان ".	2021	عربية	سيدات مصابات بالسمنة.	مقياس الاضطرابات النفسية (القرني، 2015)	- منهج وصفي.	- وجود مستوى أقل من المتوسط في اضطراب القلق والشره العصبي والاكتئاب لدى السيدات المصابات بالسمنة وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,5) بين متوسطات درجات السيدات المصابات بالسمنة في اضطراب صورة الجسم وفقا لمتغيرات التالية (العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة الوظيفية).
" سمر عبد الحميد السيد ".	2021	عربية	المراهقات اللاتي يعانين من السمنة	- استمارات اختبارات بدنية.	- منهج تجريبي.	- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في بعض متغيرات

تركيب وصورة الجسم والشرة العصبي لصالح القياس البعدي. - توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في بعض متغيرات تركيب وصورة الجسم والشرة العصبي لصالح القياس البعدي. - توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطي القياسين البعديين لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة في بعض متغيرات تركيب وصورة الجسم والشرة العصبي لصالح المجموعة التجريبية.		المفرطة ومن اضطرابات الشرة العصبي.	- مقياس الرضا عن صورة الجسم للمراهق. - مقياس الشرة العصبي.		- فعالية تدريبات "الكروس فيت" (CrossFit) على بعض متغيرات تركيب وصورة الجسم الشرة العصبي للبدينات في سن المراهقة.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الشرة العصبي وصورة الجسم. - توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الشرة العصبي و بعض الأعراض المرضية، الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة. - تنبئ بعض الأعراض المرضية وصورة الجسم باضطراب الشرة العصبي.	- منهج وقي ارتباطي.	- مقياس الشرة العصبي المعدل. (اعداد Thelem، ترجمة محيدي دسوقي، 2004) - استبيان صورة الجسم.	مرض الشرة العصبي.	عربية	2020 " إبراهيم عبد الغفار عبد الحسب ". - الشرة العصبي وعلاقته بصورة الجسم والأعراض المرضية لدى عينة من السيدات الراشدات.

" يحيى مبارك خطاطبة " . - فاعلية برنامج ارشادي قائم على القبول والالتزام في خفض أعراض الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد.	2020	عربية	النساء ذوات الوزن الزائد.	- مقياس الشره العصبي وأبعاده السبع. - مقياس الرضا عن صورة الجسم.	- منهج شبه تجريبي.	وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب الشره العصبي وأبعاده السبع ومقياس الرضا عن صورة الجسم لصالح أفراد المجموعة التجريبية ما يشير إلى كفاءة البرنامج الارشادي الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية. - أشارت المقارنة بين نتائج القياس البعدي التتبعي إلى وجود فروق إيجابية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية و عدم وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى (0,05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على كل المقاييس ما يؤكد استمرار فاعلية البرنامج الارشادي في مساعدة النساء ذوات الوزن الزائد.
- فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشهية العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات. " أحمد الشريفين و نور بحر".	2020	عربية	عينة من المراهقات المصابات بالشره العصبي.	- مقياس الشره العصبي. مقياس الاندفاعية. (مقياس سايدرز وآخرون)	- منهج تجريبي. - مجموعة ضابطة.	- أشارت نتائج المقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعات التجريبية إلى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات القياس البعدي والتتبعي لمقياس الشره العصبي وأبعاد مقياس الاندفاعية مما يعكس ثبات تأثير البرنامج.

– شملت التحاليل الطولية مجموعة من 105 مشارك (نسبة فقدان المتابعي 24,5% وشملت المجموعة 105 فردا شاركوا في ما لا يقل عن 70% من جلسات التدريب. – لم تكن المعالجات التدخلية لها تأثير ملحوظ على الأكل المفرط أو الضبط المعرفي أو الأكل غير المتحكم فيه، ولكن لها تأثير ملحوظ على الأكل العاطفي، $p=0.008$ تحليل تباين الانحدار المختلط ذو العاملين و $p=0.003$ تحليل التباين التحليل الكينوني، أظهرت التحليلات ما بعد التحقيق فروقات معنوية بين المجموعة الضابطة ومجموعة الشدة الكبيرة فيما يتعلق بالأكل العاطفي حيث زاد الأمر في المجموعة الأخيرة (الفرق المتوسط 1,53، بفاصلة ثقة 95%، $p=0.002$ ، 0,452–2,619).	– منهج تجريبي.	– إستبيانات ذاتية البلاغ، – إستبيان الأمل الجماعي. – الأكل الثلاثي. – السيطرة على الأكل.	139 شابا وشابة بالغة أصحاء.	إنجليزية	2020	“Wendy D.Martinez and others ” – Eatig behavior, Physical activity and exercise. –Training: A randomized controlled trial in young healthy adults. – سلوك التغذية و النشاط البدني و تدريب التمارين دراسة تجريبية عشوائية محكمة في الشباب البالغين الاصحاء
– وجود علاقة إرتباطية بين التنظيم الإنفعالي BN وصورة الجسم حيث يعتبر التنظيم الإنفعالي من أهم محددات الشره العصبي وصورة الجسم.	– منهج وصفي إرتباطي.	– مقياس التنظيم الانفعالي الشره العصبي.	مرضى الشره العصبي	عربية	2019	" هبة رضا قاسم " – التنظيم الانفعالي محدد سيكولوجي، الشره العصبي

وتشوه صورة الجسم لعينة من مرضى الشره العصبي.						- وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس التنظيم الانفعالي ومقياس الشره العصبي، كما يتضح وجود فروق بين فئتي السن العلى والأدنى على مقياس التنظيم الانفعالي والشره العصبي كما يتضح أنه لا تختلف باختلاف التعليم.
“Castelo Naval”. - Life style and risk of alypical eating disorders in university students: Reality versus perception. أسلوب الحياة وخطر الإصابة باضطرابات الأكل غير النمطية لدى طلاب الجامعات (الواقع مقابل التصور).	2018	إسبانية	طلاب الجامعات	- باستخدام الإنحدار اللوجستي لتحديد العوامل المرتبطة بسلبية ادراك عادات الأكل.	- منهج وصفي تنبؤي.	- تم تحليل مجموعة 16% يعانون من الوزن الزائد، 5% يعانون من فقدان الوزن. - هناك خطر بنسبة 4,7% من الشره المرضي العصبي غير النمطي. - 12% مصابين بفقدان الشهية العصبي حيث كان الفتيات أكثر وعيا بصورة الجسم 80,6% مقابل 66%. - و يخشى زيادة الوزن 52,5%.

إشارت النتائج إلى أن هناك فروق دالة بين العينات الثلاث على إختبارات الوظائف التنفيذية، حيث تبين أن مرض الشره العصبي أقل قدرة على كف الإستجابة والتخطيط والمرونة المعرفية عن مرض فقدان الشهية العصبي و الأصحاء كذلك تبين أن مرض فقدان الشهية العصبي أقل قدرة على كف الاستجابة، التخطيط، والمرونة المعرفية عن الإصحاء.	- منهج وصفي مقارن.	-إختبارات القدرة على كف الاستجابة. -إختبارات التخطيط. -إختبارات المرونة المعرفية.	-مرضى الشره العصبي. - فقدان الشهية العصبي. - الأصحاء.	عربية	2017	" رشا ناجي محمد " - بعض الوظائف التنفيذية لدى عينة من مرض الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي والأصحاء.
- توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في كل من مقياسين الشره العصبي والإنهاك النفسي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي. - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لعناصر اللياقة البدنية ومستوى تقييم الجملة الحركية للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي. - إن البرنامج التدريبي المصمم من قبل الباحثة أدى إلى التحسين الإيجابي لكل من القياسات الأنتروبومترية والشره العصبي والإنهاك النفسي ومستوى عناصر اللياقة البدنية والأداء المهاري للجملة الحركية.	- منهج تجريبي. - قياس بعدي قبلي لمجموعة واحدة.	- مقياس الشره العصبي الإنهاك النفسي. - إستمارة صحية على الطالبات.	طالبات يعانين من الشره العصبي المعدل والإنهاك النفسي وزيادة الوزن.	عربية	2010	"شيرين أحمد طه حسين". - تمرينات الزومبا وتأثيرها على خفض الشره العصبي والإنهاك النفسي ومستوى تقييم الجملة الحركية للطالبات المتعثرات في التمرينات.

– يتميز علاج متلازمات فتق الشهية بمعدلات منخفضة للشفاء ومعدلات عالية للعودة للحالة السابقة بالنسبة لكل من BN و BED. – العلاج CBT هو الخيار الأول ولكن التكاليف المرتبطة به والتوفر المحدود هما عيوب لهذا العلاج. – في حالة BN يبدو كل من CBT و IPT فعالان بنفس القدر على المدى الطويل على الرغم من أن CBT يؤدي إلى استجابة أسرع. – في حالة BED، CBT هو الخيار العلاجي الأفضل المؤسس، لكنه لا يقلل من الوزن. – تمتلك التدخلات الذاتية الموجهة أو غير الموجهة القدرة على مساعدة الأطباء في تقديم العلاج عبر تعبئة الفجوة الحالية بين الطلب المرتفع على العلاج والموارد المحدودة. – تشكل التدخلات الدوائية جزءاً من الأدوات المستخدمة في علاج متلازمات فتق الشهية خاصة عندما تكون الأعراض العاطفية موجودة.	– منهج تجريبي.	–العلاج المعرفي السلوكي (CBT). –العلاج بين الشخصي (IPT).	مرضى الشره العصبي واضطرابات الأكل.	إنجليزية	2008	“Frederique Vanden, Eymde Wrike Schmidth”. – Treatment of Bulimia nervosa and Bing eating disorder. –علاج اضطراب الشره العصبي و اضطراب الشراهة عند الأكل
---	-----------------------	--	---	-----------------	-------------	--

جدول 1: ملخص الدراسات السابقة.

1.3 التعقيب على الدراسات السابقة

1.1.3 من حيث الأهداف

تعددت أهداف هذه الدراسات وذلك من خلال دراسة أثر العلاجات النفسية في خفض أعراض الشره العصبي كدراسة (محمود عطية محمود إسماعيل 2020) و (أحمد الشرفين ونور بحر 2020)، والبعض الآخر هدفت دراسته إلى معرفة أثر التدريبات الرياضية في خفض أعراض الشره العصبي كدراسة (سمر عبد الحميد السيد 2021)، ودراسة (شيرين طه أحمد حسين 2021) وتتشابه الدراسة الحالية مع تلك الدراسات من حيث الهدف وأيضاً من تلك الدراسات التي وضعت برامج إرشادية لخفض أعراض الشره العصبي كدراسة (مبارك خطاطبة 2020)، ومنهم من هدفت إلى معرفة العلاقة بين الشره العصبي وصورة الجسم كدراسة (هبة رضا قاسم 2019) ودراسة (إبراهيم عبد الغفار عبد الحسين 2020).

