

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



الرقم التسلسلي:
رقم التسجيل: 2016/PSY/LMD3/074

جودة الحياة لدى المتفوقين في ضوء السلوك الغذائي الصحي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD تخصص علم نفس الصحة الاكلينيكي

تحت إشراف الأستاذة الدكتورة

مزوز بركو

من إعداد الطالبة الباحثة

درياس ليلى

الصفة	الجامعة	الرتبة	الأستاذ
مشرفا ومقررا	جامعة باتنة	أستاذ دكتور	مزوز بركو
رئيسا	جامعة باتنة	أستاذ دكتور	عدوان يوسف
مناقشا	جامعة باتنة	أستاذ دكتور	لبنى أحمان
مناقشا	جامعة سطيف 2	أستاذ دكتور	تغليت صلاح الدين
مناقشا	جامعة سطيف 2	دكتور	اسمهان عزوز
مناقشا (عبر الخط)	جامعة غرداية	دكتور	يوسف قدوري

السنة الجامعية: 2020/2019

شكر وتقدير

الحمد لله الذي من عليًا من عظيم فضله وحسن تديره، الحمد لله عدد ما كان وما سيكون وعدد الحركات والسكون.

موصول الشكر للأستاذة الدكتورة مزوز بركو على إشرافها المتميز، دعمها المستمر وتفانيها في أن يتم العمل على أحسن وجه.

جزيل الشكر للبروفيسور Ravens-Sieberer وكل طاقم مشروع Kidscreen على التفاعل الايجابي.

جزيل الشكر لمختصي التغذية وأطباء المستشفى الجامعي مصطفى باشا وبالأخص لأخي عبد الناصر بسبب ترشيحه للتعاون معهم.

لا يسعني إلا أن اذكر فضل كل من علمني حرفا وقدمنا نصحا ومد لي يد العون داعية المولى بأن يجعل كل ذلك في ميزان حسناتهم.

جزيل الشكر للأمين العام لمديرية التربية لولاية باتنة ومدير مركز التوجيه المدرسي والمهني لولاية باتنة لتعاونهم والتسهيلات المقدمة

دعواتي الخالصة لكل الأساتذة وموظفي المؤسسات التربوية الذين أعتز بشرف التعامل معهم، ولن أنسى كل التلاميذ المتفوقين الذين شكلت إجاباتهم لبنة هذا العمل من خالص دعواتي بالنجاح ولتميز في الحياة، وإلى موظفي الإقامة الجامعية حملة 03-باتنة زملائي في العمل على دعمهم المتميز.

أسأل الله العظيم التوفيق والسداد

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على طبيعة العلاقة بين السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة وجودة الحياة في مجال التغذية لدى المتفوقين على مستوى عينة من ثانويات مدينة باتنة وذلك من خلال التحقق من الفرضيات التالية:

- ✓ نتوقع أن يكون مستوى السلوكيات الغذائية الصحية مرتفعا لدى عينة المتفوقين.
- ✓ نتوقع أن تتبع درجات السلوكيات الغذائي الصحي توزيعا اعتداليا.
- ✓ لا توجد فروق معنوية تعزى لكل من متغير الجنس، العمر، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للوالدين في درجات متوسط السلوك الغذائي الصحي.
- ✓ يؤثر الرضا عن الجسم ومؤشر الكتلة في ممارسة السلوك الغذائي الصحي.
- ✓ يؤثر كل من اهتمام الأولياء والاستفادة من برامج التنقيف الغذائي في ممارسة السلوك الغذائي الصحي.
- ✓ تتمتع عينة المتفوقين بمستويات مرتفعة من جودة الحياة المرتبطة بالتغذية في كل أبعادها البيولوجية، النفسية والاجتماعية.
- ✓ المتغيرات الديمغرافية (الفئة العمرية، الجنس، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للأولياء) لا تحدث فرقا في متوسط درجة جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بكل أبعادها لدى العينة
- ✓ يوجد أثر دال لكل من الحالة الصحية، المصروف اليومي والنشاط البدني ومؤشر كتلة الجسم على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.
- ✓ يوجد أثر دال للسلوكيات الغذائية الصحية على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية لدى العينة.

تم إجراء الدراسة وفق المنهج الوصفي، الاستكشافي و الارتباطي و بالاعتماد على ثلاث عينات استطلاعية و عينة أساسية قوامها (318) من متفوقي الثانويات من الجنسين، تراوحت أعمارهم من 14 إلى 18 سنة طبق عليهم استبيانين صمما و تم التحقق من خصائصهما السيكومترية من طرف الباحثة احدهما لرصد السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة و الآخر لقياس جودة الحياة المرتبطة بالتغذية، وأسفرت الدراسة عن مستوى متوسط من السلوكيات الغذائية الصحية التي تتبع توزيعا طبيعيا و بشكل متماثل بين الجنسين مع بعض الفروق لصالح الفئات العمرية الأكبر سنا، كما اتضح غياب وجود أثر دال إحصائيا للرضا عن الجسم و مؤشر كتلة الجسم و لا أثر للتفاعل بينهما في ممارسة السلوكيات الغذائية الصحية، في حين اتضح وجود أثر ايجابي و دال إحصائيا لمتغير الاهتمام الوالدي في هذه الممارسة، و اتضح كذلك أن نصف العينة تتمتع بمستوى مرتفع من جودة الحياة المرتبطة بالتغذية و الفروق الوحيدة التي وجدت كانت في المجال الاجتماعي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية و بسبب الفئات العمرية. أظهرت نتائج نموذج الانحدار اللوجستي الرتيبي أثر كل من الحالة الصحية و مؤشر كتلة الجسم في تنمية مستوى جودة الحياة المرتبطة بالتغذية، كما سمحت نتائج الانحدار الخطي المتعدد بالكشف عن السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة ذات الأثر في تحسين جودة الحياة المرتبطة بالتغذية لدى المتفوقين.

Abstract :

The purpose of this study was to investigate the nature of the relation between the healthy eat behavior and the quality of life related nutrition on a sample of superior pupils from Batna's secondary school , by checking the following hypothesis:

- ✓ **We** expect a higher level of healthy eat behavior .
- ✓ **We** expect a normal distribution of healthy eat behavior .
- ✓ There were no significant differences in healthy eat behavior according to : gender, age, economic level and parent's educational level .
- ✓ The body satisfaction and body mass index affects the healthy eat behavior.
- ✓ The parent's intention and nutrition education programs affects the healthy eat behavior
- ✓ The sample has a high level of quality of life related nutrition in all its dimensions
- ✓ The demographics variables (age interval, gender, economic level, parent's educational level) do not make differences in quality of life related nutrition in all its dimensions.
- ✓ There is a significant effect of health status, pocket -money, physical activity and BMI in quality of life related nutrition.
- ✓ There is a significant effect of health eat behavior in quality of life related nutrition.

The study contains three samples for the preliminary studies and one for the fundamental study, a healthy eat behavior and quality of life related nutrition questionnaires developed and validated by the searcher were applied to the sample of 318 superior pupils (14-18 years) randomly recruited from Batna 's secondary school , it was found most pupils with average levels of healthy eat behavior following a normal distribution , within no differences between gender , and with some differences in favor of older age groups . it was also clear from the results that there was no significant effect of body satisfaction , body mass index or their interaction on the practices of healthy eat behavior , while it was fond that there was a positive and significant effect of the parent's intention. It was found that half of the sample has a high level of quality of life related nutrition and the only differences was in social axe in different age groups .the results of ordinal logistic regression showed the effect of both health status and body mass index of improving the quality of life related nutrition, the multiple linear regression allowed the detection of healthy eating behavior that have a main effect on quality of life related nutrition.

الفهرس

	شكر وتقدير
	ملخص باللغة العربية
	ملخص باللغة الانجليزية
	الفهرس
	فهرس الجداول
	فهرس الملاحق
	الجانب النظري
الفصل الأول: إشكالية الدراسة	
1	مقدمة إشكالية
21	1-حدود الدراسة
22	2-التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة
23	3-المختصرات المستخدمة في الدراسة
الفصل الثاني: السلوك الغذائي	
25	تمهيد
26	1-الصحة
26	1-1 مفهوم الصحة
26	1-2 بعض المفاهيم المرتبطة بالصحة
28	1-3 محددات الصحة
31	1-4 السلوكات الصحية
33	1-5 الصحة والسلوكات المرتبطة بها لدى الشباب
37	6-التغذية: أولى السلوكات المرتبطة بالصحة
38	6-1 المصطلحات ذات الصلة بالتغذية
40	6-2 السلوك الغذائي
45	7-السلوك الغذائي الصحي
47	7-1 محددات السلوك الغذائي الصحي
50	7-2 اضطرابات السلوك الغذائي
57	8-الطفولة المبكرة وأولى محددات السلوك الغذائي

59	9-السلوك الغذائي والتعلم
64	9-1 كيف يختار المراهقين سلوكياتهم الغذائية
70	9-2 تغذية الأطفال والمراهقين المتمدرسين
73	خلاصة
الفصل الثالث: جودة الحياة	
75	تمهيد
76	1-التطور التاريخي لمفهوم جودة الحياة
78	2-المفهوم وتعريفاته
82	3-أبعاد، مكونات ومجالات جودة الحياة: بعض النماذج
83	3-1 نموذج Felcy and Perry(1995)
83	3-2 نموذج Shalok(2000)
84	3-3 نموذج Akranavicituti و زملاؤه (2010)
85	3-4 النموذج التكاملي لـ Urzúa و Caqueo-Urizar(2012)
86	3-5 نموذج أبو سريع وزملاؤه
87	4-مناقشة عامة للنماذج
88	5-جودة الحياة المرتبطة بالصحة
90	6-العوامل المؤثرة في العلاقة بين الصحة وجودة الحياة
97	7-جودة الحياة، حسن الحال والصحة لدى المراهقين
101	8-جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
105	خلاصة
الفصل الرابع: التفوق	
107	تمهيد
108	1-القدرات العقلية العالية، التفوق، الموهبة والإبداع عبر التاريخ
110	2-ذوي القدرات العقلية العالية
112	3-الموهوب المبدع المنتج
113	3-1 الموهبة
115	3-2 أساليب الكشف عن الموهوبين

117	4-الإبداع
118	5-المتفوق دراسيا
118	5-1 ماهية التلميذ المتفوق
118	5-2 بروفيلات التلاميذ المتفوقين
120	5-3 خصائص التلاميذ المتفوقين
121	5-4 كيفية التفريق بين المتفوقين والعاديين من تلاميذ المدارس
123	5-5 مقاربات نظرية لتحديد الموهوبين والمتفوقين
129	6-المتفوقين والموهوبين بين الصحة والاضطراب
135	7-التفوق والسلوك الغذائي
136	7-1 التغذية وأثرها على المخ
141	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية وإعداد أدوات الدراسة	
143	تمهيد
144	1-الدراسات الاستطلاعية
144	1-1الدراسة الاستطلاعية الأولى: تحديد العينة الأساسية (معايير الترشيح والتميط)
152	1-2 الدراسة الاستطلاعية الثانية: بناء استبيان السلوكات الغذائية الصحية
168	1-3 الدراسة الاستطلاعية الثالثة: بناء استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
183	2-الدراسة الأساسية
183	2-1 أهداف الدراسة
183	2-2 منهج الدراسة
183	2-3 أدوات الدراسة
183	2-4 الأساليب الاحصائية المستخدمة
183	2-5 حدود الدراسة
189	2-6 فرضيات الدراسة وإجراءات التحقق منها
220	خلاصة
الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج	

222	1- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية الأولى
228	2- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية الثانية
229	3- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية الثالثة
230	4- عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة الأساسية
230	1-4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
231	2-4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
233	3-4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
234	4-4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
235	5-4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة
236	6-4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة
237	7-4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة
237	8-4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة
240	9-4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة
242	5-مناقشة عامة
247	الخاتمة
250	المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

63	جدول 01: بعض الاضطرابات الغذائية وأثرها على التعلم
72	جدول 02: عدد وحجم الحصص اليومية لكل مجموعة غذائية للأطفال
122	جدول 04: عناصر التفريق بين المتفوقين والعاديين في المدارس
125	جدول 05: الفروق بين الموهبة والتفوق
147	جدول 06: تكرارات المبررات المقدمة من طرف الأساتذة الذين لم يقدموا ترشيحاتهم.
148	جدول 07: توزيع المرشحين من المتفوقين حسب اتفاق الأساتذة
149	جدول 08: توزيع محكات الترشيح حسب أساتذة العينة
150	جدول 09: ترتيب المحكات المتبناة من طرف الأساتذة لترشيح تلاميذهم المتفوقين
151	جدول 10: نسب أنماط التلاميذ المتفوقين

الفهرس

154	جدول 11: تبويب استجابات عينة الدراسة الاستطلاعية الثانية حول السلوكات الغذائية الصحية.
156	جدول 12: التعديلات المقترحة من الخبراء والتلاميذ على بنود استبيان السلوك الغذائي الصحي
158	جدول 13: درجات بدائل الإجابات لاستبيان السلوك الغذائي الصحي
159	جدول 14: جدول توزيع عينة الدراسة حسب الجنس والعمر
159	جدول 15: المتوسط والانحراف المعياري لدرجات استبيان السلوك الغذائي الصحي
160	جدول 16: توزيع مستوى السلوك الغذائي الصحي لدى العينة
160	جدول 17: اختبار التوزيع الأعتدالي
161	جدول 18: نسب العينات المستعملة في بناء النموذج الشبكي العصبي
162	جدول 19: نسب توقع الخطأ في النموذج
162	جدول 20: مصفوفة الخطأ (الالتباس) لعينات النموذج
164	جدول 21: المساحة تحت المنحنى ROC
165	جدول 22: نسب أهمية بنود استبيان السلوك الغذائي الصحي
166	جدول 23: معامل ألفا كرومباخ لاستبيان السلوك الغذائي الصحي
166	جدول 24: نتائج معاملات ارتباط التجزئة النصفية لاستبيان السلوك الغذائي
167	جدول 25: نتائج اختبار ت للمقارنة الطرفية بين الفئة الدنيا والعليا لاستبيان السلوك الغذائي الصحي
167	جدول 26: معاملات الارتباط بيرسون للبنود مع الدرجة الكلية لاستبيان السلوك الغذائي الصحي
171	جدول 27: التعديلات المقترحة لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
171	جدول 28: توزيع بنود استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية حسب المحاور
172	جدول 29: بدائل الاستجابات لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
173	جدول 30: المتوسط والانحراف المعياري لدرجات استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
174	جدول 31: جدول نتائج اختبار الاعتدالية
176	جدول 32: مؤشرات تضخم التباين والتحمل للبنود الداخلة في نموذج الانحدار المتعدد لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
177	جدول 33: المتوسط والانحراف المعياري لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بعد حذف البنود المسببة لزدواجية الخطية
177	جدول 34: نتائج اختبار التأكد من جودة القياس KMO