2.1.3 من حيث المنهج والأدوات

توجهت بعض الدراسات إلى استخدام المنهج الوصفي بصفة عامة كدراسة (إبراهيم عبد الغفار عبد الحسين 2020) ودراسة (عبير محمد الصبان 2021) ودراسة (هبة رضا قاسم 2019) ودراسة (Castelo Naval 2018)، ودراسة (رشا ناجي محمد 2017)، كلها اتفقت مع الدراسة الحالية واختلفت الدراسة الأخرى من حيث المنهج واستخدمت المنهج التجريبي وشبه التجريبي كدراسة (شيرين أحمد طه حسين 2021)، ودراسة (Frederique Vanden, Eymde Wrike 2008) ودراسة (Schmidth 2008) ودراسة (أحمد الشرفين ونور بحر 2020)، (يحي مبارك خطاطبة 2020). أما بالنسبة لأدوات الدراسة فإن غالبية الدراسات السابقة اتجهت إلى استخدام مقياس الشره العصبي، وتتشابه الدراسة الحالية مع تلك الدراسات في استخدامها لمقياس الشره العصبي.

3.1.3 من حيث العينة

إنفقت كل الدراسات مع الدراسة الحالية من حيث العينة وهي الأشخاص المصابون بالشره العصبي ماعدا دراسة " Castelo Naval (2018) "، فكانت عينة هذه الدراسة طلاب الجامعات، ودراسة " Wendy D.Mertinez-Anila (2020) " كانت عينة الدراسة شباب أصحاء.

4.1.3 من حيث النتائج

اختلفت نتائج الدراسات السابقة، وذلك لتنوع الفروض من جهة وتنوع الأهداف من جهة أخرى، وتوصلت بعض الدراسات إلى خفض من درجات وأعراض الشره العصبي بإختلاف أساليب العلاج والتدريبات الرياضية كدراسة (يحي مبارك خطاطبة 2020) و (شيرين أحمد طه حسين 2021)، رغم إختلاف منهج الدراسة، حيث تتفق الدراسة الحالية مع نتائج تلك الدراسة.

-4-

METHOD – طريقة وأدوات الدراسة

4. طريقة وأدوات الدراسة – METHOD

1.4 منهجية الدراسة

تعتمد أي دراسة علمية على منهج يحكم خطواته، حيث يعتبر المنهج الوصفي التنبؤي أكثر المناهج استخداماً في الدراسات النفسية والتربوية والاجتماعية، وهو لا يقصر على جمع البيانات وتنفيذها وعرضها فقط، بل يشمل كذلك على التدقيق والتحليل والتفسير كما يستخدم لوصف الظواهر والتنبؤ بتطوراتها المستقبلية بناءً على البيانات والمعلومات المتاحة، ويجمع هذا المنهج بين الأساليب الوصفية والتنبؤية حيث يهدف إلى تقديم صورة واضحة ودقيقة عن الوضع الحالي ومن ثم استخدام هذه البيانات لتوقع الاتجاهات المستقبلية. ومن هذا المنطلق اعتمدنا على المنهج الوصفي التنبؤي في اعداد الدراسة كونه يسعى إلى التنبؤ بما قد يحدث في المستقبل والتغيرات المحتملة في الظاهرة المدروسة.

2.4 حدود الدراسة

1.2.4 الحدود المكانية

تم إجراء البحث الاستطلاعي في قاعات رياضة بولاية الأغواط وهي:

- قاعة الرياضة الخاصة للنساء والأطفال « Afro gym » بفرعها.
- قاعة الرياضة « Challenge club ».
- قاعة الرياضة « Dessert gym ».

2.2.4 الحدود الزمانية

تم الشروع في التطبيق الميداني في شهر أفريل 2024 إلى غاية شهر ماي 2024.

3.4 المشاركون في الدراسة

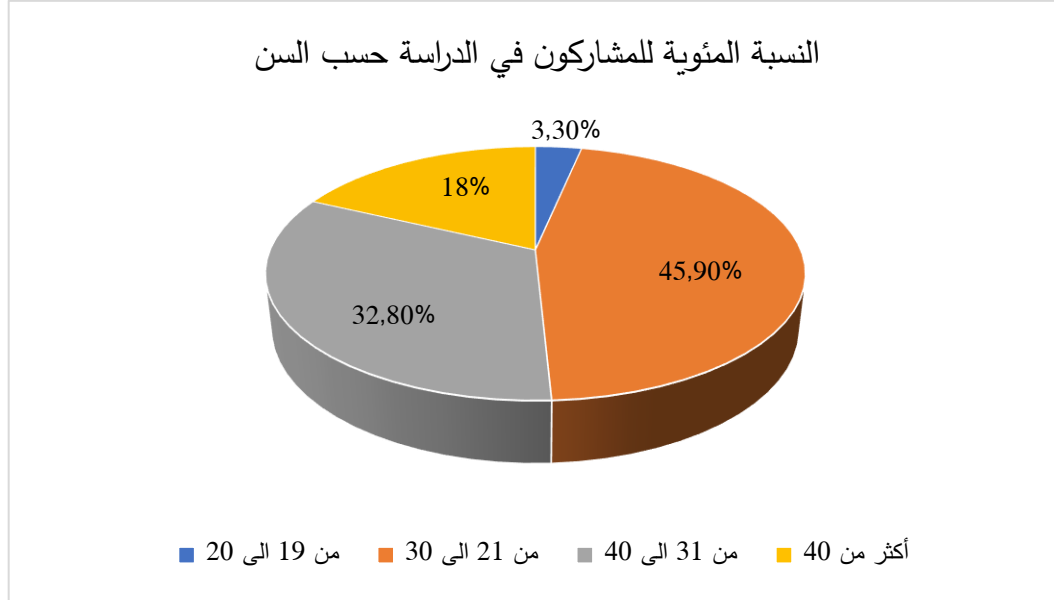
تكونت عينة الدراسة من 61 امرأة مترددة لقاعات الرياضة، من مختلف الأعمار، وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية و نوضح خصائصها في الجدول التالية:

1.3.4 خصائص المشاركون في الدراسة حسب السن

الفئة العمرية	التكرار	النسبة المئوية
من 19 إلى 20	2	3,3%
من 21 إلى 30	28	45,9%
من 31 إلى 40	20	32,8%
أكثر من 40	11	18%

جدول 2: خصائص المشاركون وفقا لمتغير السن.

يتضح لنا من خلال الجدول (2)، أن الفئة العمرية (من 21 إلى 30) كانت أكبر فئة في عينة الدراسة حيث بلغت نسبة 45,9% ، تليها الفئة العمرية (من 31 إلى 41) بنسبة 32,8% ، ثم الفئة (أكثر من 40) بنسبة 18% ، أما الفئة العمرية (من 19 إلى 20) كانت أقلهم نسبة حيث بلغت 3,3%.



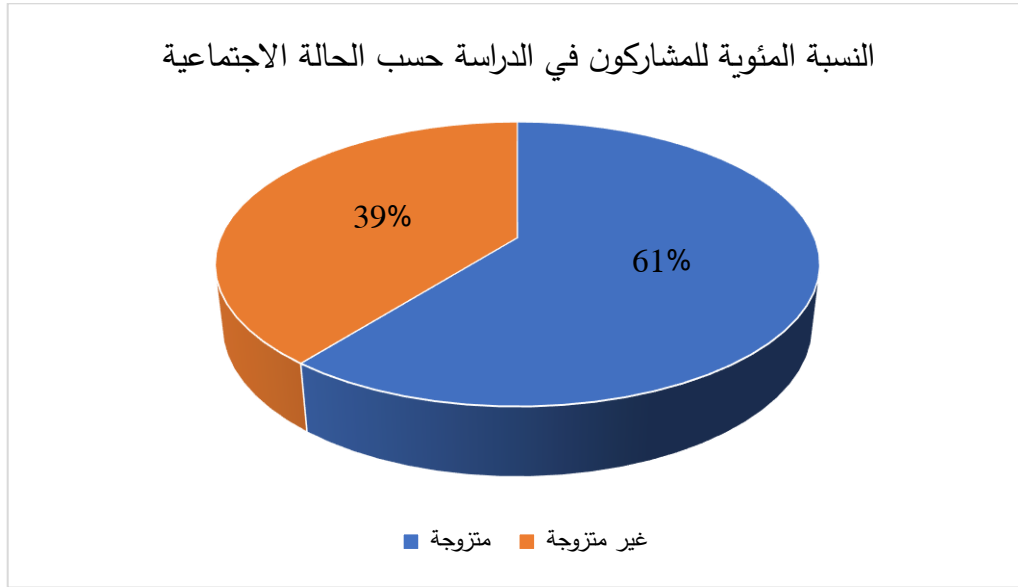
شكل 1: دائرة نسببة توضح النسبة المئوية للمشاركين في الدراسة حسب السن.

2.3.4 خصائص المشاركون في الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة
60,7%	37	متزوجة
39,3%	24	غير متزوجة

جدول 3: خصائص المشاركون وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية.

يوضح الجدول (3) الحالة الاجتماعية للعينة حيث بلغت نسبة النساء المتزوجات 60,7% ، أما غير المتزوجات فقد بلغت 39,3%.



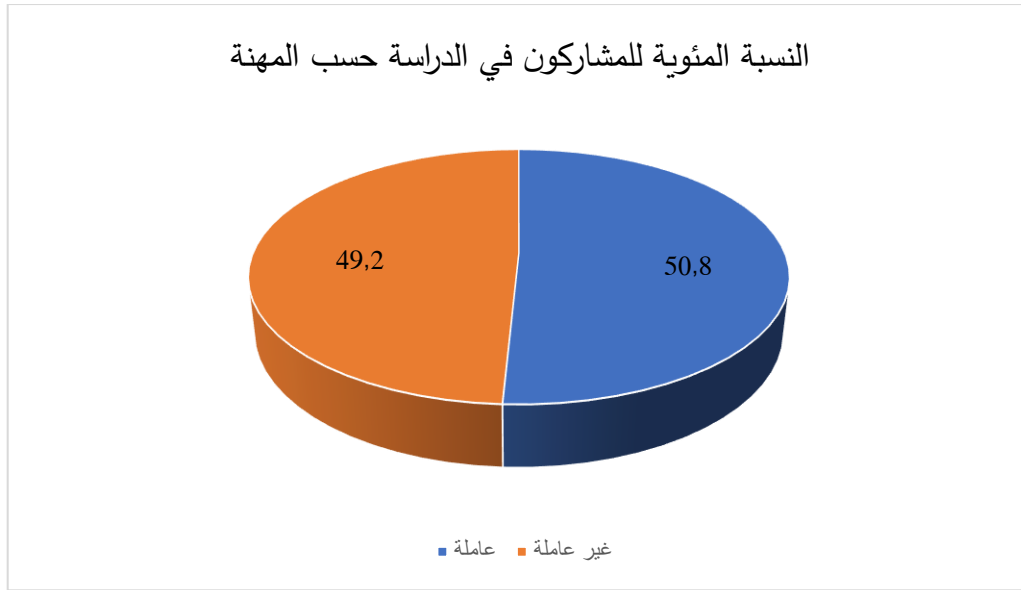
شكل 2: دائرة نسبية توضح النسبة المئوية للمشاركين حسب الحالة الاجتماعية.