الفهرس

178	جدول 35: الجذور الكامنة والنسبة المفسرة قبل وبعد تدوير العوامل
179	جدول 36: مصفوفة العوامل بعد التدوير
180	جدول 37: نتائج اختبار ت للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والدنيا لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
181	جدول 38: معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
181	جدول 39: معاملات الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
182	جدول 40: معامل ألفا كرومباخ لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
182	جدول 41: نتائج معاملات ارتباط التجزئة النصفية لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
184	جدول 42: توزيع عينة الدراسة حسب المستويات
185	جدول 43: توزيع العينة حسب الجنس والسن
186	جدول 44: توزيع العينة حسب متغيرات المدخول الشهري للأولياء، المصروف اليومي، المستوى التعليمي للام والأب، ممارسة الرياضة، الرضا عن الجسم، طبيعة الرضاعة.
190	جدول 45: توزيع مستويات متوسطات السلوك الغذائي الممارس لدى العينة
191	جدول 46: نسب ممارسة السلوكيات الغذائية الصحية
192	جدول 47: مقاييس النزعة المركزية للسلوكيات واختبار كولموغروف للسلوكيات الغذائية الصحية
194	جدول 48: نتائج اختبار 'ت' للفروق بين الجنسين لمتوسطات ممارسة السلوك الغذائي الصحي.
194	جدول 49: نتائج اختبار "ف" لتحليل التباين حسب المستوى الدراسي، السن، المستوى التعليمي للأولياء والمستوى الاقتصادي
195	جدول 50: نتائج اختبار شيفيه لتحديد الفروق في متوسطات السلوك الغذائي الصحي حسب الفئات العمرية
196	جدول 51: اختبار الأثر بين المجموعات لكل من مؤشر كتلة الجسم والرضا عن الجسم في السلوك الغذائي الصحي.
197	جدول 52: متوسطات مجموعات التفاعل بين مؤشر كتلة الجسم * الرضا عن الجسم
198	جدول 53: اختبار الأثر بين المجموعات لكل من الاهتمام الوالدي بالتغذية الصحية والاستفادة من برامج التثقيف الغذائي

199	جدول 54: متوسطات السلوك الغذائي الصحي للمجموعات (الاهتمام الوالدي * الاستفاده من برامج التنقيف الغذائي)
200	جدول 55: توزيع مستويات جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وأبعادها البيولوجية، النفسية والاجتماعية
201	جدول 56: المتوسطات والانحرافات المعيارية لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية وأبعادها
204	جدول 57: نتائج اختبار ت للفروق بين جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وأبعادها بين الجنسين
205	جدول 58: نتائج اختبار ف للفروق بين جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وأبعادها
205	جدول 59: اختبار أقل فرق دال إحصائيا للبعد الاجتماعي في مجموعة الفئات العمرية
207	جدول 60: نموذج معادلة الانحدار
208	جدول 61: معاملات بيرسون والتباين لتقدير جودة النموذج
208	جدول 62: قيم شبيهه مربع للنموذج
209	جدول 63: نتائج اختبار الخطوط المتوازية للنموذج
209	جدول 64: المؤشرات التقديرية لنموذج الانحدار الرتبي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية
211	جدول 65: معاملات الارتباط بيرسون بين (ج ح غ) و (س غ ص)
212	جدول 66: خطوات تحليل الانحدار المتعدد بطريقة خطوة بخطوة والمتغيرات المدرجة في كل خطوة
214	جدول 67: قيم R^2 ، R ، المعدلة R ، الخطأ المعياري لنماذج الانحدار
214	جدول 68: نتائج تحليل التباين لنماذج الانحدار
216	جدول 69: قيم المعامل البائي وخطأه المعياري وقيمة معامل بيتا β وقيمة 'ت' ودالاتها الاحصائية
218	جدول 70: نتائج إحصائيات البواقي
219	جدول 71: السلوك الغذائي الصحي المؤثر في جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
فهرس الأشكال، النماذج، المخططات الرسومات البيانية	
الصفحة	العنوان
33	مخطط العوامل المؤثرة في السلوك الصحي
42	مخطط محددات السلوك الغذائي (Annie Hubert 1991)
42	مخطط محددات السلوك الغذائي (Stenkamp 1993)

50	مخطط محور السلوكات الغذائية من السواء إلى الاضطراب (الباحثة)
56	مخطط الاضطرابات التغذوية
65	نموذج Story و زملاؤه (2002) لدراسة السلوك الغذائي لدى المراهق
69	التدخلات الغذائية المرتكزة على المدرسة
83	نموذج جودة الحياة لـ Felcy and Perry (1995)
84	نموذج جودة الحياة لـ Shalok (2000)
85	نموذج جودة الحياة لـ Akranavicituti و زملاؤه (2010)
86	النموذج التكاملي لـ Urzúa و Caqueo-Urizar (2010)
87	نموذج جودة الحياة لأبو سريع وزملاؤه
96	نموذج الآثار الرئيسية للدعم الاجتماعي
97	نموذج Cleary و Wilson لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة
100	نموذج Morgan لدراسة جودة الحياة لدى المراهق
102	جودة الحياة المرتبطة بالتغذية حسب تصور الباحثة
126	نموذج الفارقي للموهبة و التفوق Gagné
128	نموذج ميونخ للتفوق و الموهبة
172	مخطط بنية استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
111	منحنى غوص لتوزيع الذكاء حسب مقياس ويكسلر للذكاء.
116	طرق حصر الطلاب الموهوبين
123	طرق حصر الطلاب المتفوقين
124	شكل: نموذج الحلقات الثلاث لتحديد الموهبة والتفوق لرونزيلي (2002)
155	شكل: توزيع إجابات السؤال حول الغذاء الصحي وما يربط به من سلوكات
155	شكل توزيع إجابات السؤال حول تأثيرات السلوك الغذائي على الحياة
161	شكل توزيع قيم السلوك الغذائي الصحي
164	شكل منحنى ROC
165	شكل مخطط أهمية بنود الاستبيان
175	شكل محور انتشار قيم لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية (Q-Qplots)
175	الرسم البياني للجذور الكامنة للعوامل

الفهرس

193	المدرج التكراري لتوزيع درجات السلوك الغذائي الصحي للعيينة
193	المدرج التكراري لتوزيع درجات السلوك الغذائي الصحي للعيينة
198	اختبار تفاعل (س غ ص) ومؤشر كتلة الجسم
199	اختبار التفاعل بين متوسطات السلوك الغذائي الصحي للمجموعات (الاهتمام الوالدي* الاستفادة من برامج التنقيف الغذائي)
218	شكل انتشار البواقي في نموذج الانحدار المتعدد
219	المدرج التكراري للبواقي المعيارية لنموذج الانحدار المتعدد
فهرس الملاحق	
ملحق رقم 01: بطاقة ترشيح وتمييط التلاميذ المتفوقين	
ملحق رقم 02: بطاقة البيانات الشخصية	
ملحق رقم 03: النسخة الأولية لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية	
ملحق رقم 04: لنسخة النهائية لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية	
ملحق رقم 05: النسخة الأولية لاستبيان السلوك الغذائي الصحي	
ملحق رقم 06: النسخة النهائية لاستبيان السلوك الغذائي الصحي	



الفصل الأول

إشكالية الدراسة

مقدمة إشكالية

لقد شهدت السنوات الأخيرة اهتماما متزايدا بمفهوم الصحة كوحدة متكاملة من حسن الحال الجسدي، النفسي والاجتماعي واتجهت الدراسات إلى البحث في هذا السياق مرتكزة على السلوكيات المرتبطة بالصحة باعتبارها أحد المحددات المهمة لصحة الأفراد، ولقد كان لهذا الطرح الحديث مبرراته وعلى رأسها تراجع نسب الأمراض المعدية الحادة بسبب الاكتشافات العلاجية كالمضادات الحيوية واللقاحات بالإضافة إلى تحسن المعايير الصحية العامة كمعالجة النفايات ومياه الصرف الصحي، في الوقت الذي استفحلت أمراض على درجة كبيرة من الخطورة أغلبها مزمنة كنتاج أسلوب حياة الأفراد بكل ما تتضمنه من سلوكيات مضرّة بالصحة كالتدخين، قلة الحركة والخمول وسوء النظام الغذائي... الخ، وتعتبر دراسة بيلوك وبرسلو من الدراسات الرائدة في هذا الاتجاه، حيث أسفرت نتائجها عن تمتع كل الفئات العمرية ممن تحرص على ممارسة السلوكيات الصحية المدعمة للصحة (كممارسة الرياضة، الحفاظ على الوزن، النوم لـ 7 أو 8 ساعات، عدم التدخين... الخ) بانتظام بمستوى جيد من الصحة، والملفت للانتباه هو تقارب هذا المستوى بين فئات عمرية تجاوز الفارق بينها 30 سنة كما اشار له (Jean- Francois Verhiac,2011).

منذ التسعينات كان موضوع صحة الأطفال والمراهقين موضوع دراسات وبائية كثيرة خاصة في الدول المتقدمة، ويعتبر التغيير في أسباب الوفيات لدى هذه الفئة خاصة المراهقين من الدواعي الحيوية لهذه الدراسات، حيث أنه من 5 إلى 10% من الوفيات تنتسب فيها إعاقات (موروثة من مرحلة الطفولة أو خلال مرحلة المراهقة) أو الأمراض المزمنة (Nicolas,Zadanowicz,2001,11)، ولما كان أسلوب الحياة والسلوكيات الصحية الممارسة من المسببات الرئيسية للأمراض المزمنة وبعض الإعاقات، اقترنت دراسة صحة هذه الفئة بتحديد وتقييم سلوكياتها الصحية باعتبارها محددات أساسية للصحة كما سبق الإشارة إليه، وتضم هذه المحددات جملة من السلوكيات نذكر منها ما يتعلق بالأمن والسلامة (أثناء القيادة أو ممارسة أي نشاط آخر)، الجنس، اعتماد المواد المخدرة، تعاطي التبغ والكحول والغذاء، هذا الأخير من السلوكيات التي لازالت تتال نصيبا هاما من الدراسات على غرار باقي السلوكيات، خاصة في ظل حالة التحول الغذائي (Nutritional Transition) التي أصبح العالم يعاني منها وهو ما يشير إليه Johan(2008) وآخرون والتي بدأت بوادر أثاره السلبية تظهر بشدة خاصة لدى فئة الشباب وهذا نظرا للارتباط القوي بين نوعية، كمية، وتيرة وكيفية ما يتناوله الأطفال والمراهقين وحالتهم الصحية، حيث تعتبر التغذية من أهم العوامل المشكلة لنمط حياتهم، والتي تسهم في شعورهم بحسن الحال، فقد أشارت نتائج العديد من الدراسات الوبائية إلى ارتباط ما يتناولونه بمخاطر التعرض لعدد لا بأس به من الأمراض المزمنة كالسكري، هشاشة العظام، الاضطرابات النفسية والسرطانات المختلفة، كما أنها ستساهم لا محال في تحديد ملامح صحتهم على المدى الطويل بما فيها الوقاية من الأمراض والتي تعتبر الاستراتيجية الأنجع في مجال مكافحة المرض قبل، بعد وأثناء ظهوره (WHO,2016).

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

كما سبق الإشارة إليه فإن التغييرات السريعة وغير الصحية التي طالت طبيعة السلوكيات الغذائية الممارسة لدى هذه الفئة والتي تتسم في الأغلب بالإفراط في تناول الأغذية المشبعة بالدهون والمواد السكرية والنشوية ناهيك عن اضطراب وتيرة الأكل و تدني الأخذ الغذائي من العناصر والمغذيات الضرورية والمناسبة للمتطلبات النمائية لهذه المرحلة من الحياة بالموازاة مع ارتفاع المدخول من الطاقة، أفرزت تداعيات خطيرة على الصحة النفسية (كاضطرابات التغذية بكل أنواعها، تشوه صورة الجسم وانخفاض تقدير الذات والاكنتاب... الخ) والجسمية (السمنة وكل ما يرتبط بها من أمراض مزمنة) واجتماعية (العزلة الاجتماعية وضعف التواصل بسبب عدم تحقق الوظيفة الرمزية للتغذية... الخ) لدى هذه الفئة شديدة الحساسية.

وفي هذا الاتجاه تؤكد الدراسات المسحية للسلوكيات الغذائية التي قامت بها الدول -ولا تزال- كإجراء وقائي لمواجهة عامل الخطر المرتبط بالتغذية لدى مجتمعاتها بأن ما يتناوله الأطفال والمراهقين بعيدا كل البعد عن كونه من عوامل الحماية الصحية التي تطمح الدول والمنظمات العالمية التي تعنى بالصحة والغذاء أن تصل لها، فكندا مثلا تؤكد أن نسبة التقيد بممارسة السلوكيات الغذائية الموصى بها، لم تتجاوز لدى هذه الفئة نسبة 33%، أما الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية فتؤكد أن أقل من 30% من فئة الأطفال والمراهقين يلتزمون ببعض التعليمات الغذائية الصحية والباقي قد يتجاوز استهلاكهم للسكر كوبيين في اليوم ويتناولون وجبات سريعة مشبعة بالكربوهيدرات والدهون على الأقل بمعدل خمس مرات في الأسبوع (Melissa N Laska, and all, 2014,1)، ووفقاً لجمعية الصحة الأمريكية (2006)، كشفت دراسة أجريت عام 2004 أن 7.3% فقط من المتدربين يتناولون خمس من الفواكه والخضروات يوميا (ameer D , Michael ,2009,145)، أما سويسرا فقد أعلنت على أن نسبة البدانة لدى فئة الشباب خاصة ما بين 15 و24 سنة قد تضاعفت خلال العشرين سنة الماضية (Jessica,Cannole , 2016,4)، أما المملكة البريطانية فقد أعلنت عن زيادة قدرها 49% في نسبة حالات الاستشفاء والإقامة بالمستشفى للفئة بين 10 و19 سنة بسبب اضطرابات الأكل المختلفة وهذا خلال 12 شهرا (جوان 2011-جوان 2012) (P. Knightsmith, J. and all,2013,1004)

ولقد دقت الولايات المتحدة الأمريكية ناقوس الخطر عندما تضاعف عدد الوصفات الطبية الموجهة لعلاج السكري من النوع الثاني لدى الشباب خلال الفترة الممتدة من 2002 إلى 2005 وارتفاع عدد البدناء من أطفال ومراهقين (2-19 سنة) بـ19% خلال فترة زمنية وجيزة (إحصائيات، Center of disease control and prévention 2018) وكذا بسبب تزايد حالات الاكنتاب وتراجع القدرات المعرفية لذات الفئة وارتباطها بشدة مع حالات تراجع الأخذ الغذائي من الأوميغا3 والفيتامين أ و ب، معلنة ضرورة تفعيل برامج الوقاية للحد من تفاقم الوضعية الغذائية السيئة التي يعاني منها الشباب الأمريكي والتي تتبأ بتداعيات خطيرة على صحة المجتمع الأمريكي في الآجال القريبة وتعتبر المحاضرة التي شهدها البيت الأبيض في أواخر سنة 1960 والتي ضمت مجموعة كبيرة من مختصي التغذية والأطباء للحديث حول موضوع "التغذية، المغذيات والصحة"

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

من أولى الخطوات العملية التي سلطت الضوء كما أشار إليه Marion Nestlet (أستاذ الصحة والتغذية بجامعة نيويورك) ليس فقط على نقص العناصر المغذية بل أثار موضوع السلوكيات الغذائية وطبيعة الأخذ الغذائي على صحة المجتمع بصفة عامة وصحة الفئة الشابة (أطفال ومراهقين) بصفة خاصة. (Amanda, K and all, 2012,12).

إن الأمر لا يختلف كثيرا لدى دول الشرق الأوسط وإفريقيا سواء بسبب حالة الترف كما هو الحال في دول الخليج العربي التي تعاني بما يعرف بسوء التغذية الرخائي المرتبط بالحالات السريرية المزمنة الناتجة عن الاستهلاك المفرط لأنواع محددة من الطعام (المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية منطقة الشرق الأوسط، 2006)، أو بسبب نقص الغذاء في الدول الإفريقية أو الآسيوية التي تعاني المجاعة، الحروب الأهلية، الانهيار الاقتصادي وغلاء المعيشة.

أما بالنسبة لدول الخليج، فتتفق أغلب الدراسات المسحية الموجهة لرصد السلوكيات الغذائية على حالة شاذة من التقرّم التي تصيب الأطفال (قصر القامة) منذ الطفولة المبكرة و التي تتبعها طفرة شديدة في زيادة الوزن لاحقا في مرحلة المراهقة وهذا بالطبع بسبب سوء السلوكيات الغذائية الممارسة (عبد الرحمن مصيقر، 2004)، كما لوحظ تفاقما للحالات المرضية المرتبطة باضطرابات التمثيل الغذائي بكل أنواعها، إذ تشير إحصائيات المعهد الدولي للسكري أن الإمارات العربية المتحدة تحتل الترتيب الثاني عالميا من حيث الإصابة بداء السكري، تليها المملكة السعودية في المركز الثالث، تم مملكة البحرين والكويت بالمرتبة الخامسة وسلطنة عمان في المرتبة السادسة بمعدلات انتشار (13.4%، 14.6%، 15.4%، 16.8%، 18.7%) على التوالي. (حسين قزق، ندى الأديب، 2013،3) وبعملية حسابية بسيطة يمكن التنبؤ بمدى انتشار هذا الداء القاتل لدى أطفال ومراهقي (15-25 سنة) هذه الدول عندما نعرف أن نسبتهم تتجاوز الـ 25.2% من مجموع السكان (مركز الإحصاء الخليجي، 2017).

الجزائر كذلك ليست بمنأى عن المخاطر الصحية الناتجة عن تدني ممارسة السلوكيات الغذائية الصحية، فقد أشارت مصلحة الأوبئة و الطب الوقائي (SEMPEP) سنة 2011 إلى أن 18% من الفئة العمرية (12-17 سنة) تعاني من السمنة (Bouanjak.K, Belouniss.R, 2014,47) كما أشار الديوان الوطني للإحصاء سنة 2019، إلى أن عدد البدناء من الأطفال و المراهقين في تزايد مستمر، بسبب الممارسات الغذائية الناتجة عن التحول نحو النظام الغذائي الغربي المشبع بالسكريات والدهون، التي توفر كمية كبيرة من السعرات الحرارية، التي فاق استهلاكها قيمة 3500 كيلوكالوري /يوم وهو ما يتجاوز الحد المطلوب. (Khaled.M B ,Diaf M, 2015,3-4).

لقد أخذت الدراسات حول السلوك الغذائي للأطفال والمراهقين حيزا هاما من مساحة البحوث الموجهة لصالح هذه الفئة، وهذا لأن السلوكيات الغذائية غير الصحية تعتبر من مواضيع الصحة العامة لدى فئة الشباب من أطفال ومراهقين، الذين يمرون بمرحلتين انتقاليتين على التوالي: من الطفولة إلى المراهقة ومن المراهقة

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

إلى حياة الرشد، حيث تتميز هذه الفترات الانتقالية بمستوى مرتفع من القلق والضغوط التي ترفع من احتمالات تخليهم عن ممارسة الصحي من السلوكات الغذائية وبالتالي الفشل في تحقيق الاحتياجات الغذائية المؤمنة للحد الأدنى من الصحة. (Kurubaran T ,Sami .AR and all, 2012,2)، ما يجعلها (أي السلوكات الغذائية) تميل للاضطراب، حيث تظهر مختلف الاضطرابات الغذائية كتجاوز الوجبات، الحميات الغذائية الصارمة، تناول المفرط للوجبات السريعة، حالات النهم والفهم العصبي، الأكل المقيد، الأكل الانفعالي، الأكل بين الوجبات، حيث أن هذه الاضطرابات وغيرها قد أخذت في الاستفحال خلال العقود الماضية الأخيرة، فحول كالنرويج، تركيا، الولايات المتحدة الأمريكية، الإمارات والأردن مثلاً أحصت على التوالي نسبة 54.9%، 26.4%، 14.4%، 23.4%، 31.69% من شبابها وبالأخص المراهقين الذين يعانون من اضطرابات الأكل على اختلاف أنواعها. (Nihaya .A, and all,2018,2)

ترافق الاضطرابات التي تمس السلوك الغذائي التغيرات البيولوجية، النفسية والبيئية، المميّزة لهذه المرحلة العمرية (Lakaii A Jones ,2013,1)، حيث تشمل التغيرات البيولوجية مؤشر كتلة الجسم (BMI) وعلامات البلوغ وتوقيتته، وتشير نتائج الدراسات في هذا الصدد إلى أن ما يميز المراحل الثلاثة للبلوغ (13-16 سنة، 16-17 سنة و 17-20 سنة) من تغيرات هرمونية تشكل مؤشرات منبئة باحتمالات الإصابة باضطرابات التغذية وإن تفاوتت نسب حدوثها من مرحلة لأخرى ومن جنس لآخر، أما التغيرات النفسية فتشمل تصورات هذه الفئة لأجسادهم وتقديرهم لذواتهم، اتجاهاتهم معارفهم وخبراتهم مع الغذاء بالإضافة إلى توجيههم نحو الانفعالات السلبية أثناء بحثهم عن الاستقلالية في خيارات الغذاء وما يترتب عنها من تأثيرات لجماعة الأقران، التي تعتبر أحد أهم ركائز بناء هويتهم الاجتماعية، فقد أكد مثلاً أن التردد على مطاعم الأكل السريع وتناول الصودا يرتفع عند المراهقين الذين يمارس رفقاءهم نفس السلوك (Nihaya .A, and all,2018)، في حين أن التغيرات البيئية تشمل على سبيل المثال سهولة وصولهم إلى مطاعم الأكل السريع، تأثير وسائل الإعلام المروجة للصناعات الغذائية غير الصحية في الأغلب الأحيان والمروجة لصورة الجسم المثالية لمشاهير الفن وعارضي الأزياء وغيرهم. إن ما سبق ذكره وإن لم يحط بجميع التغيرات الممكنة، إلا أنه يسهم في أن تعج هذه الفترة بالتجارب والسلوكات الخطرة التي تضع عامل نمط الحياة المرتبط بالسلوكات الصحية وعلى رأسها الغذائية على المحك. (Emine Geçkil,2011,220)

تمثل عينة الأمثلة السابقة عن تدهور الحالة الصحية للشباب عبر مختلف دول العالم بسبب الممارسات الغذائية غير الصحية مؤشرات امبريقية تترجم فداحة أثار سلوكياتهم وقبل ذلك معتقداتهم وطبيعة إدراكهم للوظيفة الحيوية للتغذية على المدى البعيد والقريب، فيكفي أن نعرف أن أكثر من مائتي (200) قرار في اليوم يتعلق بخيارات الغذاء التي تشكل ثلث المتع واللذات التي يتم اختبارها يومياً. (Denise.R,Floor and.K all,2017,907).

وبالتالي يصبح أي خلل في السلوكات الغذائية سبيلاً سهلاً لتوريط مختلف الأنشطة المعرفية، الانفعالية والحسية في اضطرابات تزداد خطورتها كلما حدثت في مراحل مبكرة من العمر، وهو ما يحدث فعلاً، لأن إدراك

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

هذه الفئة الشابة لأولوياتها الصحية وعلى رأسها تلك المرتبطة بالتغذية قاصرة، وهو ما سيخفض من إسهام سلوكياتهم الغذائية في تجاوز الصعوبات التي تفرزها حالة النمو والتطور المتسارعة التي يعيشونها والتي تتطلب احتياجات طاغوية وغذائية عالية، وهو ما يؤكد الشباب أنفسهم معترفين أنهم لم يحققوا الحد الأدنى المطلوب منها، بل ويقرون بأن سوء سلوكياتهم الغذائية يعادل في خطورته تعاطي المخدرات وقلة النشاط البدني (OMS,2014)، ولذا فقد أقرت منظمة الصحة العالمية منذ سنوات عديدة- بناء على عدد هائل من الدراسات حول السلوكيات الغذائية للأطفال والمراهقين- أن فترة الشباب (10-24 سنة حسب اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل 1989) ، تعتبر من فترات الهشاشة الغذائية (WHO, 2005)، التي يميزها عدد هائل من الأمراض والاضطرابات ذات الصلة المباشرة بماذا، متى، كيف يتغذون ليس في اللحظة الراهنة من حياتهم فقط بل منذ المرحلة الجنينية (فترة الحمل).

مما سبق نلاحظ أن وجهات النظر الحالية حول السلوك الغذائي لفئة الأطفال والمراهقين ووجهت جل اهتمامها نحو الجانب المرضي منه كما أن البحوث اهتمت باكتشاف مدى انتشار العوامل المرتبطة بتفشي اضطرابات الأكل المختلفة بدلا من السعي لتحديد العوامل المساهمة في تنمية السلوك الغذائي الصحي المتكيف، السوي والمنمي للصحة، كما أن معظم تعاريف السلوك الغذائي الصحي اقتصر على غياب أعراض اضطرابات الأكل الأكثر شيوعا بدل من اعتباره عملية سلوكية متكيفة ومستقلة ويرى في هذا الصدد (Altmaier, 2012) و Ali أن فهم وتطوير التدخل لدعم السلوك الغذائي الصحي لدى فئة الشباب يجب أن يتسق مع تقديم الاستشارات النفسية والتركيز على تاريخ طرق تعزيز الصحة وحسن الحال وجودة الحياة طوال العمر (Sally. A. Dockend, Trent A. Petria and all, 2012)

إلا أن لهذه الوضعية مبرراتها النظرية والتطبيقية والتي تتمثل في:

أولاً: صعوبة ضبط ماهية مفهوم السلوك الغذائي الصحي، فلحد الآن لا يتوفر التراث النظري على مرجعية نظرية مؤسسة لهذا المفهوم لذا نجده يتقاطع مع جملة من المفاهيم شديدة التداخل كالتغذية الصحية (Healthy Nutrition)، الغذاء الصحي (Healthy Food)، السلوكيات الغذائية المدعمة للصحة (Eating Behavior enhancing health) التغذية الحدسية (Intuitive Nutrition)... الخ .

ثانياً: بالإضافة إلى صعوبة تحديد مجموعة السلوكيات الغذائية "الصحية" الواجب ممارستها، تواجهنا صعوبة حصر العوامل المؤثرة في الميكانيزمات المتحركة في هذه السلوكيات.

ومع هذا سنتبنى مفهوم منظمة الصحة العالمية الذي يقضي بأن السلوكيات الغذائية الصحية تأخذ أشكالا متنوعة من بلد لآخر ومن ثقافة لأخرى. وعلى العموم يجب أن تكون السلوكيات الغذائية الصحية جزءا محوريا في حياة الشباب اليومية بشكل يساهم في تنمية حسن الحال البيولوجي، النفسي والاجتماعي لديهم من خلال:

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

* الاختيار والوصول إلى الطعام الآمن (Safe food) والذي يقصد به الغذاء المتوازن الذي يوفر ما يحتاجه الجسم من مغذيات وطاقة، والذي تقر منظمة الأمم المتحدة أنه من حقوق الإنسان الأساسية (Daniela .C, (Cintia T and all,2017, 1643

* تحقيق الأهداف الصحية البيولوجية، النفسية والاجتماعية لوظيفة التغذية باحترام القواعد والشروط الصحية، تناول الكميات والنوعيات المناسبة من الغذاء، حسن توزيعها على مدار اليوم وبالطبع توظيفها كمصادر ايجابية في الحياة بشكل يساهم كما يشير له كل من Archimi و (2014) Delgrande Jordan في رسم مسار حياتهم لأنها ستتقاطع كما تشير إليه نتائج الدراسات مع أهدافهم الحياتية، التي تتطلب حتما مستوى جيدا من الذكاء.

مما لا شك فيه أن الحالة الغذائية تؤثر في حجم، بنية وتكوين المخ، ويتحدد هذا الأثر من خلال مدى نقص التغذية التي يتعرض لها الإنسان، مدته، والفترة التي يحدث فيها، فبدائية تشكل العصبونات يمتد من الأسبوع العاشر إلى الأسبوع السادس والعشرون للحمل، كما يتواصل تشكيل المشابك العصبية والتفرعات الشجيرية إلى ما قبل الولادة، ويتسارع بناء الخلايا الدبقية خلال أولى سنتين من الحياة، وتتواصل مراحل نضج بعض المناطق العصبية إلى مرحلة المراهقة (Estelle M,Serge L,2000, 1) (Elizabeth LPrado,Kathryn GDewey,2014)، وبهذا يمكن الجزم بأن مرحلة ما قبل الرشد هي مرحلة نمو الجهاز العصبي بامتياز، ولذا يصبح توفير الشروط الصحية بصفة عامة والغذائية على وجه الخصوص بالأهمية بمكان لبناء وعاء الذكاء.

لا شك من وجود تأثير متبادل بين مستوى الذكاء والسلوكيات الغذائية الممارسة منذ المراحل المبكرة للحياة، فهناك الكثير من العناصر الغذائية التي لها علاقة مباشرة وغير مباشرة بتنمية القدرات العقلية والذكاء ونمو المخ والوظائف المعرفية الناشئة، ونذكر على سبيل المثال لا الحصر اليود، الحديد، الزنك، حمض الفوليك والأحماض الدهنية (خاصة الاوميغا)... الخ، حيث يشكل أي اضطراب في الحصول عليها منذ المرحلة الجنينية، تهديدا كبيرا لسلامة الجهاز العصبي، لأنها تحدث تغييرات كبيرة على مستوى عمليات أيض النواقل العصبية ومن بينها التنظيم السلبي لمستقبلات β -الادرينالية والذي يؤدي إلى انخفاض فعالية الاستجابة للمواقف الضاغطة بما فيها التعلمية، كما لا يجب إغفال أن سوء التغذية لدى الأمهات خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل بالرغم من عدم تأثيره على عدد الخلايا العصبية القشرية إلا أن بعض الخلايا تتأثر كالخلايا الدبقية والخلايا الحبيبية في الحصين بشكل نهائي وهو ما سيؤثر على الأرجح في القدرات العقلية لاحقا (Ruth.M and Alan L,1997,123)

بيدوا مما سبق أن التغذية في المرحلة الجنينية قد حضت بالاهتمام لمدة طويلة من خلال دراسة العلاقات السببية بين حالات نقص المغذيات لدى الحوامل والنضج العصبي وبالتالي الذكاء وما يتبعه من أداء معرفي وأكاديمي، ولعل نقص اليود الأمومي من الأمثلة الجديرة بالذكر حيث أكدت نتائج دراسات مسحية كثيرة أجريت في بلدان على غرار المملكة المتحدة، أستراليا، البنغلادش، الصين، الهند... الخ أن الأطفال الذين كانت أمهاتهم تعانين من نقص اليود أظهروا لاحقا تدني في اختبارات الذكاء العام (2013) Michael B.Zimmermann، كما

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

أظهرت نتائج دراسات أخرى أن تعزيز تغذية الحوامل بأمصال طاقوية، غنية بالمغذيات، ارتبط بمستويات مرتفعة من الذكاء والتحصيل الأكاديمي لدى أطفالهن.