3.3.4 خصائص المشاركون في الدراسة حسب المهنة

النسبة المئوية	التكرار	المهنة
50,8%	31	عاملة
49,2%	30	غير عاملة

جدول 4: خصائص المشاركون وفقا لمتغير المهنة.

يتضح لنا من خلال الجدول (4) أن النسب لكل من النساء العاملات وغير العاملات كانت متساوية تقريبا، حيث بلغت نسبة النساء العاملات 50,8% ، أما غير العاملات فبلغت 49,2%.



شكل 3: دائرة نسبية توضح النسبة المئوية للمشاركين في الدراسة حسب المهنة.

4.4 أدوات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة استخدمنا المقياس كأداة للدراسة الحالية حيث أن الاستبيان من أكثر أدوات البحث استخداماً، والأكثر ملائمة لمتغيرات الدراسة، وقد تم الاعتماد على مقياس الشره العصبي لـ "حسن فايد" و مقياس السلوك الصحي لـ "إسماعيل أحمد الحارثي".

1.4.4 وصف مقياس الشره العصبي لحسين فايد (2005) وطريقة تصحيحه

تكون المقياس في صورته النهائية من 28 بند، مصاغة كأداة للتقرير الذاتي التي تعطي تقديراً كمياً لأعراض الشره العصبي وفقاً لما ورد في معايير التشخيص الطب النفسية الحديثة والمعاصرة، فبنوده تدور حول:

- الاندفاع القهري لتناول الطعام. برمجة
- عدم الرضا عن زيادة الوزن.
- الإفراط في تناول طعام الحفلات.
- طرق التخسيس (ممارسة الرياضة، القيء المستتار ذاتياً، استخدام المليينات).

يُجاب على بنود الاختبار انطلاقاً من التوضيح الوارد في التعليمات وذلك باختيار أحد البدائل الخمسة المتدرجة حسب مستويات الإفراط في الأكل وهي كالتالي:

- لا تنطبق مطلقاً ويمنح درجة واحدة (01) عند التصحيح.
- تنطبق بدرجة بسيطة ويمنح درجتين (02) عند التصحيح.
- تنطبق بدرجة متوسطة ويمنح ثلاث درجات (03) عند التصحيح.
- تنطبق بدرجة كبيرة ويمنح أربع درجات (04) عند التصحيح.
- تنطبق بدرجة كبيرة جداً ويمنح خمس درجات (05) عند التصحيح. (انظر الملحق رقم 01)

حيث تحسب الدرجة الكلية للمقياس وتكون أدنى درجة (28)، وأعلى درجة (140). (فايد، 2005)

1.1.4.4 الخصائص السيكمترية لمقياس الشره العصبي للدراسة الحالية

هناك صفتان أساسيتان لا بد من توفرهما في أدوات جمع البيانات حتى تكون صالحة لقياس متغيرات الدراسة قياساً سليماً، وهما الصدق والثبات لما لهم من أهمية كبيرة.

أ - الصدق (التكويني)

تم حساب معامل الارتباط "برسون" بين كل بنود المقياس ودرجته الكلية فجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول فكانت النتائج كالتالي:

الرقم	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	عندما يتم دعوتي لحفلات بها طعام فإنني أتناول الأطعمة الغنية بالنشويات والسكريات	0,593	0,001
2	شهيتي للطعام مفتوحة	0,498	0,001
3	أشعر أن الطعام يتحكم في حياتي	0,726	0,001
4	أشعر بالاكئاب	0,432	0,001
5	أحاول أن أضبط وزني بتناول قليل من الطعام أو الامتناع عنه لمدة يوم أو أكثر	0,276	0,03
6	لا أستطيع التحكم في كمية الطعام التي أتناولها	0,784	0,001
7	استخدم المليينات لإنقاص وزني	0,362	0,004
8	قدرتي على التحكم في أكلتي ضعيفة بالمقارنة بمعظم الناس	0,694	0,001

0,001	0,674	أخاف من تناول نوع معين من الأطعمة حيث أنه لا يمكنني التوقف عن تناوله بكثرة (لا أستطيع مقاومته)	9
0,022	0,293	من السهل أن أتقيأ عن عمد بالمقارنة بمعظم الناس	10
0,001	0,750	أتناول الطعام بسرعة وبكميات كبيرة في بعض الأوقات	11
0,001	0,542	حينما أغضب فإنني أتناول الطعام بكثرة حتى أرتاح (خروج الغضب في الأكل)	12
0,001	0,570	أشعر بالنشاط والحيوية حينما أتناول كميات كبيرة من الطعام	13
0,001	0,433	أشعر بالتوتر والضييق	14
0,001	0,432	أشعر بقيمة نفسي حينما يكبر حجمي	15
0,640	0,061	أشعر باحمرار البشرة حينما أتناول كميات كبيرة من الطعام	16
0,007	0,343	أستاء من الأشخاص الذين يتناولون كميات قليلة من الطعام	17
0,002	0,395	أشعر بالرضا عن نظام أكلي بكميات كبيرة من الطعام	18
0,001	0,705	لا يمكن أن أستمّر فترة قصيرة دون تناول الطعام	19
0,001	0,739	أفضل إعداد أو شراء الأطعمة الغنية بالنشويات والسكريات لتناولها	20
0,001	0,580	يمكن أن أصف نفسي بأنني من راغبي أكل الحفلات والمناسبات	21
0,001	0,509	يمكن أن أتناول كمية كبيرة من الطعام بالرغم من عدم جوعي	22
0,001	0,570	سوف يندهش الناس الذين أعرفهم إذا ما عرفوا كمية الطعام التي يمكن أن أستهلكها	23
0,001	0,492	أشعر بالسعادة بعد تناول الطعام في الحفلات أو المناسبات	24
0,001	0,408	منذ ثلاثة شهور وأنا لا أستطيع التحكم في نفسي حينما أتناول الطعام في الحفلات والمناسبات	25

0,001	0,659	يمكن أن أصف نفسي في الوقت الحالي بأننى مدفوع بشكل قهرى (غير متحكم فيه) لتناول الطعام	26
0,001	0,749	لا أستطيع التحكم فى تناول الطعام لدرجة أن معدتى تمتلئ تماما بالطعام	27
0,013	0,317	أشعر بالسعادة حينما يقول الآخرون أننى أشتهي كل أنواع الطعام	28

جدول 5: يوضح نتائج معامل الارتباك بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الشره العصبي.

تظهر لنا نتائج الجدول أعلاه أن كل معاملات الارتباط بين البنود بالدرجة الكلية لمقياس الشره العصبي حيث تراوحت من 0,27 إلى 0,75 دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,01) مما يعني أن بنود مقياس الشره العصبي تتمتع بإتساق داخلي وهذا مؤشر على صدقه.

علما أنه تم حذف البند 16 وهذا بسبب إخلاله بصدق وثبات المقياس.

ب - الثبات

للتأكد من ثبات الأداة.

تم حساب معامل "الفالكرومباخ" بين بنود المقياس والدرجة الكلية حيث جاءت نتائج معامل "الفالكرومباخ" كالتالي بعد حذف البند 16 الذي ينص " أشعر باحمرار البشرة حينما أتناول كميات كبيرة من الطعام "، وهذا بسبب إخلاله بصدق وثبات المقياس:

عدد بنود مقياس الشره العصبي	معامل الفالكرومباخ
27	0,903

جدول 6: يوضح نتائج معامل ثبات الفالكرومباخ لمقياس الشره العصبي.

يوضح لنا الجدول أن معامل الثبات "الفالكرومباخ" قد بلغ 0,90 وهو مستوى ثبات جيد ومرتفع.

2.4.4 وصف مقياس السلوك الصحي لإسماعيل أحمد الحارثي (2014)

ينقسم المقياس إلى جزئين، الجزء الأول خاص بالبيانات الشخصية، والجزء الثاني يتكون من

42 بند موزعة على أربع أبعاد:

- البعد الأول: العناية بالجسم، 8 بنود (من 1 إلى 8).
- البعد الثاني: العناية بالصحة العامة، 11 بند (من 9 إلى 19).

- البعد الثالث: التعامل مع الأدوية والعقاقير، 8 بنود (من 20 إلى 27).
- البعد الرابع: النفس الاجتماعي 15 بند (من 28 إلى 42).

يجاب على بنود الإختبار إنطلاقاً من التعليمات الواردة وذلك بإختيار أحد البدائل الخمس حيث تعطى عند التصحيح:

- الدرجة (5): لإستجابة دائماً.
- الدرجة (4): لإستجابة غالباً.
- الدرجة (3): لإستجابة أحياناً.
- الدرجة (2): لإستجابة نادراً.
- الدرجة (1): لإستجابة مطلقاً.

وتساوي أعلى درجة متحصل عليها (210)، وأدنى درجة (42). (الحارثي، 2014)

1.2.4.4 الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي للدراسة الحالية

لأغراض الدراسة الحالية وللتأكد من صدق وثبات المقياس تم حساب كل من المعامل "برسون" و"الفالكرومباخ".

أ - الصدق

تم حساب معامل الارتباط "برسون" بين كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس.

• صدق الاتساق الداخلي لبعد العناية بالجسم:

تم حساب معامل الارتباط "برسون" بين كل بند والدرجة الكلية للبُعد، فجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول:

الرقم	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	أحافظ على درجة من التناسب بين وزني وطولي	0,589	0,001
2	أركز في غذائي على نسبة قليلة جداً من الأملاح البيضاء (الملح الأبيض المكرر)	0,560	0,001
3	أقل من تناول الأغذية الغنية بالسكر الأبيض (العادي)	0,678	0,001
4	أتجنب المشروبات الغنية بالسكريات الحرارية	0,524	0,001

0,001	0,606	أقل من الأغذية الغنية الزيوت والدهون الحيوانية (اللحم والدجاج)	5
0,001	0,587	أتابع برامج التنقيف الصحي الخاصة بالرياضة والغذاء	6
0,001	0,589	أمارس الرياضة كالجري أو كرة القدم أو غيرها	7
0,001	0,412	أمارس رياضة المشي بشكل منتظم	8

جدول 7: يوضح نتائج معامل الارتباط لبعد العناية بالجسم لمقياس السلوك الصحي.