أما في مرحلة الرضاعة، فالإجماع على الارتباط القوي بين كل من الرضاعة الطبيعية لمدة لا تقل عن ستة أشهر والتغذية التكميلية المتوازنة مع مستويات الذكاء المرتفعة لم يعد مجالاً للشك (WHO, 2001)، وبالطبع لن يختلف الأمر عن باقي المراحل العمرية، فلقد أكد كل من Whally و آخرون (2003) Li وآخرون (2003) أن النظام الغذائي خلال السنوات الثلاث من العمر له أثر كبير في الأداء البدني والذهني خلال مرحلة النضج.

تجدر الإشارة إلى أنه ولغاية منتصف السبعينات كان الاعتقاد بان العلاقة بين سوء التغذية والوظائف العقلية سببه نقص الطاقة أو البروتين أو كلاهما معاً، وهذا بسبب الطبيعة البروتينية للجهاز العصبي، إلى أن برهن كل من Honig و Oski (1978) في من خلال تجربتهما على تحسن ملحوظ في القدرات المعرفية لعينة من الأطفال بعد تدعيم غذائها بعنصر الحديد (Estelle M, Serge L, 2000, 9)، ومنذ ذلك الوقت تدعم التراث العلمي بمئات الدراسات التي تبحث في تأثير المغذيات في الذكاء، وسنخرج على بعض الدراسات التي سلطت الضوء على أثر مغذيات كالبيود، الحديد، الفيتامين ب12، والأوميغا 3 والزنك على مستوى الذكاء خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة:

بالنسبة لليود مثلاً من المهم أن نعرف أن أكثر من 30% من سكان العالم يعيشون في مناطق فقيرة من اليود الذي يعتبر نقصه من أهم العوامل المسببة للتخلف العقلي (IQ منخفض) (WHO, 2006) و لذا توصي منظمة الصحة العالمية بأن يتناول كل من الأطفال و المراهقين على التوالي 120 مغ و 150 مغ/يومياً من اليود. (Khalid NM, Faridus N and all, 2019)، ولهذا السبب انصبت الأبحاث حول معرفة أثر اليود في الوظائف المعرفية بالأخص لدى الأطفال والمراهقين، والتي تتفق في أغلبها على وجود هذا الأثر، ففي دراسة تحليلية قام بها باحثون صينيون، هدفت للتعرف على أثر اليود في النمو المعرفي، استخدم فيها النموذج العشوائي للأثر، لتحليل ثلاث وسبعون دراسة اهتمت بتأثير اليود على الذكاء من زوايا مختلفة والتي شملت عدد 12291 طفل (أقل من 16 سنة) موزعين حسب: المناطق (غنية /فقيرة من اليود)، أو ولدوا قبل/بعد الاستفادة من برنامج التدعيم بمكملات اليود للأمهات أثناء وبعد الولادة، مع العلم أن المجموعات الضابطة ذات الأخذ الطبيعي من اليود والمجموعات التي تعاني نقصاً في اليود كانت متجانسة في الخصائص المتعلقة بالمستوى التعليمي، الاقتصادي والاجتماعي ولقد تم استخدام مقياس بيني ستانفورد ومصفوفات رافن الملونة لقياس مستويات الذكاء، وتم اعتماد الانحراف المعياري للذكاء والمقدر بـ 15 IQ كعامل الأثر، وجاءت النتائج في نفس الاتجاه حيث كان حجم التأثير زيادة قدرها 0.82 و 0.83 و 0.32 لـ IQ على التوالي لصالح: الأطفال المقيمين بالمناطق الغنية باليود مقارنة بأولئك المقيمين بالمناطق الفقيرة من اليود وغير مستفيدة من أي مكملات لليود، أو المستفيدة بمكملات يود غير كافية، أو الأطفال الذين تلقت أمهاتهم مكملات اليود أثناء وبعد الولادة مباشرة

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

وهو ما يساوي 12.45، 12.3 و 4.8 IQ وكان الحجم الكلي للتأثير لواحد وعشرون دراسة نقصا قدره 8.7 نقطة IQ على مقياس بيني للذكاء للأطفال الذين تعرضت أمهاتهم بشكل مستمر لنقص اليود مقارنة بأولئك الذين استفادت أمهاتهم من مكملات اليود أثناء الحمل، علاوة على ذلك كانت هناك زيادة قدرها 1.15 و 0.8 نقطة لنتائج مقياس بيني ورافن على التوالي للأطفال الذين ولدوا بعد ثلاث سنوات من تطبيق برنامج التدعيم بمكملات اليود. (Ming Qian MD and all, 2005).

أكدت هذه الدراسة ثلاث مستويات لارتباط اليود بالذكاء: العينات ذات المستوى الطبيعي من اليود تتمتع درجة ذكاء مقبولة، تتحسن درجات الذكاء لدى العينات التي تتلقى تدعيما بمكملات اليود سواء بشكل مباشر أو عن طريق أمهاتهم أثناء فترة الحمل وتتحسن درجات الذكاء كلما استمرت الاستفادة من مكملات اليود. وفي دراسة وصفية ارتباطية هدفت للتعرف على أكثر العوامل تأثيرا على نسيه الذكاء لدى عينة مكونة من 480 طفل بالمدارس الابتدائية بمدينة بغداد، (متوسط السن 8 سنوات $0.56\bar{F}$)، أظهرت نتائج الانحدار اللوجستي أن نسبة تركيز اليود في الجسم-الذي لم يصل مستوى تناوله لدى أفراد العينة إلى الحد الأدنى الموصى به من طرف منظمة الصحة العالمية بالإضافة إلى الحالة الغذائية وعمل الأولياء التي كانت من أكثر العوامل المؤثرة في نسبة الذكاء. وأكدت الدراسة كذلك تراجع الأخذ الغذائي من حمض الأسكوربيك، وعلى العكس ارتفاع الأخذ الغذائي من البروتين والطاقة وهو ما يتفق مع معظم الدراسات الوصفية لتغذية الأطفال والمراهقين. (Hassanain .F,Zelha.Mand all ,2013).

أما بالنسبة لعنصر الحديد، فدوره في تنظيم عمل المستقبلات العصبية معروف، فهو يؤثر على الانتباه، الإدراك، الذاكرة، التحكم الحركي... الخ من خلال عملية أيض وطرح الدوبامين.

في هذا الاتجاه عرض كل من (2001) Ani و Granthan Mc Gregors مجموعة من الدراسات التي خلصت نتائجها إلى وجود ارتباط بين نقص الحديد الذي قد يتلف الجهاز العصبي أو يسبب نقصا في التروية بالأكسجين وضعف الأداء المعرفي، التحصيل الدراسي، التطور الحركي وظهور اضطرابات سلوكية، وأشارت Maureen (2003) M Black إلى أن نتائج المسح الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية أسفرت عن تدني النتائج المدرسية لعينة قوامها 5398 من المتمدرسين المصابين بالأنيميا التي أكد Hurtardo وزملاؤه أن احتمالات مصابيتها لصعوبات في التعلم لدى الأطفال في حدود سن العاشرة من العمر ترتفع بشدة، مقارنة بالأطفال الذين استفادوا من برنامج الدعم الغذائي المدعم بالحديد والموجه للأطفال و الأمهات خلال السنوات الخمس الأولى من الحياة. وهو ما تؤكدته نتائج العديد من الدراسات مؤكدة على الارتباط بين التحسن في الوظائف المعرفية وكميات الحديد الموصى بتناولها، فقد أشار Pollitt وزملاؤه إلى أن تدعيم غذاء الأطفال بكمية مناسبة من الطاقة لا تقل عن 1171 كيلوكالوري وقيمة 12 مغ من الحديد يوميا مكنت عينات البحث من تدارك المشاكل السابقة (كالمشي، ارتفاع درجات الذكاء ولوحظ ارتفاعا محسوسا في النضج المعرفي والانفعالي) وفي نفس السياق جاءت نتائج دراسة كل من Sunghtong وزملاؤه (2002) و Sachdev وزملاؤه (2005) مدعمة للنتائج السابقة حيث

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

أن عيناتهم البحثية عرفت تحسنا ملحوظا في درجات الذكاء بعد تدعيم تغذيتهم بالحديد واليود، وأظهرت نتائج دراسة أجريت بأندونيسيا، أنه لوحظ تحسنا في النمو الجسدي والمعرفي بزيادة قدرها +18 على سلم Bayley scale of infants development بعد أربعة أشهر من حصول الأطفال على أمصال غنية بالحديد. (Maureen M.Black,2003,3923)

أما بالنسبة للفيتامين B12 (الكوبالامين) الذي توفره اللحوم والذي يعتبر سبب شائع لفقر الدم الكلي فمعدلات انتشاره بين الأطفال والمراهقين والمسنين مرتفعة جدا وهذا إما بسبب إتباع الأنظمة الغذائية النباتية بشكل قصدي أو بشكل قصري لدى الأسر منخفضة الدخل. مهما كان السبب في نقص الأخذ من هذا الفيتامين ذو الدور الأساسي في تخليق الحمض النووي والحفاظ على الوظيفة العصبية فهو يتورط في مجموعة كبيرة من الاعلالات النفسوعصبية كالتهييج، ضعف الذاكرة الخرف الوعائي، الشلل الرعاش وحتى بعض حالات الذهان (Robert Oh, David L Brown, 2003, 979) (Eileen Moore, Alastair Mander and all,2012, 541) وكلها

تتم عن ضعف شديد في مستوى الذكاء و الوظائف المعرفية. (Cherie McCracken, 2010,511)

عادة ما يتزامن النقص في الأخذ اليومي من الفيتامين B12 لدى فئة الأطفال والمراهقين بتدهور في الوظائف المعرفية وتراجع في مستوى الذكاء، ففي دراسة وصفية لعينة ممثلة من أطفال مدينة Netherlands المصابون بعوز الفيتامين B12، كان أدائهم على اختبار مصفوفات رافن الملون للأطفال ضعيفا مقارنة مع عينة مماثلة للأطفال من نفس العمر والذين يتناولون الكمية الموصى بها يوميا من هذا الفيتامين، هذه النتائج تقاربت مع نتائج دراسة وصفية ارتباطية بغواتيمالا، حيث ارتبط النقص في B12 لدى عينة من الأطفال بتراجع ملحوظ في الاستجابات من خلال أدائهم على مجموعة من الاختبارات النفسوعصبية تقيم الإدراك، الذاكرة والتفكير، بالإضافة إلى ذلك أظهرت العينة صعوبات تعليمية واضحة ترجمتها بتقييمات المعلمين المنخفضة والتي عبرت عن تراجع ملحوظ في التحصيل المعرفي وضعف الانتباه. (Maureen M.Black,2003).

تشير احد الدراسات الحديثة التي هدفت لجمع وتحليل الدراسات التي بحثت في علاقة نقص فيتامين B12 بالوظائف العقلية لدى عينات من الأطفال حديثي الولادة إلى غاية نهاية المراهقة وعينات من الحوامل والأمهات المنشورة إلى غاية سبتمبر 2015 وشملت كل الدراسات الحشدية، المستعرضة، دراسات الحالات والشواهد وكذلك التجارب العشوائية والتدخلات ودراسات المحاكات شبه العشوائية وغير المضبوطة المنشورة في قاعدة PubMed و PsycINFO وكان عددها الإجمالي 17 دراسة بعد استبعاد الدراسات التي لم تستوفي شروط البحث، وجاءت النتائج كما يلي: ارتبط ارتفاع الأخذ من الفيتامين B12 لدى الأمهات أثناء الحمل بقياسات جيدة للإدراك لدى أطفالهن. كما أن أداء الأطفال (9 سنوات) الذين ولدوا لأمهات ذوات تركيزات عالية من الفيتامين B12 في البلازما أثناء الحمل أفضل بكثير في مهام الذاكرة قصيرة المدى واختبارات العد مقارنة بالأطفال المولودين لأمهات تعانين عوزا في هذا الفيتامين، أما في الدراسات متعددة المتغيرات فبعد ضبط الوضع الاقتصادي، الاجتماعي والعائلي، جنس الطفل، محيط الرأس عند الولادة، العمر والقياسات الجسمية، ظهرت

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

ارتباطات معنوية بين تركيز الفيتامين B12 لدى الأمهات أثناء الحمل ومستوى الانتباه والنتائج المعرفية لدى أطفالهن في سن 10 سنوات. ($p < 0.005$)، كما أنه وبالرغم من عدم وجود ارتباطات معنوية بين أداء الأطفال على مقياس ويكسلر وتركيز الفيتامين B12 أثناء الحمل، إلا أن مستويات الطلاقة اللفظية وقدرة الاسترجاع كانت جوهرية في حالة الأخذ الطبيعي من فيتامين B12 مقارنة بحالة النقص.

أما بالنسبة لارتباط مستوى الفيتامين B12 لدى الأطفال المتمدرسين بالوظائف المعرفية المختلفة فقد كان مرتفعا مع كل من مؤشرات المعالجة المعرفية، مقاييس التفكير، الذاكرة قصيرة المدى، قدرة الاسترجاع وترتيب الكلمات، وفي دراسة الحالات الشاهد التي أجريت في هولندا وجد أن المراهقين (16 سنة) الذين اعتمدوا على نظام غذائي نباتي منذ الولادة وإلى سن ست سنوات أظهروا استجابة منخفضة على مقاييس الذكاء مقارنة بأقرانهم ممن كان نظامهم الغذائي متوازنا (يحتوي اللحوم) كما ارتبط نقص مؤشر الفيتامين B12 في البلازما بضعف في الذاكرة، هذا وكانت عينات الأطفال ذوي النسبة الطبيعية من الفيتامين B12 قد حصلت على درجات جيدة في مقاييس النمو، وفي دراسات في كولومبيا ارتبط نقص فيتامين B12 بارتفاع خطر التغيب عن المدرسة وتكرار الصف (إعادة السنة) وضعف التحصيل في مادتي الرياضيات واللغة لدى عينة من المتمدرسين (5-12 سنة) وأظهرت دراسات أن ارتفاع وتيرة استهلاك اللحوم تتناسب طرديا مع تحسين الأداء المدرسي وهي نفس النتائج التي ظهرت في دراسات بكينيا حيث ساهمت المكملات الغذائية الغنية بهذا الفيتامين بتحسين في مهارات حل المشكلات، اختبارات التفكير اللفظي واختبارات الحساب والذاكرة قصيرة المدى. (Sudha Venkatramanan and all, 2016).

يظهر مما سبق أن هناك أدلة متزايدة على أن أوجه القصور الغذائية يمكن أن يكون لها آثار سلبية على نمو الدماغ والنمو العصبي وبالتالي القدرة على التعلم، ولقد وثقت الدراسات الدور الفعال الذي تقوم به الأحماض الدهنية كالأوميغا 3 والأوميغا 6 في سيرورة النمو والتطور العصبي وهو ليس بالأمر المفاجئ إذا ما عرفنا أن 60% من الجهاز العصبي تشكله الفوسفوليبيدات المكونة من هذه الدهون، فهي المسؤولة عن تسيير نظام النواقل العصبية، لدونة الدماغ وبالتالي سيشكل أي خلل في نسبة $3\omega/6\omega$ (النسبة الطبيعية لا يجب أن تتجاوز 1:4) اضطرابا في مختلف المهارات المعرفية بما فيها طرق التعلم، الذاكرة، الانتباه وغيرها. (Mats , Seven and all, 2008,1) ولقد ذكر كل من Kirby و Derbyshire (2018) في مقال لهما حول نسبة $3\omega/6\omega$ وعلاقتها بالتعلم لدى الأطفال والشباب، أن مجموعة من الباحثين الإيطاليين أكدوا أن الرضع يتمتعون بنسبة مرتفعة من 3ω مقارنة بالأطفال وهذا دليل على أن الأخذ الغذائي من هذه المادة يتضاءل بسبب طبيعة الأنظمة الغذائية بالأخص الغربية الغنية بالدهون المشبعة والتي تحوي نسبة غير متوازنة من $6\omega/3\omega$ تتراوح من 1:10 إلى 1:25، وأضافوا أن هذا الخلل في النسب قد ارتبط في الكثير من الدراسات مع مختلف صعوبات التعلم (كعسر القراءة، الكتابة والحساب)، اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، السلوكيات العدوانية... الخ لدى عينات الأطفال والمراهقين، إلا أن الدراسات التجريبية كما يشير له (Bahgat KA , Elhady and all)

(2018,98) أسفرت عن نتائج واعدة، حيث ساهم تعزيز التغذية بمكملات 3 و 6 برفع عتبة الألم، تحسين المهارات التعلمية، تعديل النوم والتنظيم الحراري للجسم لدى عينات متنوعة الأعمار.

وفي هذا السياق نجد الكثير من نتائج الدراسات على غرار دراسة (Milte, 2012) وزملاؤه التي أسفرت عن تحسن ملحوظ في أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من 90 طفل تم تشخيصه بهذا الاضطراب بعد تناول كبسولات الأوميغا 3 (50مغ/4 مرات في اليوم) لمدة أربعة أشهر، وكان هذا التحسن ملحوظا وذو أهمية خاصة لدى الأطفال الذين كانوا يعانون من صعوبات في التعلم إضافة إلى الاضطراب الأساسي (DHA)، وفي دراسة لـ Potillo وآخرون أظهرت 70% من العينة (8-12 سنة) التي استفادت من مكملات الأوميغا 3 تحسنا ملحوظا في سرعة المعالجة، التأزر البصري الحركي، التكامل الحسي والانتباه.

تجدر الإشارة إلى أن تأثير التغذية على الدماغ (الذكاء) لا ينحصر في الحالات التي تنقص فيها العناصر الغذائية أو تزيد عن الحد الطبيعي، فهناك حالات أخرى ترتبط بتلوث الغذاء وتسممه، وقد يكون تلوث المياه باعتبارها العنصر الحيوي الأساسي في الحياة من أخطار أنواع هذا التأثير خاصة لدى الأطفال والمراهقين، وفي هذا الاتجاه تؤكد الدراسات عن ارتباط حالات تسمم المياه بالمعادن الثقيلة كالرصاص، الزرنيخ، والفلوريد بانخفاض محسوس في درجات الذكاء هذا بسبب قدرتها على تجاوز الحاجز الدموي للجهاز العصبي.

ففي دراسة تم إجراؤها في مناطق مختلفة من البنغلادش على عينة من 272 طفل (3-5 سنوات)، كانت مستويات ذكائهم، مهاراتهم الإدراكية والتحليلية، الذاكرة العاملة منخفضة، كما ارتبط أدائهم المنخفض على مقياس وكسلر للذكاء مع ارتفاع نسبة الزرنيخ في المياه التي يشربونها بشكل معنوي ($P < 0.001$). وأظهرت نتائج أداء عينة تكبرهم سنا (6-16 سنة) على المقاييس الفرعية لمقياس وكسلر للذكاء (VI) مستوى منخفض في الفهم اللفظي، الإدراك التحليلي والذاكرة العاملة وهو ما يدل على التدهور الذي يطال الوظائف المعرفية كلما استمر التعرض لكميات كبيرة من الزرنيخ من خلال المياه الشروب (على مستوى البحث مستوى الزرنيخ تجاوز 0.5 µg/L). (Grail, Xinhua, 2014).

وفي دراسة أخرى تم إجراؤها بالصين، استهدفت مقارنة مستويات الذكاء لدى عينتين مكونتين من 20 طفلا على التوالي (7-14 سنة)، إحداهما تعيش في منطقة Sima التي تتميز بارتفاع تركيز الفلوريد في مياهها ($F = 4.12 \mu\text{g/L}$) والأخرى Xinghua ذات المستوى الطبيعي من الفلوريد ($F = 0.9 \mu\text{g/L}$)، وأظهرت النتائج فروقا جوهرية في مستويات الذكاء حيث جاءت متوسطات نتائج IQ 97.69 و 105.21 على التوالي. وبهذا خلصت الدراسة إلى أن الأطفال الذين ولدوا في منطقة Sima وتعرضوا لمستويات الفلوريد المرتفعة في المياه الشروب قبل ولادتهم انخفض مستوى ذكائهم 6 مرات أكثر من أطفال منطقة Xinghua.

(LB Zahoa, Chiang, 1993)

إن ما سبق يجعلنا نقف أمام الدور الفعال الذي تلعبه السلوكيات الغذائية الصحية والتغذية المثالية لدى فئة الشباب في صحة الدماغ، سلامته وتطوره الوظيفي وهو ما تؤيده نتائج العديد من الدراسات الطولية المستقبلية

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

حيث تتفق على أن أثر السلوكيات الغذائية غير الصحية وما ينجر عنها من حالات سوء التغذية يتجاوز مستوى الصحة الجسمية ويطل الصحة الذهنية، الوظائف المعرفية، الإدراك والتعلم، علاوة على ذلك أظهرت نتائج العديد من التجارب السريرية العشوائية التي حققت في التفاعل بين وظائف الدماغ والمغذيات، تحسنا ملحوظا في مستويات الذكاء، والتحصيل الأكاديمي بعد تدعيم تغذية العينات بالفيتامينات، الأملاح المعدنية والأحماض الدهنية وهو نفس ما أشارت إليه Lauren JFrensham وزملاؤها (2012) ولقد سبقهم لهذا التأكيد Benton (2001)، مشيرا إلى أنه خلال العشر سنوات الماضية تم إجراء سلسلة من الدراسات عن أثر التدعيم الغذائي على مقاييس الذكاء اللفظية والعملية وقد أظهرت أن هناك علاقة ايجابية بين التدعيم الغذائي والذكاء وأشارت Walker وزملاؤها (2000) أن التدعيم الغذائي للأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة له تأثير ايجابي في المعرفة بين سن 11 و12 سنة.

نستنتج مما سبق أن التغذية الصحية لفئة الأطفال والمراهقين تسهم في رفع مستويات الذكاء، المهارات المعرفية والتحصيل الأكاديمي لديهم وقد يعتقد أن الاهتمام بالحالة الغذائية لذوي المستويات العادية أو المنخفضة من الذكاء هو أكثر أهمية مقارنة مع أقرانهم من المتفوقين، إلا أن هذا الاعتقاد لا يقف على أرضية صلبة وإن كان يبدو منطقيا وهذا لجملة من الأسباب:

أولا الخصائص البيولوجية العصبية للمتعوقين: إن مراجعة مختلف النظريات البنائية والوظيفية المفسرة للذكاء، قدمت لنا حقيقة أن دماغ الأذكيا لا يعمل بجهد أكبر بقدر ما يعمل بفعالية أكبر فهو يستهلك طاقة أقل بدليل الارتباط العكسي بين درجات الأداء على مقياس رافن للذكاء ومعدل أيض الجلوكوز (القشري) الذي تستهلكه المناطق الجبهية والجدارية (نظرية الفعالية العصبية لـ Haier 1992)، وتتحقق هذه الفعالية من خلال استهداف وتنشيط المناطق المسؤولة عن تنفيذ أي نشاط وتحييد أو تثبيط عمل غيرها من المناطق، لاحقا تم البحث عن المناطق العصبية التي تؤهل دماغ الأذكيا للعمل بهذه الطريقة وأجابت نظرية الدمج الجبهي -الجداري على هذا السؤال، حيث اتضح أنه يعمل من خلال التنشيط الثنائي الداخلي والخارجي للمسارات الجبهية -الجدارية بالإضافة إلى سلامة البنية التشريحية للوصلات العصبية وبالذات حزم المادة البيضاء الرابطة بين الفص الجبهي والجداري. أما وجهة النظر التطورية فقد فسرت المعطيات السابقة بحالة الإبطار في النضج العصبي، وبالأخص القشرة الدماغية ودرجة تغميد المحاور العصبية. (Gerald E Larson , Richard J Haier and all, 1995) (Sarah Lipee, Audry –Rose Charlebois , 2017).

ثانيا: الخصائص النفسية والاجتماعية: إن المتتبع للأدبيات في ميدان المتفوقين يجد أن هناك الكثير من الدراسات التي ركزت على الجانب العقلي (القدرات العقلية) فقد حدد علماء النفس نسبة ذكاء قدرها 135 كحد فاصل بين العاديين والمتفوقين الذين يتميزون بقدرة فائقة على التذكر والتفكير المجرد والتفكير المنطقي والقدرة على استخدام القواعد العلمية وتطبيقها والاستفادة من المعلومات التي تمدها بهم البيئة.

لقد أفرزت الأبحاث حول المتفوقين نتائج متناقضة فكاتل مثلا يصفهم بأنهم أذكاء يميلون للمخاطرة ، واقتحام المجهول وفي الوقت ذاته يميلون للانطواء، هم مكثفون ذاتيا، متوترون لا يحبون المخاطرة، لا يحبذون إنشاء العلاقات الاجتماعية وأحيانا مكتئبون، وهو ما لا يتفق مع نتائج دراسة عبد الغفار التي أظهرت نتائج مخالفة إذ تبين أنه المتفوق شخص مرح، حاضر البديهة الاجتماعية، سهل المعاشرة، متكيف، متعاون صريح، يمكن الاعتماد عليه، سعيد بنفسه وحياته، لكنه كما يقول تيرمان أقل نزوعا للمفاخرة والتباهي مقارنة بالعاديين رغم تفوقهم البارز في مجالات كثيرة. (حسن حمود الفلاحي، 2015)

يمكن أن نختصر وصف الخصائص النفسية للمتفوق بأنه **فائق: النشاط أو السكون -التعاطف - الحساسية -التطلب -الفضول -الوحدة - الملل أو الاستمتاع، وهو أيضا متعدد الاهتمامات والنشاطات، حاجته للتعلم والفهم وللاإنجاز المترامن لأنشطة متنوعة ومختلفة في نفس الوقت تغذي شغفه لاكتشاف جديد بينته التي يتحسس مكوناتها وتغيراتها بدقة متناهية بهدف تحليلها، تصنيفها، ترميزها، تجميعها تجريدها ...الخ، وهذا للتأثير في هذه البيئة بشكل ايجابي إن لم نقل مثالي، فهو يتمتع بالإيثار روح العدالة.**

أكد أن الصورة ليست بهذه الجمالية، فالمتفوق يعاني حالة ثابتة من الازدواجية، فعلى سبيل المثال نجده يبدي نضجا مبهرًا في مجالات معينة في حين قد تفصح مجالات أخرى عن حالة غريبة من اللانضج، كما أن الكثافة الانفعالية التي يتميز بها تجعله عرضة للحصر والاكنتاب بكل ما يرافقه من اضطرابات، ولعل أهم أسباب هذه الحالة هو ما يتمتع به المتفوق من نظام حواس جد متطور (حاسة شم قوية، حساسية للمس، سمع وبصر حاديين، حاسة التذوق جد متطورة) تجعله يلتقط المثيرات بشكل دقيق ومتميز إذا ما قورن بأقرانه العاديين. ومع هذا يؤكد باحثين آخرين كفتحي جروان أن احتمالات تعرضهم لاضطرابات ذهانية وعصابية ضعيفة بسبب ما توفره لهم قدراتهم العالية من استقلالية ذاتية، استقرار وجداني وتكيف اجتماعي من مناعة.

مهما كانت النتائج متناقضة، يجب الاتفاق على نقطة مهمة وهي ضرورة توجيه العناية الفائقة لهذه الفئة لأن خصائصها الايجابية أو السلبية تقع على طرفي نقيض من المبالغة، وهو ما يجعل كلاهما على القدر نفسه من التأثير في قدراتهم العقلية وذكائهم وبالتالي أدائهم في الحياة.

ثالثا: -الخصائص الأكاديمية: يصف المعلمين المتفوق بأنه شديد الحساسية لمكونات البيئة المدرسية، يطرح الأسئلة الغريبة، مشكك وممحص في كل المعلومات التي يتلقاها، طريقة تعلمه جد خاصة، هو "كالحمار الوحشي وسط قطيع من الخيول" فإما سيطرد أو يكون قائدا.

بالرغم من المستوى المرتفع للذكاء الذي يتمتع به المتفوقون، إلا أن ذلك لم يكن صمام أمان لهم فلقد رصدت الدراسات عددا هائلا من المشكلات لدى المتمدرسين المتفوقين نذكر منها: العزلة والانطواء بسبب آراءهم وطبيعة استجاباتهم غير الاعتيادية للمعلومات، شعورهم بالإحباط عند الفشل، شعورهم بالملل بسبب المواد الدراسية التي لا تتحدى قدراتهم ولا تشبع طموحاتهم التعليمية، وهو ما من شأنه أن يجعل المتفوقين يفقدون حماسهم للدراسة خاصة إذا كان تحصيلهم أقل من قدراتهم، هذه الأخيرة التي تتحول إلى موضوع مسائلة من

طرف أسرهم ومعلميهم ما يجعلهم في حالة من الضغط الشديد جراء محاولاتهم المستميتة لإبرازها وتجسيدها من خلال النتائج المدرسية.

كما يعاني المتفوقين في فصولهم الدراسية الخوف من الفشل وسوء التكيف المدرسي كنتيجة لتوقعاتهم العالية ومناشدتهم للكمال.

ولقد وصف بيشوفسكي (1997) كما ورد في (سعيدة عطار، 2012) ما يدور في عقول متفوقي المدارس فهو يقول أنهم يعانون من الوحدة، الانعزالية والانطواء لعدم وجود من يشاركهم اهتماماتهم، وقد يكونون في حالة تساؤل مستمر عن هذا الاختلاف وكيف أنهم يختلفون؟ وما سبب عدم الانسجام؟

إن شدة تعقيد العمليات العصبية التي تحدث في أدمغة الأذكى، بالإضافة إلى حالة النضج المبكر لأجهزتهم العصبية، طبيعة الطاقة العصبية المستهلكة وحالة التكافل والتعاون التي تتمتع بها مختلف المناطق العصبية والتي عادة ما لا تلائمها المناهج الدراسية والأساليب التعليمية بالإضافة قصور فهم المعلمين والأسرة للمتفوقين وحاجاتهم، واستخدام محكات غير كافية للكشف عن مظاهر التفوق العقلي وغيرها من المشكلات الانفعالية والسلوكية وعلى رأسها الأساليب التكييفية غير الصحية التي يتم توظيفها للتخفيف من الضغوط التي ترافق التفوق والتي تصل إلى حد تثبيط جزء من ذكائهم من خلال أدائهم المنخفض والانخراط في سلوكيات غير صحية بالرغم من يقينهم بأنها ضارة، وهو ما يشكل أحد البروفيلات التكييفية المضطربة التي ستهدر جزءا كبيرا من طاقتهم وقدراتهم العقلية والذي سيخلف لا محال أثارا ضارة على صحتهم العقلية والجسدية، وهو ما سيتطلب حتما ضرورة توجيه العناية الكافية لمختلف الجوانب الصحية من خلال دعم الوظائف الحيوية الأساسية وفي مقدمتها الوظيفة الغذائية عبر مختلف مراحل الحياة بالأخص مرحلة الشباب التي تتسارع فيها وتيرة النمو. إن اجتماع خصائص التفوق وخصائص مرحلة الشباب (طفولة ومراهقة) لدى المتمدرسين لا شك ستخلق حالة فريدة من نوعها، تطبعها سلوكيات تؤثر بشدة وبصورة حتمية في نموهم المعرفي، أدائهم الأكاديمي، حسن الحال، جودة الحياة وطبعا صحتهم، وهو ما أكدته الدراسات الإكلينيكية منذ أكثر من خمسين سنة من خلال نتائجها التي أشارت إلى أن اضطرابات السلوك الغذائي بكل أنواعها تظهر بشدة في الوضعيات التعليمية الأكثر تنافسية التي تجتذب الأطفال والمراهقين المتفوقين، فقد أكد Dally و Graner (1979) أن 90% من المرضى الذين يترددون للعلاج من القهم والنهم العصبي تراوحت أعمارهم ما بين 11-14 سنة وكانت متوسطات ذكاؤهم تفوق 130 (IQ).