يتبين لنا من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين بنود البعد الأول العناية بالجسم ودرجته الكلية كلها دالة إحصائياً (من 0,41 إلى 0,67) عند مستوى الدلالة (0,01) مما يعني أن المقياس يتسع باتساق داخلي جيد وهذا مؤشر جيد على صدق بنود البعد فيما أعدت لقياسه.

• صدق الإتساق الداخلي لبعد العناية بالصحة العامة:

تم حساب معامل الارتباط "برسون" بين بنود البعد ودرجته الكلية فجاءت النتائج كما موضح في الجدول أدناه:

الرقم	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
9	عندما أختار البروتين الحيواني فإنني أتناول اللحوم البيضاء والأسماك	0,648	0,001
10	أتناول وجبة الإفطار يومياً وبنظام	0,519	0,001
11	أتناول الخضار والفواكه الطازجة بشكل يومي	0,560	0,001
12	أكثر من شرب المياه النقية (السوائل)	0,514	0,001
13	أنوع في الأغذية التي أتناولها	0,621	0,001
14	أقوم بإجراء الكشف المناسب عندما أعاني من أي ألم	0,638	0,001
15	أحافظ على تنظيف أسناني بعد تناول وجبات الطعام	0,465	0,001
16	أحصل على كفايتي من النوم	0,431	0,001
17	أهتم بمتابعة قياس ضغط الدم بشكل منتظم	0,624	0,001
18	أأخذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الأمراض المعدية	0,715	0,001

19	أحافظ على الفحص الطبي السريري الدوري (كل سنة)	0,483	0,001
----	---	-------	-------

جدول 8: يوضح نتائج معامل الارتباط لبُعد العناية بالصحة العامة لمقياس السلوك الصحي.

من خلال الجدول تبين لنا أن معاملات الارتباط بين درجات البنود والدرجة الكلية للبعد تراوحت (من 0,43 إلى 0,71) عند مستوى الدلالة (0,01).

• صدق الاتساق الداخلي لبعد التعامل مع الأدوية والعقاقير:

تم حساب معامل الارتباط "برسون" بين بنود البعد ودرجته الكلية وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الرقم	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
20	ألجأ إلى استخدام الأدوية عند الضرورة فقط	0,523	0,001
21	لا أستخدم أي نوع من التبغ (سجائر، معسل، شيشة)	0,496	0,001
22	أتجنب تناول الأدوية المهدئة إلا بوصفة الطبيب	0,701	0,001
23	أتجنب تناول الأدوية المنومة إلا بوصفة الطبيب	0,777	0,001
24	أراعي بدقة التعليمات المرفقة مع الدواء الذي يصفها لطبيب	0,568	0,001
25	أتجنب الحصول على الأدوية من أشخاص غير مؤهلين لوصفها (فقط من الأطباء)	0,691	0,001
26	أحاول التعرف على الأعراض الجانبية لأي دواء أتناوله	0,574	0,001
27	أتجنب الخلط بين الأدوية دون إشراف الطبيب	0,708	0,001

جدول 9: يوضح نتائج معامل الارتباط لبُعد التعامل مع الأدوية والعقاقير لمقياس السلوك الصحي.

يتبين لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول أن معاملات الارتباط بين درجات كل بعد والدرجة الكلية للبعد تراوحت (من 0,49 إلى 0,77) بدلالة إحصائية عند (0,01) مما يعني أن بنود بُعد التعامل مع الأدوية والعقاقير يتمتع باتساق داخلي، وهذا مؤشر على صدقه.

• صدق الإتساق الداخلي لبعد النفس الاجتماعي:

تم حساب معامل الارتباط "برسون" بين بنود البعد ودرجته الكلية فجاءت النتائج كالآتي:

الرقم	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
28	أساهم في توفير الدعم الاجتماعي لمن يحتاج له	0,514	0,001
29	أحاول أن أحظى بالقبول من جميع أفراد أسرتي	0,361	0,004
30	لدي إحساس جيد بالمرح	0,738	0,001
31	أشعر بالرضا عن ذاتي	0,545	0,001
32	أتمتع في حياتي بدرجة مقبولة من الإثارة والنشاط والمتعة	0,607	0,001
33	أشعر بأن حياتي العائلية مستقرة	0,318	0,012
34	لدي الثقة التامة بقدراتي الشخصية	0,671	0,001
35	من السهل أن أكون محبوبا من الآخرين	0,490	0,001
36	أنا على وعي تام بجميع المشاعر التي أعيشها وأتقبلها	0,443	0,001
37	أعبر عن مشاعري بسهولة	0,485	0,001
38	أتحمل نتائج جميع تصرفاتي	0,443	0,001
39	أضع لنفسي أهدافا واقعية، بحيث يمكن تنفيذها	0,633	0,001
40	أأخذ قراراتي دون الشعور بالضغط أو الانزعاج	0,640	0,001
41	أفهم مشاعر الآخرين ووجهات نظرهم	0,436	0,001
42	أجمع المعلومات الضرورية قبل اتخاذ القرار	0,576	0,001

جدول 10: يوضح نتائج معامل الارتباط لبعد النفس الاجتماعي لمقياس السلوك الصحي.

يوضح الجدول أن معاملات الارتباط بين درجات كل بند والدجة الكلية للبعد، كانت ما بين (0,318 إلى 0,73) بدلالة إحصائية (0,01 إلى 0,05)، ويعني ذلك أنه مؤشر جيد على صدق البعد.

ب - الثبات

تم حساب ثبات مقياس السلوك الصحي بالإعتماد على معامل "الفالكرومباخ"، فجاءت نتائج هذا المعامل لكل بعد كالاتي:

المعامل الفالكرومباخ	البعد الأول
0,697	العناية بالجسم
0,773	العناية بالصحة العامة
0,773	التعامل مع الأدوية والعقاقير
0,798	النفس الاجتماعي

جدول 11: يوضح معامل الثبات الفالكرومباخ لأبعاد لمقياس السلوك الصحي.

من خلال النتائج المدونة على الجدول توضح لنا أن كل من بعد العناية بالصحة العامة، وبعد التعامل مع الأدوية والعقاقير، جاءت معاملات "الفالكرومباخ" الخاصة بهم متساوية حيث بلغ (0,77).

أما بُعد العناية بالجسم فقد بلغ معامل "الفالكرومباخ" (0,69) وهو مستوى ثبات متوسط. في حين بلغ معامل "الفالكرومباخ" لبعد النفس الاجتماعي (0,79) مما يجعلنا نصنفه ضمن مستويات الثبات المناسبة وذلك حسب التصنيف الذي ذكره "السيد أبو هاشم (2006)" "بأن معامل الثبات المناسب هو 0.70 فأكثر ويعد مرتفعاً إذا بلغ 0.80 فأكثر ومتوسطاً إذا تراوح بين 0.60 و 0.70 و منخفضاً إذا كان أقل من ذلك".

5.4 إجراءات الدراسة

اتبعت الباحثة مجموعة من الإجراءات لتحقيق أهداف الدراسة الحالية وهي:

- تم جمع مجموعة من الدراسات السابقة والقاء نظرة عامة حتى نتمكن من تحديد المتغيرات المراد دراستها، كما تم تحديد عينة الدراسة.
- تم الحصول على الموافقة لجمع المعلومات من الجهات المعنية كل من:
 - كلية العلوم الاجتماعية قسم علم النفس.
 - قاعات الرياضة (قاعة أفروجيم بفرعيها، قاعة Challenge gym ، وقاعة (Desert gym).

- حددت أدوات الدراسة واعتمدت الباحثة على مقياسي الشره العصبي لـ"محمد فايد" (2005)، ومقياس السلوك الصحي لـ"الحارثي" (2014).
- تم نسخ (70) نسخة من الإستمبيان ووزعت على أفراد العينة خلال مزاولتهم لقاعات الرياضة، وذلك بعد شرح هدف الدراسة لهم والحصول على موافقتهم للمشاركة في الدراسة والتأكيد على المحافظة السرية لإجاباتهم، وأستبعدت منها الإستمبيانات غير مكتملة الفقرات وبذلك وصل حجم العينة (61) امرأة.
- جمعت البيانات خلال الفترة الممتدة من أبريل 2024 إلى شهر ماي 2024.
- صُنفت البيانات وفُنِدت ووضعت في جداول قصد التحليل الإحصائي، حيث تم الإستعانة بالإصدار السابع والعشرين للحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 27) في معالجة هذه البيانات توجيهاً للدقة والسرعة.
- حيث استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية الوصفية والإستنتاجية:
 - المتوسطات الحسابية، والانحراف المعياري، النسب المئوية، والتكرار.
 - معامل الارتباط "برسون" لحساب صدق الاتساق الداخلي لمقياسي الدراسة.
 - معامل "الفالكرومباخ" لحساب ثبات الاتساق الداخلي لمقياسي الدراسة.
 - حساب الإنحدار الخطي المتعدد.
 - حساب قيمة الارتباط الخطي.
 - حساب التباين.

-5-

نتائج الدراسة - RESULTS

5. نتائج الدراسة - RESULTS

1.5 عرض وتحليل نتائج الفرضية

للتحقق من الفرضية التي تنص " يساهم الالتزام بأبعاد السلوك الصحي (بعد العناية بالجسم، العناية بالصحة العامة، التعامل مع الأدوية والعقاقير، النفس الاجتماعي) في التنبؤ بدرجة البوليميا لدى النساء المرتدات لقاعات الرياضة. قمنا بحساب معامل الإنحدار المتعدد كما هو موضح فيما يلي:

1.1.5 حساب الانحراف المعياري و المتوسط الحسابي لأبعاد السلوك الصحي

الأبعاد	الوسيط الحسابي	الانحراف المعياري
العناية بالجسد	5.34	29.16
العناية بالصحة العامة	7.02	43.16
التعامل مع الأدوية والعقاقير	7.08	31.25
النفس الاجتماعي	6.17	67.7

جدول 12: يوضح الإحصاءات الوصفية لأبعاد السلوك الصحي.

من خلال القيم الموجودة في الجدول 12 أعلاه نلاحظ بأن أعلى درجة وسيط حسابي لأبعاد السلوك الصحي قدرت (67.6) لبعد النفس الاجتماعي بإنحراف معياري قدره (6.17) لدى النساء المرتدات لقاعات الرياضة.

أما بالنسبة للانحراف المعياري للبعد الأول العناية بالجسم فقد قدر بقيمة (5.34) وهو أقل إنحراف معياري مما يشير إلى أن القيم حول المتوسط أكثر تماسكاً.