وفي هذا الصدد أشار David. M. Garner (1981) إلى أن المراهقين المتفوقين يطورون اضطرابات السلوك الغذائي في حالتين اثنتين :

أولاً: ظهور اضطرابات في السلوك الغذائي لدى مراهقين يعتقد أنهم متفوقين على أساس أدائهم المدرسي المرتفع، الذي لا يترجم سوى حالة من الجهد الاستثنائي وليس تفوق فكري، هنا يميل هذا النوع من المتمدرسين إلى تطوير

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

مشكلات في علاقتهم بالغذاء عندما يصلون لحالة تباين شديدة بين مستوى الأداء (الجهود المبذولة) والمتطلبات الأكاديمية المتنامية.

ثانياً: ظهور اضطرابات في السلوكيات الغذائية لدى متدرسين متفوقين فعلاً، لديهم من عوامل الخطر (الذاتية والبيئية) ما يتيح الفرصة لإنتاج والحفاظ على أعراض علاقتهم المضطربة بالأكل، فهم بكل بساطة من الفئات الهشة المعرضة لكل أنواع الاضطرابات.

أما بالنسبة للحالة الأخيرة، فيجب أن ندرك أن الأداء الأكاديمي المتميز للمتفوق لا يحميه من تبعات تدني الكفاءة الذاتية وتدني تقدير الذات... الخ التي ينتجها السعي المتواصل للوصول إلى المثالية المنشودة في الانجاز، وبما أن مجال التغذية هو أحد مجالات الحياة التي يسعى فيها المتفوقون للكمال فقد يطوّرون أي اضطراب في السلوك الغذائي خاصة إذا كانت المثالية هي أحد مؤشراتهما كما هو الحال في اضطراب القهم العصبي - على سبيل المثال - الذي يتطور انطلاقاً من البحث عن الوزن و الجسم المثالي، إذ تجدهم يجتهدون ويوجهون طاقتهم بشكل شبه كلي اتجاه أهداف مستحيلة، يقيّمون من خلالها قدرتهم على الانجاز فيصبح التحكم في الوزن مجال آخر - غير المجال الأكاديمي - لتحقيق الكفاءة الذاتية ولتطوير الذات.

كان هذا مثالا عن بعض عوامل الخطر الذاتية، أما عن العوامل البيئية، فيشكل - على سبيل المثال لا الحصر - الضغط الذي يمارسه المعلمون والأولياء بسبب توقعاتهم عن الأداء المرتفع للمتفوقين في مناهج غير مناسبة لهم، فرصة لتطوير اضطرابات في سلوكياتهم الغذائية فقد تجدهم يلجئون للإفراط في تناول الوجبات الدسمة والغنية بالسكريات لخفض حالة القلق والتوتر الناتجة، أو تجدهم يدخلون في حالة قطيعة مع الأكل كنوع من أنواع التمرد على مطالب بيئتهم.

مما لا شك فيه أن أي اضطراب غذائي أو سلوك غذائي غير صحي يمارسه المتفوقون، ستكون له تداعياته الخطيرة على ملكة التفوق لديهم، حسن الحال وعلى صحتهم في كل مستوياتها وبالتالي على جودة حياتهم، التي يعتبر تدعيمها أحد أوجه الرعاية التي يجب أن يحضرا بها المتفوقين، خاصة وأن نتائج الدراسات حول موضوع السلوكيات الغذائية لم تترك مجالاً للشك حول تأثيرها المباشر وغير المباشر على جودة الحياة الصحية (الجسدية)، جودة الحياة النفسية (حسن الحال، تقدير الذات، الرضا عن الحياة، صورة الجسم... الخ) وجودة الحياة الاجتماعية.

وفي إطار غير بعيد عن السابق تدل الدراسات على أن الاضطرابات السريرية المرتبطة بالتغذية من أسباب الموت الرئيسية، وما السمنة، أمراض القلب والأوعية الدموية، اضطرابات الأيض، أمراض العظام، اضطرابات التغذية المعروفة والسرطانات وغيرها من المشكلات الصحية الخطيرة إلا مظاهر لنمط معيشي تجتمع فيه مخاطر الممارسات الغذائية السيئة كالإفراط في الأكل، تجاوز الوجبات، الاعتماد الحصري على أنواع من الأغذية غير الصحية وعدم الموازنة في المغذيات... وغيرها مع عوامل خطر أخرى كالعزوف عن الحركة والاتجاه إلى الخمول، وبهذا يصبح فقدان الحياة كما تمت الإشارة إليه سابقاً نتيجة حتمية لتراجع عوامل الحماية الأساسية التي توفرها العلاقة مع الغذاء والمتعلقة ببناء الجسم والحفاظ عليه أطول مدة ممكنة.

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

مما سبق يمكن القول أن أسوء ما قد يهدد جودة الحياة الجسدية هو أن يتضرر هذا الجسد بالمرض والعجز بسبب الممارسات الغذائية غير الصحية، وهو أمر يكاد يكون بديهي لشدة تكراره من خلال نتائج الدراسات التي تؤكد على انخفاض جودة الحياة البدنية لدى فئة العينات التي تعاني الأمراض المرتبطة بالتغذية كما يطال هذا التهديد جودة الحياة النفسية و الاجتماعية.

لقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات الارتباط بين نمط التغذية عالي الجودة وانخفاض معدل الإصابة بالأمراض المزمنة بصورة خاصة. وبهذا يعتبر قياس مختلف مستويات ومجالات جودة الحياة من المؤشرات الدقيقة المنبئة بالحالة الصحية ومتوسط الحياة خاصة لدى الفئة الشابة، هذه الأخيرة التي تدرك جودة الحياة على أنها مدى شعورهم بأن حياتهم مريحة، مرضية، سعيدة، سهلة، وتتمتع بمستوى جيد من الرفاهية، وهو ما أشار إليه Inigo Galilea وزملاؤه (2018) من خلال التطرق لأهداف مشروع "Healthy people 2020" للولايات المتحدة الأمريكية (يمكن مراجعة الرابط التالي للاطلاع على المشروع: www.healthypeople.gov) والذي اعتبر جودة الحياة المرتبطة بالصحة كمفهوم متعدد الأبعاد يتضمن المجالات المتعلقة بالأداء البدني، النفسي (المعرفي والانفعالي) والاجتماعي من التدابير المباشرة لتنمية صحة السكان، تحسين العمر المتوقع وتقليص أسباب الوفيات وهذا من خلال جمع المعطيات اللازمة والتي يعتبر مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة HRQL 36 أحد أهم الأدوات المستخدمة، التي يمكن تحديدها جزئياً عن طريق تجديد الأنماط والعادات الغذائية (طبيعة الأطعمة المختارة، مواقيت الأكل، مدى تطبيق القواعد الصحية في التغذية... الخ) لكل فئات المجتمع لأنها توفر صورة واقعية عن طرق استهلاك الغذاء وفرصة للوقوف على تأثيراته على الصحة وجودة الحياة.

في هذا السياق تشير نتائج العديد من الدراسات الى ارتباط الشعور بالرفاهية الاجتماعية والنفسية وحسن الحال وجودة الحياة ب: ماذا، كيف ومتى نأكل، ففي دراسة لـ Oneil وزملاؤه على عينة قوامها 7675 فرد (2007-2008) وجد أن الأفراد ممن يتبعون نظاما غنيا بالحبوب المكررة منزوعة النخالة، اللحوم المصنعة، الأغذية السريعة، المشروبات الغازية والمحلاة، المقلبات والأغذية الغنية بالدهون، يضعف لديهم الاحساس بالرفاه وجودة الحياة على المدى الطويل، إلا أن IDEFICS

(Identification and Prevention of Dietary and life style –induced health effects in children and infants study)

نشرت حديثا أن هذه المدة قد تصل الى 16 شهرا فقط كما أشار اليه Louis Gabriel (2017) وهو مدى قصير جدا.

كما أكدت دراسة GangChen وزملاؤها (2014) والتي تم إجراؤها على 3353 ممتدرس (2588 ابتدائي، 765 ثانوي) للتعرف على أكثر العوامل المؤثرة في جودة الحياة لدى هذه الفئة من بين: السلوكات

الغذائية، مؤشر كتلة الجسم، النوم، السلوك الحضري (ضعيف النشاط البدني)، على أن السلوك الغذائي ثم النوم كانا الأكثر ارتباطا بجودة الحياة لدى هذه الفئة.

وفي دراسة أخرى لـ (Jieun Kim 2016) وزملاؤه، اهتمت بقياس أثر بعض المتغيرات النفسية، أساليب المواجهة والسلوكيات الغذائية على جودة النظام الغذائي وجودة الحياة لدى 144 شابة كورية، وأسفرت على الارتباط القوي والتفاعل الذي ظهر بين البعض المتغيرات النفسية، الوزن والسلوكيات الغذائية يؤثر بقوة على جودة النظام الغذائي المختار وجودة الحياة لدى العينة.

كما جاءت نتائج دراسة تركية، تم إجراؤها على 640 تلميذ يزاولون الدراسة بالثانويات الحكومية بتركيا وتتراوح أعمارهم بين 15 و18 سنة، مؤكدة على العلاقة الطردية القوية بين السلوكيات الغذائية الممارسة من طرف العينة وجودة حياتهم من جهة بالإضافة إلى القدرة التنبئية لمستوى جودة الحياة لدى العينة على نوع السلوكيات الغذائية التي سيمارسونها (Hatice .K, 2017).

وفي دراسة وصفية مستعرضة هدفت لتقييم جودة الحياة والسلوكيات الغذائية لطلبة التمريض في تسع جامعات حكومية إسبانية سنة 2017 والتي تم اجرائها على عينة من 399 طالب متوسطات أعمارهم 22 سنة، حيث استعملت النسخة المختصرة من مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HQRL-36) ومقياس السلوكيات الغذائية (EAT-26) وأسفرت النتائج على متوسط جودة حياة أعلى من 60 نقطة على مقياس جودة الحياة، كما ارتبط العمر، مداخل الأسرة ومدة الدراسة بعلاقة طردية موجبة ودالة مع أداء الطلبة على مقياس السلوكيات الغذائية (EAT-26) (P: 0.004، 0.0343، 0.001) على التوالي وجاءت نتائج الانحدار الخطي بين مجالات جودة الحياة (البدنية، النفسية والاجتماعية) والجنس، السن، الدخل الشهري ونتائج مقياس السلوكيات الغذائية دالة بين المجال البدني والدخل الشهري (P: 0.001، β : 0.13)، المجال البدني و السلوكيات الغذائية (P: 0.03، β : -0.16)، بالنسبة للمجال النفسي فقد ارتبط عكسيا مع السلوكيات الغذائية (P: 0.002، β : -0.16)، أما المجال الاجتماعي فقد ارتبط طرديا مع المدخول الشهري وعكسيا مع السلوكيات الغذائية (P: 0.03، β : 0.1) و (P: 0.03، β : -0.15) على التوالي. Daniela Galdino Costa(2017) وزملاؤها.

وفي دراسة لـ Shin,Woo-Kyoung وزملاؤه (2017) التي هدفت للكشف على تأثير الوجبات الغذائية العائلية على السلوكيات الغذائية، التحصيل الأكاديمي، وجودة الحياة لدى عينة قوامها 302 من تلاميذ المتوسطات بمدينة سيول الكورية ولهذا الغرض تم سؤال المشاركين عن طبيعة الوجبات العائلية (قواعدها، تواترها والوعي بأهميتها)، والسلوك الغذائي والنتائج الدراسية وجودة الحياة بواسطة استبيان معد من طرف الباحثين وجاءت النتائج كما يلي: وجود فروق جوهرية بين احترام قواعد الوجبات الغذائية ودرجة الوعي بأهميتها وطبيعة الأسرة (p<0.05)، كذلك وجود فروق جوهرية بين تواتر الوجبات الغذائية وكل من درجة الوعي

بأهميتها ومستوى السلوكيات الغذائية والتحصيل الدراسي وجودة الحياة على التوالي ($F= 58.72^{***}$, 21.37^{***} , 58.87^{***} , $P=0.000$)

كما أسفرت نتائج تحليل الانحدار البسيط أن التلاميذ ممن تمتعوا بوتيرة مرتفعة لتناول الوجبات العائلية وسلوكيات غذائية ايجابية، كان تحصيلهم الدراسي ومستويات جودة الحياة لديهم مرتفعة ($F\text{-Value}=14.837$, 0.757 , $p=0.000$, $Adgusted R^2 : 0.203$, 181.43).

لقد انبثق عن دراسة العلاقة بين السلوكيات الغذائية الممارسة وجودة الحياة مفهوم حديث هو جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وهو يشكل جزءا محوريا من جودة الحياة المرتبطة بالصحة من جهة وأحد مؤشرات السلوكيات ذات العلاقة بالصحة من جهة أخرى.

ومع هذا ترى الباحثة "في حدود ما اطلعت عليه أن الدراسات قليلة في هذا الاتجاه لسببين: أولهما التغطية الضمنية لجودة الحياة المرتبط بالتغذية في دراسات جودة الحياة المرتبطة بالصحة وفي الإطار الإكلينيكي البحث هو ما يظهر جليا من خلال الدراسات الاستقصائية التي تقوم بها الدول لرصد مستوى جودة الحياة لمجتمعاتها، إذ نجد محور التغذية من المؤشرات الرئيسية لتقييم جودة الحياة (مثال دراسة CNR الفرنسية والكندية لتقييم جودة الحياة) وثانيهما عدم تطوير الأدوات الملائمة (مقاييس) لدراسة الموضوع بدقة. ولقد دعمت Cristina Ruaro Rodriguez (2015) هذا الطرح من خلال بحثها عن الدراسات في هذا الاتجاه والذي أسفر عن وجود دراستين فقط لغاية سنة 2015 تعنى بتطوير المقاييس المناسبة لقياس جودة الحياة المرتبطة بالتغذية و ما يصاحبها من سلوكيات وهما:

دراسة Guyonnet وزملاؤه (2008)، حيث تم تطوير مقياس FBA المكون من واحد وأربعين بند يقيس أثر النظام الغذائي اليومي على المجالات الثمانية لجودة الحياة كما يدركها الأفراد ويضم المحاور التالية: راحة الجهاز الهضمي، الوقاية من الأمراض، حسن الحال، الجانب الجمالي، المظهر الجسدي، تناول الوجبات الخفيفة، الاستمتاع ولقد تميز المقياس بخصائص سيكومترية جيدة.

ودراسة Schünemann وزملاؤه (2010)، حيث تم تطوير مقياس من تسعة وعشرون بند يقيس خمس مجالات لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية وهي أسلوب الحياة الصحية، الأعراض، الإحساسات، الوظيفية الاجتماعية، التدنوق ولقد تم التحقق من خصائصه السيكومترية على عينات ممثلة من المجتمع الإيطالي. تعتقد الباحثة أن البحث في جودة الحياة المرتبطة بالتغذية يتطلب عملا مزدوجا يجمع بين البحث في السلوكيات الغذائية السائدة لدى مختلف الفئات -بحكم أن خصوصية كل فئة عامل مهم في تحديد الممارسات الغذائية - من جهة ثم تحديد تلك التي تتحقق من خلالها الوظائف البيولوجية، النفسية والاجتماعية لعملية التغذية من جهة أخرى.

إلا أن Martine Stead وزملاؤها (2011) يعتقدون أن البحوث التي اهتمت بالسلوكيات الغذائية الصحية لدى فئة الشباب ركزت على تحديد العوائق التي تحد من اتجاه هذه الفئة نحو هذه الممارسات وعلى

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

تطوير التدخلات المناسبة لتجاوزها وفي هذا تقصير في الاهتمام بالجوانب الانفعالية، الاجتماعية والرمزية لعملية التغذية التي يقوم بها الشباب، وهو ما تتبناه الباحثة من خلال ما اطلعت عليه من أبحاث ودراسات في هذا الموضوع.

إذا كانت الوضعية السابقة تشف عن حالة قصور في الاهتمام بفئة الشباب في موضوع يتقاطع فيه مجال الغذاء، الصحة وجودة الحياة، فكيف سيكون الحال إذا تعلق الأمر بفئة الشباب المتفوقين الذين لا يختلف اثنان حول حساسية مطالبهم التي تفرزها حالة التفوق في حد ذاتها بكل ما يصاحبها من خصائص شديدة التعقيد، كما هو الحال بالنسبة للحالة الجسمية والصحية والمتطلبات الغذائية.

كما أن جهل القائمين على المتفوقين من أولياء، أخصائيين تربويين، نفسانيين، أطباء وأصحاب صناعة القرار:

✓ لطبيعة الذكاء كمؤشر للتفوق وارتباطه بنوعية التغذية منذ المراحل الأولى للحياة.

✓ لطبيعة السلوكات الغذائية الممارسة من طرف هذه الفئة.

✓ لمفهوم جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وقبله طبيعة الوظيفة الغذائية.

✓ لاتجاهات هذه الفئة نحو السلوكات الغذائية الصحية.

✓ للعراقيل التي قد تحول بينهم وبين ممارسة السلوكات الغذائية الصحية. وغيرها من المحاور المرتبطة بجودة حياتهم في ضوء ما يمارسونه من سلوكات غذائية صحية، من شأنه أن يحد من أي محاولة جادة لتفادي أي هدر لطاقتهم العقلية الذي قد تسببه أسط السلوكات الغذائية التي قد لا ينتبه أو يهتم بها أحد.

ولهذا وبناء على ما سبق سنحاول أن نجيب من خلال هذه الدراسة على الأسئلة التالية:

1- ما هو مستوى السلوكات الغذائية الصحية الممارسة لدى عينة المتفوقين وطبيعة توزيعها؟

2- هل تؤثر بعض المتغيرات مجتمعة في ممارسة السلوكات الغذائية الصحية وهي متغيرات ديمغرافية (السن، الجنس، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للوالدين)، متغيرات ذات صلة بالوزن (الرضا عن الجسم ومؤشر كتلة الجسم) ومتغيرات ذات صلة بالحصول على الدعم (الاستفادة من برامج التنقيف الصحي، الاهتمام الوالدي بالتغذية الصحية) وأخرى ذات صلة بالصحة (طبيعة الرضاعة والحالة الصحية)؟

3- ما هو مستوى جودة الحياة المرتبطة بالتغذية لدى العينة بأبعادها البيولوجية، النفسية والاجتماعية؟

4- هل تؤثر الحالة الصحية، ممارسة الرياضة، مؤشر كتلة الجسم والمصروف اليومي على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بأبعادها؟

5- هل تؤثر السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية؟

هذه التساؤلات ستسمح على التوالي بالتعرف على مستوى ممارسة السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة في السياق الاجتماعي الذي تحدث فيه و كذلك ستسهم في التعرف على مستوى جودة الحياة المرتبط بالتغذية مع التأكد من وجود أو عدم وجود فروق بين متغيرات الدراسة (جودة الحياة المرتبطة بالتغذية والسلوكيات الغذائية الصحية) تعزى للمتغيرات الشخصية أو الديمغرافية، بعدها سيتم التحري عن مدى وجود علاقة بين ما يمارسه المتفوقين من سلوكيات غذائية صحية و مستويات جودة الحياة المرتبطة بالتغذية المختلفة والموافقة لوظائف عملية التغذية.

وفي سبيل هذا استخدم المنهج الوصفي الارتباطي، وتم الاعتماد على الأساليب الإحصائية المناسبة للتحقق من الفرضيات التالية المنبثقة عن تساؤلات الدراسة:

ف1- نتوقع أن يكون مستوى السلوكيات الغذائية الصحية مرتفعا لدى عينة المتفوقين.

ف2- نتوقع أن تتبع درجات السلوكيات الغذائي الصحي توزيعا اعتداليا.

ف3- لا توجد فروق معنوية تعزى لكل من متغير الجنس، العمر، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للوالدين في درجات متوسط السلوك الغذائي الصحي.

ف4- يؤثر الرضا عن الجسم ومؤشر الكتلة في ممارسة السلوك الغذائي الصحي.

ف5- يؤثر كل من اهتمام الأولياء والاستفادة من برامج التثقيف الغذائي في ممارسة السلوك الغذائي الصحي.

ف6- نتوقع أن تتمتع عينة المتفوقين بمستويات مرتفعة من جودة الحياة المرتبطة بالتغذية في كل أبعادها.

ف7- المتغيرات الديمغرافية (الفئة العمرية، الجنس، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للأولياء) لا تحدث فرقا في متوسط درجة جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بكل أبعادها لدى العينة

ف8- يوجد أثر دال لكل من الحالة الصحية، مؤشر كتلة الجسم، المصروف اليومي والنشاط البدني على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.

ف9- يوجد أثر دال للسلوكيات الغذائية الصحية على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية لدى العينة

إن عملية البحث من خلال التحقق من الفرضيات السابقة هو نتيجة لانتباه الباحثة لأهمية:

✓ تسليط الضوء على الجانب الصحي من السلوكيات الغذائية التي طالما تناولتها الأبحاث من زاويتها المرضية أو المضرة بالصحة من جهة مع ضرورة احترام خصائص البيئة التي تحدث فيها من جهة أخرى.

✓ تدارك التناول الكلاسيكي لجودة الحياة التي عادة ما نربطها مع موضوع المتغيرات المستقلة كجودة الحياة المرتبطة بالصحة أو جودة الحياة المدرسية... الخ أو نربطها مع طبيعة الفئات التي تنتمي إليها عينات الدراسة كما هو الحال في جودة حياة المرضى أو جودة حياة الأطفال والمراهقين أو المسنين

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

... وغيرها وكان ذلك من خلال التطرق إلى مفهوم حديث لجودة الحياة تناولته الدراسات السابقة بشكل محتشم من خلال ما اطلعت عليه الباحثة.

✓ جمع دراسة المتغيرات السابقة لدى فئة المتفوقين، نظرا للحاجة الماسة للتعرف الدقيق على كل خصائص هذه الفئة، أضف إلى ذلك الأهمية الناتجة عن مخرجات عملية البحث عن الدراسات السابقة التي تضمنت نفس متغيرات البحث الحالي ونفس العينة، والتي أسفرت عن عدم وجود دراسات مطابقة في حدود ما توصلت إليه الباحثة -

✓ عينة الدراسة التي تتقاطع فيها الخصائص النمائية الانتقالية للفئة الشابة وخصائص التفوق العقلي المستدل عليه من خلال ارتفاع مستوى التحصيل الدراسي.

وفي سبيل توظيف عملي للأهمية المذكورة سعت الباحثة لتحقيق جملة من الأهداف وهي:

✓ تحديد الفئة المستهدفة من خلال توظيف المعايير المتوفرة في البيئة التي يجري فيها البحث.

✓ تسليط الضوء على الخلفية النظرية للسلوكات الغذائية الصحية.

✓ رصد السلوكات الغذائية الصحية لدى الفئة الشابة لبناء استبيان مناسب وهذا لتفادي استخدام مقاييس أجنبية لا تتلاءم مع طبيعة مجتمع الدراسة.

✓ بناء استبيان لرصد جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.

✓ توظيف كل الأساليب الإحصائية المناسبة للتعرف على طبيعة السلوكات الغذائية الصحية الممارسة من طرف المتفوقين ومن ثم تحديد مدى تأثيرها على جودة حياتهم المرتبطة بالتغذية.

✓ توفر نتائج الدراسة أدوات قابلة للتطوير لاحقا، لكنها تسهم إلى حد معقول في جمع المعطيات اللازمة لبناء برامج التوعية الغذائية الصحية التي يمكن توجيهها لفئة المتدرسين من متفوقين وعاديين.

✓ وفي سبيل تحقيق ما سبق ذكره من أهداف تمت إجراءات الدراسة ضمن الحدود الآتية:

1- حدود الدراسة :

1-1 الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في اقامتين جامعتين (حملة 3 و حملة 4) وأما مكان جمع عينة الدراسة الأساسية فقد كان على مستوى ثانوية: الإخوة العمراني، محمد العيد آل خليفة، العربي التبسي، حملة 1 المتواجدة بمدينة باتنة.

1-2 الحدود الزمانية: استغرقت الدراسة الفترة الممتدة من نوفمبر 2016 إلى جانفي 2020، تم فيها جمع الجانب النظري وجمع البيانات من عينات مختلفة للقيام بالدراسة الاستطلاعية التي هدفت لبناء أدوات الدراسة والتحقق من خصائصها السيكمترية ثم القيام بإجراءات الدراسة الأساسية.

1-3 الحدود البشرية: تم الاعتماد على أربع عينات، ثلاث منها للدراسة الاستطلاعية وواحدة للدراسة الأساسية تضمنت:

- أساتذة بثانويات حملة 1 وحملة 3.
- طلبة من جامعة باتنة 1 مقيمين على مستوى اقامتين جامعتين بالقطب الحضري حملة 1 (الإقامة الجامعية حملة 3 والإقامة الجامعية حملة 4).

-تلاميذ ثانويات: العربي تبسي، الإخوة العمراني، محمد العيد آل خليفة، حملة 01
أما بالنسبة للمجتمع الأصلي فقد كان عدد المتفوقين -حسب إحصائيات 2019 التي تم الحصول عليها من مركز التوجيه والإرشاد التابع لمديرية التربية بولاية باتنة -
كان هذا فيما يتعلق بحدود الدراسة، أما بالنسبة لمتغيرات الدراسة فقد تم تحديدها إجرائيا كما يلي:

2-التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

2-1 التحديد الإجرائي للسلوك الغذائي الصحي:

السلوك الغذائي الصحي هو جملة الممارسات المفيدة للصحة والتي تركز حول العناية بالنظافة وحسن اختيار الأغذية الصحية بالإضافة إلى احترام مواقيت الأكل وكميته، كما تشير إلى غياب أي من مؤشرات اضطرابات الأكل النموذجية الشائعة كالامتناع عن تناول الأكل لفترات طويلة جدا كما هو الحال في حالة القهم العصبي أو تناول كميات كبيرة جدا من الطعام وما يليها من حالة كدر وندم أو حالة الاهتمام المبالغ فيه بالغذاء الصحي.

كما يضم هذا المفهوم غياب أو على الأقل انخفاض مؤشرات بعض اضطرابات الأكل غير النموذجية كالأكل بين الوجبات أو الإفراط في تناول الوجبات السريعة أو الأكل في ساعات الليل المتأخرة. ويعبر عنه على مستوى هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على سلم تقدير السلوكات الغذائية الصحية.

2-2 التحديد الإجرائي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية:

يقصد بجودة الحياة المرتبطة بالتغذية جملة المؤشرات الموضوعية والذاتية المعبرة عن مدى تحقيق عملية التغذية لوظائفها:

البيولوجية: من خلال مؤشرات موضوعية تحدد مدى الإصابة بالمرض وطبيعة عملية الهضم وذاتية من خلال مدى الشعور بحسن الحال الجسدي.

النفسية: هي الأخرى من خلال مؤشرات معرفية تعبر عن مدى إدراك الفرد لأهمية عملية التغذية بالنسبة للصحة (مؤشرات ذاتية) ومدى توفر الإمكانيات المادية المناسبة الموفرة للتغذية الصحية (مؤشرات موضوعية) وأخرى انفعالية تمثل حسن الحال النفسي المرتبطة بالتغذية ومدى الارتياح النفسي الذي يتولد عن علاقة الفرد بالغذاء.

الفصل الأول: إشكالية الدراسة

الاجتماعية والرمزية: تم التعبير عنها من خلال مدى تحقيق عملية التغذية لرمزيتها من خلال المعايير الدينية والإنسانية المرتبطة بها وكذلك من خلال مدى تأثير عملية التغذية في طبيعة العلاقات الاجتماعية في الأنساق المهمة لدى الفرد كالأسرة.

ويعبر عنه على مستوى هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.

2-3 التحديد الإجرائي للمتفوقين: نقصد بالمتفوقين على مستوى هذه الدراسة كل تلميذ ذو مستوى ثانوي متمدرس خلال السنة الدراسية 2019-2020 رشحه أستاذين على الأقل أو تحصل على معدل أكبر أو يساوي 20/16 خلال امتحانات الفصل الأول للسنة الدراسية الجارية.

2-4 مؤشر كتلة الجسم: ويرمز له بـ(BMI) وهو حاصل الوزن (كغ) على مربع الطول (م) ويصنف هذا المؤشر الأفراد إلى نحيفين: ($BMI < 18.5$)، طبيعي الوزن ($18.5 \leq BMI < 25$)، زائدي الوزن ($BMI < 30$) وبدناء ($BMI > 30$) ($25 \leq$)

3-المختصرات المستخدمة في الدراسة: على مستوى الدراسة الحالية تم استخدام الاختصارات التالية:

- س غ ص: السلوكيات الغذائية الصحية.
- ج ح غ: جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.
- BMI: مؤشر كتلة الجسم.
- eat_i: ترميز السلوك الغذائي في برنامج SPSS
- م: المتوسط.
- ع: الانحراف المعياري.
- %: النسبة المئوية.