2.1.5 حساب قيمة معامل الارتباط بين أبعاد السلوك الصحي و البوليميا

الأبعاد	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العناية بالجسد	61	-0.44	0.01
العناية بالصحة العامة		-0.30	0.017
الأدوية والعقاقير		-0.087	0.5
النفس الاجتماعي		-0.29	0.02

جدول 13: يوضح قيمة معامل الارتباط بين أبعاد السلوك الصحي والبوليميا.

من خلال الجدول 13 أعلاه يوضح لنا العلاقة الارتباطية بين البوليميا و أبعاد السلوك الصحي حيث كان معامل الارتباط الأعلى بين البوليميا و البعد الأول (العناية بالجسم) بقيمة (-0.44) عند مستوى الدلالة الإحصائية (0.01)، بينما بلغ معامل العلاقة الارتباطية بين البعد الثاني (العناية بالصحة العامة) و البوليميا (-0.30) عند مستوى الدلالة الإحصائية (0.01)، في حين بلغ معامل الارتباط بين البعد الرابع (النفس الاجتماعي) و البوليميا (-0.29) وهو دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (من 0.01 إلى 0.05)، أما بالنسبة للبعد الثالث (التعامل مع الأدوية و العقاقير) فقد بلغ معامل الارتباط بينه و بين البوليميا (-0.087) وهو غير دال إحصائيا وعليه يتضح لنا أن هناك علاقة سلبية دال إحصائيا بين كل من أبعاد السلوك الصحي الثلاثة (بُعد العناية بالجسم، العناية بالصحة العامة، النفس الاجتماعي) والبوليميا لدى النساء المرتدات لقاعات الرياضة.

3.1.5 حساب قيمة الارتباط الخطي بين البوليميا وأبعاد السلوك الصحي

النموذج	قيمة الارتباط الخطي (R)	معامل التحديد (R ²)	المعادلة (R ²)	الخطأ المعياري (Erreur)	قيمة F	درجة الحرية 1 (ddl1)	درجة الحرية 2 (ddl2)	مستوى الدلالة F
	0.487	0.237	0.181	16.94	4.26	4	55	0.004

جدول 14: يوضح قيمة الارتباط الخطي بين البوليميا وأبعاد السلوك الصحي.

من خلال القيم الموجودة في **الجدول 14** نلاحظ بأن معمل الارتباط بين البوليميا وأبعاد السلوك الصحي لدى النساء المرتدات لقاءات الرياضة قدرت بـ(0.48) عند مستوى الدلالة (0.01) بقيمة معامل تحديد (0.237) وقيمة معامل التحديد المعدل (0.181) وهي هنا بحدود 18% وتفسر هذه القيمة بالقول أن أبعاد السلوك الصحي يمكنها تغيير 18% ثبات المتغير التابع "البوليميا" ويعني ذلك أن هذه القيمة غير كافية للتنبؤ بدرجة البوليميا.

4.1.5 تحليل التباين (ANOVA) الخاص بمعامل الإنحدار المتعدد

البوليميا أبعاد السلوك الصحي	النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
	الإنحدار	4905.05	4	1226	4.26	0.04
	الثابت	15799.93	55	287.27		
	المجموع	20704.98	59			

جدول 15: يوضح تحليل التباين (ANOVA) الخاص بمعامل الإنحدار المتعدد.

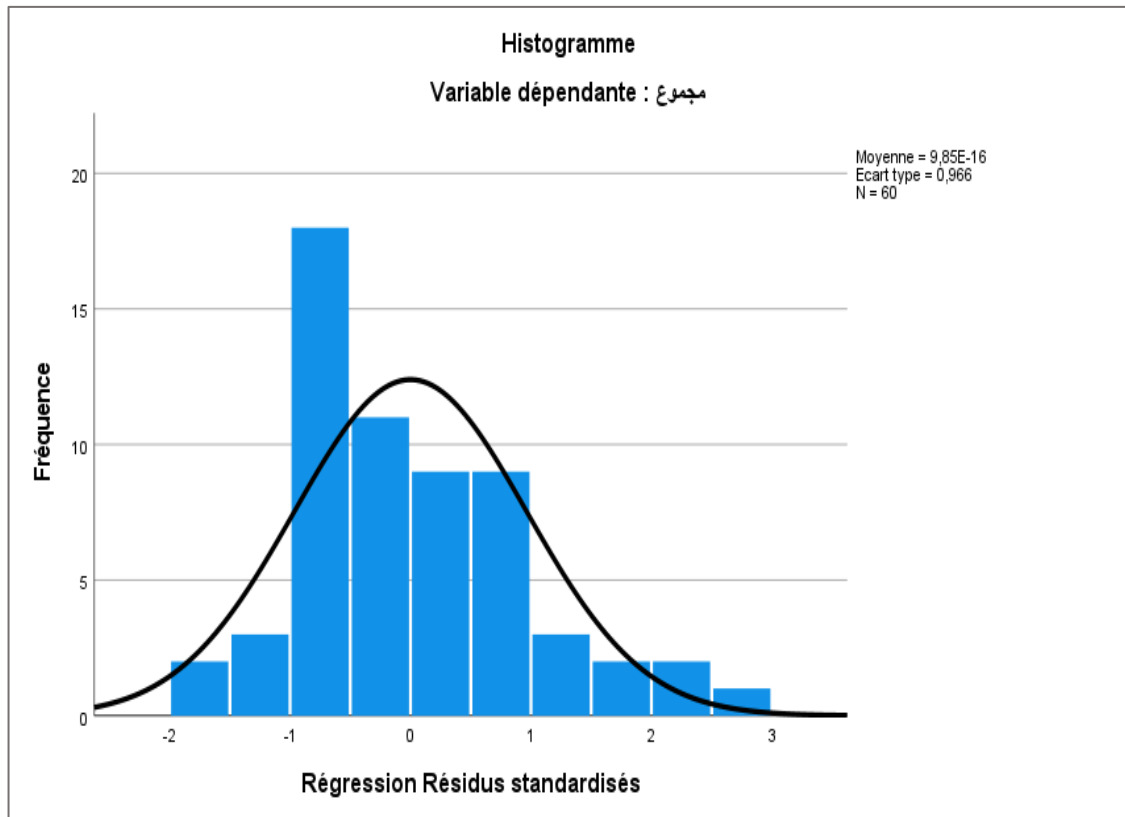
من خلال القيم الموجودة في الجدول أعلاه نلاحظ بأن قيمة اختبار (ف) قدرت بـ(4.26) عند مستوى الدلالة 0.04 وهو مستوى دلالة أصغر من مستوى 0.05 وهذا يدل على وجود أثر دال إحصائي لأبعاد السلوك الصحي على البوليميا لدى النساء المرتدات لقاءات الرياضة.

5.1.5 معادلة خط الإنحدار

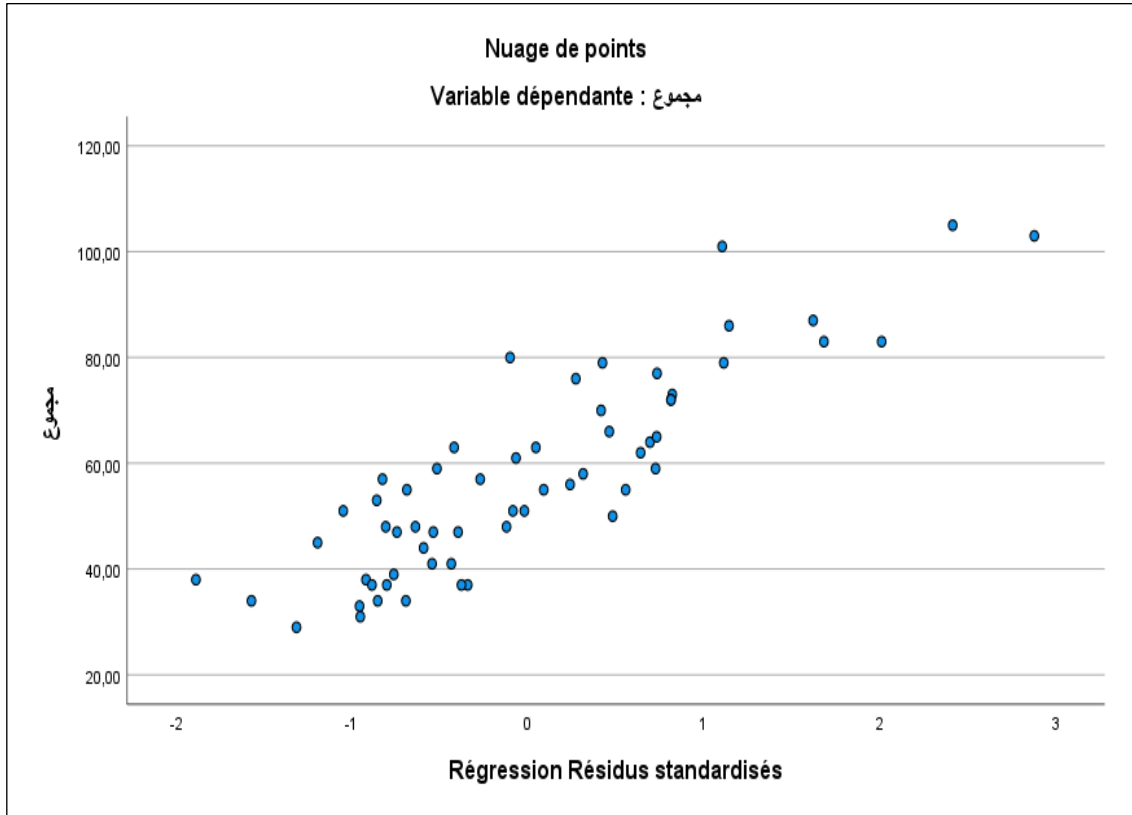
النموذج	المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية لـ Beta	قيمة إختبار T	مستوى الدلالة
	B	الخطأ المعياري			
محور 1	-1.399	0.495	-0.39	-2.824	0.007
محور 2	-0.03	0.420	-0.01	-0.007	0.99
محور 3	-0.71	0.347	-0.027	-0.204	0.83
محور 4	-0.589	0.420	-0.194	-1.40	0.166

جدول 16: يوضح معادلة خط الإنحدار.

من خلال القيم الموجودة في الجدول 16 نلاحظ بأن قيمة Beta (-0.39) وهذا يدل بأن زيادة بدرجة واحدة في عناية الجسم يؤدي إلى خفض درجة البوليميا بمقدار 0.39، وقدرت قيمة إختبار (T) ب(-2.82) بمستوى دلالة 0.007 وهي قيمة أقل من مستوى 0.05 وهذا يدل على وجود أثر دال إحصائياً لُبُعد العناية بالجسم على تنبؤ درجة البوليميا لدى النساء المرتدات لقاءات الرياضة.



شكل 4 : منحنى بياني يوضح الإنحدار المتعدد.



شكل 5: منحنى سحابة النقط يوضح الإنحدار المتعدد

-6-

DISCUSSION – مناقشة النتائج

6. مناقشة النتائج - DISCUSSION

1.6 مناقشة وتفسير الفرضية

إنطلاقاً من النتائج المتوصل إليها، وبناءً على التراث الأدبي والدراسات السابقة في الموضوع، سنحاول فيما يلي تقديم تفسير لنتائج الفرضية.

تنص الفرضية " يساهم الإلتزام بأبعاد السلوك الصحي (العناية بالجسم، العناية بالصحة العامة، التعامل مع الأدوية والعقاقير، النفس الاجتماعي) في التنبؤ بدرجة البوليميا لدى النساء المرتدات لقاعات الرياضة.

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول 16 (معادلة خط الإنحدار) أن البعد الأول " العناية بالجسم" قد بلغ قيمة (Beta= -0.39) مما يعني ذلك أن كلما زادت العناية بالجسم بدرجة واحدة إنخفضت درجة البوليميا بـ(0.39) مما تشير قيمة Beta إلى مدى تأثير البعد الأول "العناية بالجسم" على التنبؤ بدرجة البوليميا حيث أن هناك علاقة عكسية بين البعد ودرجة البوليميا.

حيث تتضمن العناية بالجسم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام والتغذية السليمة، كما تمثل نسبة المشاركات في الدراسة 39.9% من النساء غير المتزوجات، وهذا ما يوضح أن بعد "العناية بالجسم" له أهمية كبيرة لهذه الفئة. فالحفاظ على الوزن المثالي والرضا عنه والاعتناء به من أهم الصفات التي تحرص عليها المرأة بصفة عامة وخصوصاً المرأة غير المتزوجة، فقد يكون لديها المزيد من الوقت والطاقة لاستثمارهما في أنفسهن من خلال اتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة. هذا الإلتزام بالعناية الشخصية يمكن أن يقلل من مشاعر التوتر والقلق والضغط النفسي التي قد تؤدي إلى سلوكيات مضطربة. ومثلت الفئة العمرية من 21 إلى 30 أكبر نسبة من المشاركين في الدراسة الحالية، فالنساء في هذا العمر بالتحديد قد يكنّ في مرحلة البحث عن الهوية الذاتية وتحديد الأهداف الشخصية، مما يدفعهن لتبني نمط حياة صحي لتحقيق رضا أكبر عن الذات وعن الفرمولوجية المثالية للمرأة. كما يمكن أن يوفر نمط الحياة الصحي بنية واستقراراً يساعدان في التخفيف من الضغط النفسي والمشاعر السلبية، وقد يقلل من خطر الانخراط في سلوكيات غذائية غير صحية. كما أن التغذية السليمة تساهم في تنظيم مستويات السكر في الدم وتحسين وظائف الجهاز الهضمي مما يقلل من الشعور بالجوع

المفاجئ والدوافع للإفراط في الأكل. أما بالنسبة للنوم الجيد، فيعزز المزاجية ويقلل من مستوى التوتر، مما يساهم في تقليل السلوكيات الغذائية الضارة.

وهذه النتائج تتفق مع نتائج دراسة "شيرين أحمد طه حسين (2010)" التي تشير إلى أن التمارين الرياضية تساهم في خفض الشره العصبي حيث أن البرنامج التدريبي المصمم من قبل الباحثة أدى إلى التحسين الإيجابي لكل من القيان الأنتروبومترية والشره العصبي، ومستوى عناصر اللياقة البدنية. ودراسة " سمر عبد الحميد السيد (2021)" التي تشير إلى فعالية تدريبات الكروس فيت على الشره العصبي حيث توصلت إلى أنه هناك فروق دالة احصائية لصالح المجموعة التجريبية في متغيرات الشره العصبي ومتغيرات الجسم.

ونفسر هذه النتيجة بالإجراءات التي تتعرض لها المرأة المنخرطة في قاعات الرياضة، فأول خطوة تقدم من طرف القاعة للمرأة المنخرطة هي أخذ قياسات الجسم، وتكون أول مرحلة هي مرحلة التقييم البدني للتحقق من صحة المنخرطة بملء استببان صحي أو استشارة طبية لتفادي أي مضاعفات صحية قد تعيق ممارسة التمارين الرياضية.

ثانيًا، مرحلة القياس الدقيق باستعمال ميزان (Inbody)، وهو جهاز تحليل مكونات الجسم، ويوفر مجموعة واسعة من البيانات المفيدة لتحليل الحالة الصحية واللياقة البدنية. ومن بين القياسات التي يقيسها نسبة الدهون في الجسم BFP (Body Fat Percentage) مقارنة بالوزن الإجمالي، وكتلة الدهون في الجسم بالكيلوغرامات (Fat Mass) FM ، وكتلة العضلات الهيكلية (Skeletal Muscle Mass)، وكمية الماء الموجودة في الجسم (Total Body Water)، ومؤشر كتلة الجسم (BMI: Body Mass Index) ، والوزن المثالي، ومستوى الدهون الحشوية، أي كمية الدهون المحيطة بالأعضاء الداخلية وهي مهمة لأنها ترتبط بمخاطر صحية متعددة.

ويقدم أيضًا التحليل الغذائي الأساسي (BMR: Basal metabolic Rate) ، وهي كمية السعرات الحرارية التي يحرقها الجسم في حالة الراحة للحفاظ على الوظائف الأساسية، ومجموع البروتينات والمعادن في الجسم مما يعطي فكرة للمدربة عن صحة العضلات والعظام. وتكمل الاستفادة من هذا الجهاز والبيانات التي يعطيها بالتفصيل في تحديد الأهداف الصحية والشخصية المتعلقة إما بفقدان الوزن أو بناء العضلات أو تحسين اللياقة البدنية حسب كل منخرطة في القاعة.

كما يساعد في مراقبة تقدم المنخرطين ومتابعة التغيرات في مكونات الجسم بمرور الوقت لتقييم فعالية البرنامج التدريبي المكون من ثلاث إلى خمس حصص في الأسبوع بانتظام، والحماية الغذائية التي تعطيها أخصائية التغذية المتعاونة مع قاعات الرياضة لكل امرأة حسب هدفها وجسمها.

بعد أخذ القياسات يتم اتخاذ عدة خطوات وإجراءات لتحقيق أقصى استفادة من البيانات بوضع أهداف صحية وتحديد إطار زمني لضمان التقدم المستمر والتحفيز وتصميم برنامج تدريبي شخصي يتناسب مع أهداف العضو ووضع خطة غذائية باستشارة أخصائي التغذية والتأكد من أن الخطة الغذائية متوازنة وتلبي احتياجات الجسم من بروتينات وكربوهيدرات وفيتامينات ومعادن.

وهذه الإجراءات تشجع وتعزز العادات الصحية اليومية مثل النوم الجيد، شرب الماء بانتظام، والتخفيف من التوتر، وتعزيز الصحة العامة وتحقيق الأهداف الشخصية بشكل مستدام وفعال. من خلال كل هذه الإجراءات المتبعة في قاعات الرياضة، نستنتج أن الالتزام ببعد السلوك الصحي "العناية بالجسم" يساهم في التنبؤ بدرجة البوليميا لدى النساء المرتدات لقاعات الرياضة. وذلك بالتركيز على ممارسة الرياضة بانتظام واتباع الحماية الغذائية فأول سبب في انضمام المرأة لقاعات الرياضة هو الرضا عن الوزن وتحسين صورة الجسم.

ومن المهم أن نعزز بقية الأبعاد (العناية بالصحة العامة، التعامل مع الأدوية والعقاقير، والنفس الاجتماعي) ونصل إلى توعية الأفراد بأهمية هذه الأبعاد لما لها دور في الحد من اضطرابات الأكل مثل البوليميا.

ومنه فإن نتائج الفرضية أكدت لنا أن عينة النساء المرتدات لقاعات الرياضة يمكنهن خفض من درجة اضطراب البوليميا بالتزامهن بالسلوك الصحي تحديداً ببعد "العناية بالجسم" من خلال ممارسة الرياضة واتباع حمية غذائية.

-7-

خاتمة - CONCLUSION

7. خاتمة - CONCLUSION

أُجريت الدراسة الحالي بهدف دراسة مساهمة الالتزام بأبعاد السلوك الصحي (العناية بالجسم، العناية بالصحة العامة، التعامل مع الأدوية والعقاقير، والدعم الاجتماعي) في التنبؤ بدرجة البوليميا المتحصلة عليها من مقياس الشره العصبي (لحسين فايد 2005) لدى النساء المرتدات لقاءات الرياضة، حيث كانت عينة الدراسة بقوام 61 امرأة.

فمن خلال نتائج الدراسة، توصلت الباحثة إلى أن بُعد السلوك الصحي الذي ينص على العناية بالجسم يساهم في التنبؤ بدرجة البوليميا بنسبة 39%. هذه النتيجة تسلط الضوء على أهمية تعزيز العناية بالجسم كجزء من الاستراتيجيات العلاجية للأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشره العصبي، وذلك من خلال الالتزام بنظام الأكل الصحي وممارسة الرياضة كأسلوب حياة.

فيمكننا أن نستنتج من نتائج الدراسة الحالية أن الاهتمام بصورة الجسم له علاقة مباشرة باضطراب البوليميا.

إضافة إلى ذلك، تبين من الدراسة أن أبعاد السلوك الصحي الأخرى، مثل العناية بالصحة العامة والتعامل مع الأدوية والعقاقير والنفس الاجتماعي، تلعب أدوارًا تكاملية في دعم الصحة النفسية والجسدية للأفراد. كما نقترح دراسة هذه الأبعاد على عينات أخرى مصابة بالبوليميا لتعزيز هذه الأبعاد يمكن أن يؤدي إلى تحسين شامل في نوعية حياة الأفراد والحد من انتشار اضطرابات الأكل.

وفي النهاية، نؤكد على أهمية مواصلة الأبحاث في هذا المجال لاستكشاف المزيد من العوامل المؤثرة وتعميق فهمنا للعلاقة بين السلوك الصحي واضطرابات الأكل بما يساهم في تطوير استراتيجيات أكثر فعالية وشمولية للعلاج والوقاية.

قائمة المراجع

- ابراهيم عبد الغفار عبد الحسيب. (21 08, 2020). الشره العصبي و علاقته بصورة الجسم والأعراض المرضية لدى عينة ، ص 41،70.
- ابراهيم عبد الغفار عبد الحسيب. (21 01, 2020). الشره العصبي وعلاقته بصورة الجسم والأعراض المرضية لدى عينة من السيدات الراشدات.
- إسماعيل أحمد الحارثي. (2014). مستوى السلوك الصحي لطلاب جامعة أم القرى في ضوء بعض المتغيرات. جامعة أم القرى السعودية.
- السيد محمد، و أبو هاشم حسن. (02, 2006). الخصائص السيكمترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية باستخدام SPSS. السعودية: جامعة الملك سعود.
- امينة تازي. (2021). علاقة الوعي الصحي بممارسة السلوك الصحي. ص 222-234 ، مجلد 2، عدد 1. البليدة: جامعة البليدة.
- جامعة يحي فارسي. (2024). أهمية برامج الارشاد النفسي في تنمية السلوك الصحي والحفاظ عليه من وجهة نظر بعض أساتذة الارشاد النفسي. المدينة- الجزائر: جامعة يحي فارسي.
- حسين علي فايد. (2005). مقياس الشره العصبي. حلوان، مصر: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- خديجة دعاماش. (2022). كتاب الملتقي العلمي الوطني الأول حول: سلوكيات الخطر في الوسط المدرسي، تشخيص واقع واقتراح حلول، برنامج علاجي مقترح قائم على نموذج مراحل التغيير لعلاج اضطراب الشره العصبي. الأغواط.
- رشا ناجي محمد. (10, 2017). بعض الوظائف التنفيذية لدى عينة من مرضى الشره وفقدان الشهية العصبي والأصحاء. مجلة كلية الآداب جامعة بنها(48).
- سعيدة قارة. (30 09, 2021). النماذج المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي وتطبيقاتها العلاجية في مجال علم النفس الصحي (نموذج المعتقدات الصحية - نظرية السلوك المخطط- نموذج مراحل التغيير). مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 6(3)، 36-45.
- سمر عبد الحميد السيد. (2021). فعالية تدريبات الكروس فيت على بعض متغيرات تركيب و صورة الجسم - الشره العصبي للبدنيات في سن المراهقة. المجلة العلمية للعلوم وفنون الرياضة، 29(1). ص110، ص120.

- سيرين هاجر زعابطة. (2016). فاعلية برنامج وقائي مقترح على نظرية دافع الحماية في خفض التفاؤل غير الواقعي وتنمية سلوك السياقة الآمنة لدى السائقين. باتنة: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة.
- شيرين طه أحمد حسين. (2010). تمارينات الزومبا وتأثيرها على خفض الشره العصبي والإنهاك النفسي ومستوى تقييم الجملة الحركية للمتعثرات في التمارينات.
- شيماء عزت. (2015). الأمل وأساليب مواجهة الضغوط كمنبئات باضطرابات الأكل.
- صفوت فرج. (2000). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين (الإصدار الطبعة الأولى). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبير محمد الصبان. (2021). مستوى الاضطرابات النفسية القلق، الشره العصبي، صورة الجسم، الإكتئاب لدى السيدات المصابات بالسمنة. كلية التربية. جامعة أم القرى. doi:10.21608/JFEB.2021.240222
- لبنى أحمان، و صورية عبد الصمد. (2018). جودة الحياة والسلوك الصحي لدى عينة من الشباب.
- لخضر شعثان. (2024). أهمية برنامج الإرشاد النفسي في تنمية السلوك الصحي.
- محمد الطيب غرابية. (2022). التشخيص باستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5-TR. باتنة - الجزائر: دار المثقف للنشر والتوزيع.
- محمود عطية، و محمود اسماعيل. (2022). أثر العلاج المعرفي القائم على التعقب في خفض أعراض الشره العصبي لدى عينة من مرضى الشره العصبي المنتكسين.
- مراد علي عيسى، و تيسير الياس شواش. (2019). علم النفس الصحة فهم العلاقة بين العقل والجسد (الإصدار الطبعة الأولى). عمان-الأردن: دار الفكر.
- مصطفى عبد المحسن. (2023). الشره العصبي وعلاقته بالمرونة النفسية وتنظيم الذات لدى طلبة الجامعة. كلية التربية - جامعة أسيوط.
- هبة رضا قاسم. (2019). التنظيم الانفعالي محدد سيكولوجي للشره العصبي وتشوّه صورة الجسم لعينة من مرضى الشره العصبي. مجلة البحث العلمي في التربية(20).
- هناء شويخ. (2017). علم النفس المرضي. (د.امثال هادي الحويلة، هناء احمد شويخ، و وآخرون، المترجمون) جمهورية مصر العربية: مطبعة محمد عبد الكريم حسان.
- وحيدة سائل. (2019). صحة طلاب الجامعات تناول خاص بالمعتقدات الصحية وتأثيرها على السلوك الصحي من خلال نموذج علم النفس الصحة.

- وهيبية بوقري. (2023). السلوك الصحي عند المرأة في مرحلة ما قبل سن اليأس.
- يحي محمد خطاطبة. (22 06, 2020). فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض اعراض الشره العصبي لتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد. مجلة الدراسات التربوية والنفسية، 15(1).
- Choate, L. (2010, 10 13). Interpersonal group Thaerapy for Women Experiencing Bulimia. The Journal for Specialists in Group Work.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (2013). American psychiatric association.
- Eynde, F. V. (2008). Treatment of bulimia nervosa and binge eating.
- Golay, A. (2005). Obésité et troubles du comportement alimentaire : comment faire ? Récupéré sur Revue medicale suisse: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-12/obesite-et-troubles-du-comportement-alimentaire-comment-faire>
- Jain, A., & Yilanli, M. (2023, 07 31). Bulimia Nervosa, Differential Diagnosis. Consulté le 05 20, 2024, sur Nationale Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562178/#article-74185.s8>
- Martinez, W. D. (2020, 11 26). Eating Behavior, Physical Activity and Exercise.
- Olga Castelo Naval .(2018 ,03 10) .Estilo de vida y riesgo de trastorno alimentario atípico.
- Patmore, J., Meddaoui, B., & Feldman, H. (2021). Cultural considerations for treating Hispanic patients with eating disorders: A case study illustrating the effectiveness of CBT in reducing bulimia nervosa symptoms in a Latina patient. New York: Teachers College, Columbia University.

الملاحق

ملحق 1: مقياس السلوك الصحي.

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	مطلقا
1	أحافظ على درجة من التناسب بين وزني وطولي					
2	أركز في غذائي على نسبة قليلة جدا من الأملاح البيضاء (الملح الأبيض المكرر)					
3	أقلل من تناول الأغذية الغنية بالسكر الأبيض (العادي)					
4	أتجنب المشروبات الغنية بالسعرات الحرارية					
5	أقلل من الأغذية الغنية بالزيوت والدهون الحيوانية (اللحم والدجاج)					
6	أتابع برامج التثقيف الصحي الخاصة بالرياضة والغذاء					
7	أمارس الرياضة كالجري أو كرة القدم أو غيرها					
8	أمارس رياضة المشي بشكل منتظم					
9	عندما أختار البروتين الحيواني فإنني أتناول اللحوم البيضاء والأسماك					
10	أتناول وجبة الإفطار يوميا وبانتظام					
11	أتناول الخضار والفواكه الطازجة بشكل يومي					
12	أكثر من شرب المياه النقية (السوائل)					
13	أنوع في الأغذية التي أتناولها					

					أقوم بإجراء الكشف المناسب عندما أعاني من أي ألم	14
					أحافظ على تنظيف أسناني بعد تناول وجبات الطعام	15
					أحصل على كفايتي من النوم	16
					أهتم بمتابعة قياس ضغط الدم بشكل منتظم	17
					أأخذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الأمراض المعدية	18
					أحافظ على الفحص الطبي السريري الدوري (كل سنة)	19
					ألجأ إلى استخدام الأدوية عند الضرورة فقط	20
					لا أستخدم أي نوع من التبغ (سجائر، معسل ، شيشة)	21
					أتجنب تناول الأدوية المهدئة إلا بوصفة الطبيب	22
					أتجنب تناول الأدوية المنومة إلا بوصفة الطبيب	23
					أراعي بدقة التعليمات المرفقة مع الدواء الذي يصفها لطبيب	24
					أتجنب الحصول على الأدوية من أشخاص غير مؤهلين لوصفها (فقط من الأطباء)	25
					أحاول التعرف على الأعراض الجانبية لأي دواء أتناوله	26
					أتجنب الخلط بين الأدوية دون إشراف الطبيب	27
					أساهم في توفير الدعم الاجتماعي لمن يحتاج له	28
					أحاول أن أحظى بالقبول من جميع أفراد أسرتي	29

					لدي إحساس جيد بالمرح	30
					أشعر بالرضا عن ذاتي	31
					أتمتع في حياتي بدرجة مقبولة من الإثارة والنشاط والمتعة	32
					أشعر بأن حياتي العائلية مستقرة	33
					لدي الثقة التامة بقدراتي الشخصية	34
					من السهل أن أكون محبوبا من الآخرين	35
					أنا على وعي تام بجميع المشاعر التي أعيشها وأقبلها	36
					أعبر عن مشاعري بسهولة	37
					أتحمل نتائج جميع تصرفاتي	38
					أضع لنفسي أهدافا واقعية، بحيث يمكن تنفيذها	39
					أأخذ قراراتي دون الشعور بالضغط أو الانزعاج	40
					أفهم مشاعر الآخرين ووجهات نظرهم	41
					أجمع المعلومات الضرورية قبل اتخاذ القرار	42

ملحق 2: مقياس الشره العصبي.

الرقم	العبـارات	لا تنطبق مطلقا	تنطبق بدرجة بسيطة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة كبيرة	تنطبق بدرجة كبيرة جدا
1	عندما يتم دعوتي لحفلات بها طعام فإنني أتناول الأطعمة الغنية بالنشويات والسكريات					
2	شهيتي للطعام مفتوحة					
3	أشعر أن الطعام يتحكم في حياتي					
4	أشعر بالاكئاب					
5	أحاول أن أضبط وزني بتناول قليل من الطعام أو الامتناع عنه لمدة يوم أو أكثر					
6	لا أستطيع التحكم في كمية الطعام التي أتناولها					
7	استخدم الملينات لإنقاص وزني					
8	قدرتي على التحكم في أكلتي ضعيفة بالمقارنة بمعظم الناس					
9	أخاف من تناول نوع معين من الأطعمة حيث أنه لا يمكنني التوقف عن تناوله بكثرة (لا أستطيع مقاومته)					
10	من السهل أن أنقيأ عن عمد بالمقارنة بمعظم الناس					
11	أتناول الطعام بسرعة وبكميات كبيرة في بعض الأوقات					
12	حينما أغضب فإنني أتناول الطعام بكثرة حتى أرتاح (خروج الغضب في الأكل)					
13	أشعر بالنشاط والحيوية حينما أتناول كميات كبيرة من الطعام					
14	أشعر بالتوتر والضيق					
15	أشعر بقيمة نفسي حينما يكبر حجمي					
16	أشعر باحمرار البشرة حينما أتناول كميات كبيرة من الطعام					

				أستاء من الأشخاص الذين يتناولون كميات قليلة من الطعام	17
				أشعر بالرضا عن نظام أكلي بكميات كبيرة من الطعام	18
				لا يمكن أن أستمّر فترة قصيرة دون تناول الطعام	19
				أفضل إعداد أو شراء الأطعمة الغنية بالنشويات والسكريات لتناولها	20
				يمكن أن أصف نفسي بأنني من راغبى أكل الحفلات والمناسبات	21
				يمكن أن أتناول كمية كبيرة من الطعام بالرغم من عدم جوعي	22
				سوف يندهش الناس الذين أعرفهم إذا ما عرفوا كمية الطعام التي يمكن أن أستهلكها	23
				أشعر بالسعادة بعد تناول الطعام فى الحفلات أو المناسبات	24
				منذ ثلاثة شهور وأنا لا أستطيع التحكم في نفسي حينما أتناول الطعام فى الحفلات والمناسبات	25
				يمكن أن أصف نفسي فى الوقت الحالى بأننى مدفوع بشكل قهرى (غير متحكم فيه) لتناول الطعام	26
				لا أستطيع التحكم فى تناول الطعام لدرجة أن معدتى تمتلئ تماما بالطعام	27
				أشعر بالسعادة حينما يقول الآخرون أننى أشتهى كل أنواع الطعام	28

ملحق 3: الإحصاءات الوصفية Statistiques descriptives

Statistiques descriptives			
	Moyenne	Ecart type	N
مجموع	57,5167	18,73318	60
totale1	29,1667	5,34621	60
total2	43,1667	7,02578	60
totale3	31,2500	7,08693	60
total4	67,6000	6,17046	60

ملحق 4 : الارتباط بين البوليميا وأبعاد السلوك الصحي .Corrélations

Corrélations						
		مجموع	totale1	total2	totale3	total4
Corrélation de Pearson	مجموع	1,000	-,443	-,308	-,087	-,295
	totale1	-,443	1,000	,519	-,021	,228
	total2	-,308	,519	1,000	,308	,474
	totale3	-,087	-,021	,308	1,000	,355
	total4	-,295	,228	,474	,355	1,000
Sig. (unilatéral)	مجموع	.	,000	,008	,253	,011
	totale1	,000	.	,000	,436	,040
	total2	,008	,000	.	,008	,000
	totale3	,253	,436	,008	.	,003
	total4	,011	,040	,000	,003	.
N	مجموع	60	60	60	60	60
	totale1	60	60	60	60	60
	total2	60	60	60	60	60
	totale3	60	60	60	60	60
	total4	60	60	60	60	60

ملحق 5: Variables introduites/éliminées

Variables introduites/éliminées^a

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	total4, totale1, totale3, total2 ^b	.	Introduire

a. Variable dépendante : مجموع

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

ملحق 6 : قيمة الارتباط الخطي بين البوليميا وأبعاد السلوك الصحي *Récapitulatif des modèles^b***Récapitulatif des modèles^b**

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Variation de R-deux	Modifier les statistiques			Sig. Variation de F
						Variation de F	ddl1	ddl2	
1	,487 ^a	,237	,181	16,94909	,237	4,269	4	55	,004

a. Prédictors : (Constante), total4, totale1, totale3, total2

b. Variable dépendante : مجموع

ملحق 7 : تحليل التباين *ANOVA^a***ANOVA^a**

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	4905,050	4	1226,263	4,269	,004 ^b
	de Student	15799,933	55	287,272		
	Total	20704,983	59			

a. Variable dépendante : مجموع

b. Prédictors : (Constante), total4, totale1, totale3, total2

ملحق 8 : معادلة خط الانحدار *Coefficients^a***Coefficients^a**

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	140,459	25,308		5,550	,000
	total1	-1,399	,495	-,399	-2,824	,007
	total2	-,003	,420	-,001	-,007	,994
	totale3	-,071	,347	-,027	-,204	,839
	total4	-,589	,420	-,194	-1,403	,166

a. Variable dépendante : مجموع

ملحق 9: Statistiques des résidus^a

Statistiques des résidus ^a					
	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Valeur prédite	41,8353	82,2841	57,5167	9,11792	60
de Student	-31,97928	48,78267	,00000	16,36446	60
Valeur prédite standard	-1,720	2,716	,000	1,000	60
Résidus standard	-1,887	2,878	,000	,966	60

a. Variable dépendante : مجموع

ملحق 10: معامل الارتباط بين أبعاد السلوك الصحي والبوليميا Corrélations

Corrélations			مجموع
totale1	Corrélation de Pearson	-,443**	
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	60	
total2	Corrélation de Pearson	-,308*	
	Sig. (bilatérale)	,017	
	N	60	
totale3	Corrélation de Pearson	-,087	
	Sig. (bilatérale)	,507	
	N	60	
total4	Corrélation de Pearson	-,295*	
	Sig. (bilatérale)	,022	
	N	60	

** . La corrélation est significative au niveau 0.01
(bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05
(bilatéral).

ملحق 11: صدق مقياس الشره العصبي.

Corrélations

		المجموع
بند	Corrélacion de Pearson	,593**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 2	Corrélacion de Pearson	,498**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 3	Corrélacion de Pearson	,726**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 4	Corrélacion de Pearson	,432**
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	61
بند 5	Corrélacion de Pearson	,276*
	Sig. (bilatérale)	,031
	N	61
بند 6	Corrélacion de Pearson	,784**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 7	Corrélacion de Pearson	,362**
	Sig. (bilatérale)	,004
	N	61
بند 8	Corrélacion de Pearson	,694**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 9	Corrélacion de Pearson	,647**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 10	Corrélacion de Pearson	,293*
	Sig. (bilatérale)	,022
	N	61
بند 11	Corrélacion de Pearson	,750**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 12	Corrélacion de Pearson	,524**
	Sig. (bilatérale)	,000

	N	60
بند 13	Corrélation de Pearson	,570**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 14	Corrélation de Pearson	,433**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 15	Corrélation de Pearson	,432**
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	61
بند 16	Corrélation de Pearson	,061
	Sig. (bilatérale)	,640
	N	61
بند 17	Corrélation de Pearson	,343**
	Sig. (bilatérale)	,007
	N	61
بند 18	Corrélation de Pearson	,395**
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	61
بند 19	Corrélation de Pearson	,705**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 20	Corrélation de Pearson	,739**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 21	Corrélation de Pearson	,580**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 22	Corrélation de Pearson	,509**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 23	Corrélation de Pearson	,570**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 24	Corrélation de Pearson	,492**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 25	Corrélation de Pearson	,408**
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	61

بند 26	Corrélation de Pearson	,659**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 27	Corrélation de Pearson	,749**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
بند 28	Corrélation de Pearson	,317*
	Sig. (bilatérale)	,013
	N	61

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ملحق 12 : معامل الثبات الفاكرومباخ لمقياس الشره العصبي.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,903	28

ملحق 13 : صدق البعد الأول من مقياس السلوك الصحي.

Corrélations

		totale1
band	Corrélation de Pearson	,598**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band2	Corrélation de Pearson	,560**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band3	Corrélation de Pearson	,678**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band4	Corrélation de Pearson	,524**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band5	Corrélation de Pearson	,606**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band6	Corrélation de Pearson	,587**

	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band7	Corrélation de Pearson	,589**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band8	Corrélation de Pearson	,412**
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	61

** . La corrélation est significative au niveau 0.01
(bilatéral).

ملحق 14: صدق البعد الثاني من مقياس السلوك الصحي.

Corrélations

		band19	total2
band9	Corrélation de Pearson	,062	,648**
	Sig. (bilatérale)	,636	,000
	N	61	61
band10	Corrélation de Pearson	,236	,519**
	Sig. (bilatérale)	,067	,000
	N	61	61
band11	Corrélation de Pearson	,043	,560**
	Sig. (bilatérale)	,740	,000
	N	61	61
band12	Corrélation de Pearson	-,074	,514**
	Sig. (bilatérale)	,571	,000
	N	61	61
band13	Corrélation de Pearson	,170	,621**
	Sig. (bilatérale)	,190	,000
	N	61	61
band14	Corrélation de Pearson	,502**	,638**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	61	61
band15	Corrélation de Pearson	-,134	,465**
	Sig. (bilatérale)	,302	,000
	N	61	61
band16	Corrélation de Pearson	-,144	,431**
	Sig. (bilatérale)	,270	,001
	N	61	61

band17	Corrélation de Pearson	,409**	,624**
	Sig. (bilatérale)	,001	,000
	N	61	61
band18	Corrélation de Pearson	,253*	,715**
	Sig. (bilatérale)	,049	,000
	N	61	61

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ملحق 15 : صدق البعد الثالث من مقياس السلوك الصحي.

Corrélations

		totale3	
band20	Corrélation de Pearson	,523**	
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	61	
band21	Corrélation de Pearson	,496**	
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	61	
band22	Corrélation de Pearson	,701**	
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	61	
band23	Corrélation de Pearson	,777**	
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	61	
band24	Corrélation de Pearson	,568**	
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	61	
band25	Corrélation de Pearson	,691**	
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	61	
band26	Corrélation de Pearson	,574**	
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	61	
band27	Corrélation de Pearson	,708**	
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	61	

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ملحق 16: صدق البعد الرابع من مقياس السلوك الصحي.

Corrélations

		total4
band28	Corrélation de Pearson	,514**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band29	Corrélation de Pearson	,361**
	Sig. (bilatérale)	,004
	N	61
band30	Corrélation de Pearson	,738**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band31	Corrélation de Pearson	,545**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band32	Corrélation de Pearson	,607**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band33	Corrélation de Pearson	,318*
	Sig. (bilatérale)	,012
	N	61
band34	Corrélation de Pearson	,671**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band35	Corrélation de Pearson	,490**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band36	Corrélation de Pearson	,443**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band37	Corrélation de Pearson	,485**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band38	Corrélation de Pearson	,443**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band39	Corrélation de Pearson	,633**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61

band40	Corrélation de Pearson	,640**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band41	Corrélation de Pearson	,436**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61
band42	Corrélation de Pearson	,576**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	61

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ملحق 17: ثبات البعد الأول من مقياس السلوك الصحي.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,697	8

ملحق 18: ثبات البعد الثاني من مقياس السلوك الصحي.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,773	11

ملحق 19: ثبات البعد الثالث من مقياس السلوك الصحي.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,773	8

ملحق 20: ثبات البعد الرابع من مقياس السلوك الصحي.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,798	15