الفصل الثاني

السلوك الغذائي

- 1-الصحة
- 2-السلوك الغذائي
- 3-محددات السلوك الغذائي
- 4-التفسيرات المختلفة للسلوك الغذائي
- 5-أنماط السلوكيات الغذائية
- 6-السلوك الغذائي الصحي
- 7-محددات السلوك الغذائي الصحي
- 8-اضطرابات السلوك الغذائي
- 9-السلوك الغذائي والتعلم
- 10-كيف يختار المراهقين غذائهم
- 11-تغذية الأطفال والمراهقين المتمدرسين

تمهيد

تعد الصحة مطلباً أساسياً وهدفاً يسعى الأفراد والجماعات إلى تحقيقه، من خلال توظيف أحدث التقنيات الطبية وإن كانت لا تشكل ضماناً للوقاية من الأمراض الخطيرة (كالسرطانات المختلفة وأمراض القلب) التي تحولت خصائصها من المعدية إلى المزمنة وهوما جعل من مواجهتها تحدياً كبيراً يستدعي مواجهة أسبابها المتمثلة بالأخص في السلوكيات الصحية الممارسة خلال مختلف مراحل الحياة، والتي أظهرت معظم الدراسات والأبحاث أن ما يتبع منها في المراحل المبكرة من الحياة تقدم مؤشراً قوياً للتنبؤ بالأمراض التي يمكن أن يصاب بها الأفراد بعد سن الخامسة والأربعين، مما سبق فإن دراسة السلوكيات الصحية للمراحل المبكرة من الحياة (طفولة ومراهقة) وفي مقدمتها تلك المرتبطة بالوظيفة الغذائية بالضرورة بمكان للحفاظ على الصحة وتتميتها في الأجل القريبة والبعيدة، خاصة وأن المبررات والدوافع قوية نظراً لارتباط سلوكيات غذائية غير صحية بأمراض خطيرة تزيد من أعباء المراحل الانتقالية سواء من الطفولة إلى المراهقة أو من هذه الأخيرة إلى مرحلة الرشد وتحد من إمكانيات التكيف والشعور بحسن الحال النفسي، الجسدي والاجتماعي.

1-الصحة:

1.1. مفهوم الصحة: ورد في التقرير السنوي لجمعية كليات الطب بكندا أن النموذج البيوطبي طغى كاتجاه لتعريف الصحة منذ عهد لويس باستور، حيث اهتم هذا النموذج بالتعرف على المرض وعلاجه فحسب، فكانت الصحة مرادف للحالة العادية التشريحية والوظيفية لأعضاء الجسم. (The association of faculties of) (médecine of Canada, 1822)

إلا أنه ومنذ سنة 1948 أعلنت منظمة الصحة العالمية أن الصحة ليست مجرد حالة الخلو من الأمراض بل هي حالة من حسن الحال الجسمي، النفسي، الاجتماعي والثقافي مؤكدة على أن الاستمتاع بالصحة حق لكل البشر دون استثناء عرقي، ديني، جنسي أو سياسي أو اقتصادي. (Jones and Barlett ,sans date).12). ويبقى هذا التعريف مثاليا على الرغم مما يوجه إليه من النقد بسبب صعوبة قياس المعافاة أو الصحة (Biglhoool, Bonita, 1997,25)، ولهذا توجهت الدراسات النظرية لتحديد العوامل المؤثرة في الصحة كطريقة لتجاوز الانتقادات المحتملة .

2.1. بعض المفاهيم المرتبطة بالصحة: يتم تداول جملة من المفاهيم في مجال الصحة كالعادة الصحية التي يعرفها كوهين وبرونال (1990) بالسلوك الصحي الراسخ الذي يؤدي بشكل أوتوماتيكي لا يستدعي تدخل الشعور وغالبا ما تتطور العادات في مرحلة الطفولة وتثبت ما بين سن 11 و12 سنة، وتصبح مستقلة عن عوامل التعزيز (كالتقبل الوالدي) كلما تقدم الفرد في العمر، إذا هو كل ما يؤديه الفرد بلا تفكير أو شعور نتيجة كثرة تكراره. (سامر عبد الستار، 7، 2012)، ومع هذا قد يتأثر هذا التعود ويطله بعض من التغيير إذا ما تعرض لشيء من الثقافة الصحية والتي يقصد بها تقديم المعلومات والحقائق الصحية السليمة التي ترتبط بالصحة والمرض في المجتمع. ويعرفها وايدمان 1982 كل الظواهر المرتبطة بالحفاظ على الصحة وعلاج مشاكل اعتلالها والتي يتأقلم معها الناس من خلال ما يحصلون عليه من استشارات توفرها الشريحة الاجتماعية التي ينتمون إليها(كالأسرة مثلا) والمؤسسات الاجتماعية التي يستخدمونها (عزت وفاروق، 197، 2005)، ومنه يكون التنقيف الصحي عملية إعلامية اتصالية هدفها حث الأفراد على تبني نمط حياة وسلوكات صحية سليمة، بالإضافة إلى مساعدة الناس على تحسين سلوكهم لحفظ صحتهم وتعزيزها وتجنب وتفادي الأمراض قدر الإمكان من خلال بناء معتقدات واتجاهات سليمة مرتبطة بالصحة. (سامر رضوان، 8، 2012).

من خلال الاطلاع على عدد لا بأس به من دلائل التنقيف الصحي لمختلف الدول (الأردن، قطر، لبنان، الإمارات العربية المتحدة، سلطنة عمان، كندا، الولايات المتحدة الأمريكية، فرنسا) نجد أن جميعها تتفق على نفس المفهوم للتنقيف والثقافة الصحية هذا من جهة وتتشترك في هدف رئيسي من هذه العملية المستمرة والتراكمية ألا وهي خلق مستوى عال من الوعي الصحي لدى الأفراد، وبهذا سنتراوح سلوكياتهم الصحية بين

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

الثقافة والوعي، فإذا كانت جملة المعلومات والمعارف المكتسبة المرتبطة بالصحة لدى الأفراد هي ما يصطلح عليه بالثقافة الصحية (عبد الناصر وكاشف، 2012)، فتجاوز مستوى الإلمام بها والانتقال إلى الإحساس بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم من خلال ترجمة تلك المعارف إلى ممارسة فعلية عن قصد نتيجة الفهم والافتناع وتحويلها إلى عادات تمارس طوعيا دون تفكير هي عين الوعي الصحي (Health Awareness) (أحمد بدح وآخرون، 2009، 12).

إن تلازم مستوى جيد من الثقافة والوعي الصحي ليس بالضرورة الحتمية، فالواقع المعاش يعرض نماذج كثيرة لأفراد يتمتعون بثقافة صحية عالية ومع هذا لا تترجم سلوكياتهم السلبية المضرّة بالصحة معارفهم حولها، فالكثير من الشباب خاصة المتعلم على قدر عال ودقيق من المعرفة بمضار سلوك التدخين ومع هذا لم يرتقى إلى درجة الوعي بخطورة التدخين ما دام لم يترجم معلوماته حول التدخين بفعل وواقع الامتناع عنه، كما أن الممارسة الواعية للسلوك الصحي، تقع ضمن قائمة من الخيارات المتاحة المرتبطة باليات معقدة تخضع لمزيج مركب من الأحاسيس، الانفعالات، المثيرات والخبرات التي تترجم إلى سلوكيات مرتبطة بالصحة يتم إنتاجها في منظومة سائدة من المعتقدات، القيم، العادات والتقاليد والتفاهم المشترك لمجموعة محددة من الناس وهي ما يصطلح عليه بالثقافة، فالثقافة التي ينتمي إليها الأفراد هي التي تحدد معتقداتهم الصحية ومفهومهم للصحة والمرض والممارسات التي ينتجونها للمحافظة على صحتهم وعلاج أمراضهم (عزت وفاروق، 2005) وفي نفس السياق أكد كليمان 1980 في حصيلة للدراسات التي أجراها على ثقافات مختلفة، أن الأفراد في المجتمعات يصيغون نماذج تفسيرية مختلفة Explanatory Model لمرضهم، والتي يجزم أنها تعكس بشكل واضح ثقافتهم فيما يتعلق بالمرض والصحة أو بعبارة أخرى ثقافتهم الصحية، هذه الأخيرة تحتوي على بعدين أحدهما معرفي يشمل المعتقدات، القيم، المعارف والاتجاهات والآخر اجتماعي يشمل أدوار وسلوكيات الفرد المرتبطة بالصحة كعضو في الجماعة. (عزت وفاروق، 2005)، فثقافة المجتمعات الإسلامية تعزز السلوكيات الصحية المتعلقة بالنظافة بدليل تصدر باب الطهارة كل كتب الفقه، فيتحول المعتقد السائد بكون النظافة من الإيمان لدى الشعوب المسلمة إلى سلوكيات تشكل عوامل حماية ووقاية للصحة من الأمراض التي يسببها سوء النظافة، ومن أمثلة ذلك عدم انتشار مرض فورنيي (Fournier) الذي يصيب الأعضاء التناسلية والإخراجية خاصة لدى الرجال المصابين بداء السكري بسبب الحرص على الاستنجاء، في الوقت ذاته نجد أن انتشار بعض القيم المغلوطة المتعلقة بالتواكل لا التوكل على الله لدى هذه الشعوب قد تشكل تهديدا خطيرا على صحتهم عندما لا يلجئون لطلب المساعدة الطبية في حال ظهور بعض الأعراض المرضية متحججين بعبارة ك: لن أعيش أكثر مما هو مكتوب لي أن أعيشه أو ما المرض إلا ابتلاء للمؤمن متجاهلين قيم أخرى تحت على حمد الله على نعمة الصحة بالحفاظ عليها والتداوي في حال المرض.

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

3.1. محددات الصحة: تتفق معظم مراجع علم نفس الصحة على جملة من المحددات، يتقدمها نمط أو أسلوب الحياة الذي يعبر عن جملة السلوكيات التي تصبغ حياة الفرد وتحدد ملامحها، فدوره بالنسبة للصحة يقع على طرفي نقيض، لأنه يساهم في نشأة المرض، تسريع ظهوره وسوء ماله، وعلى العكس من ذلك هو ذو دور وقائي وإنمائي للصحة. إن ما يفسر هذا التناقض هو طبيعة العوامل السلوكية المشكلة لنمط الحياة فمنها سلوكيات الخطر المعروفة (كالتدخين، استخدام العقاقير المحظورة، عادات التغذية السيئة، نقص الممارسة الكافية للرياضة، القيادة الخطرة...الخ) وما يقابلها من سلوكيات معززة للصحة.

إن اجتماع وتآلف الكثير من العوامل الخطر في إطار نمط الحياة تزيد من احتمالات الوقوع في المرض وتعزز الدراسات هذا الفرض إذ يشير Thohneston و Steptoe (1989) كما ورد في (ليندزي ويول، 2000، 597) على سبيل المثال إلى ارتفاع إصابة السيدات ذوات النظام الغذائي الغني بالدهون بسرطان الثدي خاصة إذا توفرت عوامل الاستعداد الوراثية، وتدعم دراسة "سبينك وآخرون" 2006 spink et al الفكرة التي مفادها أن أسلوب الحياة الصحي يزود الفرد بالقدرة والكفاية البدنية للاستجابة السريعة في مواجهة الأمراض والضغوط البدنية، حيث يشير إلى وجود علاقة بين أسلوب الحياة الصحي والشعور بالسعادة في البيت والعمل، وكذلك العلاقة الايجابية بين أسلوب الحياة الصحي وبين جودة الحياة. ويشير العالم Gochman (1997) إلى أن أسلوب الحياة الصحي هو الطريقة التي يتبعها الفرد أو الجماعة في الحفاظ على صحتهم والوقاية من الأمراض، وتحسين نوعية حياتهم، وتشمل الطريقة التي يتبعها الفرد في الحفاظ على صحته، وخصائصه النفسية والعقلية (أي معتقداته عن صحته) ودوافعه، وقيمه الصحية وتوجهاته وحالاته الانفعالية حول العادات السلوكية التي يتبعها (فالق وعدوان، 2017، 3)، كما تؤثر الشخصية باعتبارها ذلك التنظيم الثابت نسبياً المكون من جملة الخصائص، الأبعاد والسمات المعرفية، الانفعالية والسلوكية المتوقعة على متصل مستمر يبدأ من السواء المرتبط بالصحة ويصل إلى الاضطراب والمرض، في الصحة، ومنه يمكن الجزم بأن سمات الشخصية هي عوامل مؤثرة بقوة في الصحة والمرض وهوما تؤكد مخرجات الدراسات العلمية (خاصة الطولية التتبعية) من ارتباط توفر بعض السمات والخصائص بظهور بعض الأمراض والأعراض المرضية والتي نذكر منها: العصابية، الحبسة التعبيرية، العدائية، الحصر والانفعالات السلبية.

يشير (Serg.S,2012,134-141) إلى أن بعد العصابية الذي يميز الشخصية غير الثابتة انفعاليا (كما يصفها أيزنك) التي تميل لإظهار الانفعالات السلبية كالهيجان، العصبية، المزاج المكتئب والقلق في التعامل مع المواقف تشكل عامل استعداد للإصابة بالمرض كما يرى فريدمان 1990 (فاطمة الزهراء، 2015، 34)، إلا أن Stone و Costa 1992 أكدوا على أنها أي العصابية تساهم في تقاوم الأعراض المرضية والشكاوى الجسدية أكثر من ظهور الأمراض، إلا أنه وفي كل الأحوال لا يجب الاعتقاد بأن غياب الاستجابات الانفعالية المبالغ فيها كما هو الحال لدى الأشخاص المتسمين بالتكتم (الحبسة التعبيرية) والذين

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

يبدون عجزا واضحا في توظيف آين من أنواع التعبير الانفعالي من شأنه خفض المخاطر الصحية، اذ تشير الدراسات الى قوة العلاقة بين الحبسة التعبيرية والإصابة بمختلف الاضطرابات السيكوسوماتية (كالربو، القرحة المعدية... الخ)، الأمراض العقلية وسلوكات الإدمان المختلفة وهو ما يؤكد (Kunetal, 1991) من خلال دراسته لعينة مصابة بالسرطان والتي وجد أن أفرادها كان لهم تاريخ طويل ومبكر من الخبرات السلبية وكل ما يرتبط بها من مشاعر الغضب، الحزن واليأس، وفي نفس السياق البحثي يؤكد كذلك Shaffer وزملائه في دراستهم الطولية التي دامت 30 سنة متتبعة 972 طبيب، حيث أسفرت نتائجها على أن نسبة إصابة أفراد العينة ممن يعملون بدافعية ويعبرون على انفعالاتهم بحرية لم تصل الواحد بالمئة في حين أن من هم على العكس من ذلك (المنعزلين والمتكتمين) هم معرضين بـ 16 مرة أكثر للإصابة ومما سبق يتضح وبالدليل العلمي دور الشخصية في تحديد الصحة والمرض. (Paul.L,2000,16)

الأمر لا يختلف عندما تتم استجابات الأفراد للبيئة وأحداثها مشكلة بعضا من سمات الشخصية كالعدائية، الحصر والانفعالات السلبية، فمثلا يشير Watson و Pennebaker إلى أن الانفعالات السلبية بكل ما تحمله من مشاعر الخوف، الحزن، القلق، الخجل، العدا، الحقد والشعور بالذنب... الخ تحدد أو تصف أفرادا مستعدين للإصابة بالأمراض (diseas-prone personality) ومختلف المشكلات الصحية كالغثيان، الصداع، اضطرابات النوم والذبحة الصدرية، وليس بعيدا عن اضطرابات القلب تعتبر العدائية بكل مكوناتها المعرفية (اعتقادات سلبية حول طبيعة البشر وأساليب العزو العدائية)، الانفعالية (غضب، تهيج، احتقار... الخ) والسلوكية (قلة الصبر والعدوانية) من عوامل الخطر الأكثر تواجدا في اضطرابات القلب التاجية وهذا بسبب تأثيرها السلبي على الجهاز العصبي الذاتي من خلال ارتفاع نشاط القلب مع انقباض الأوردة والشرابين وارتفاع ضغط الدم، هذا الأخير يربط بالدليل العلمي بسمة الحصر كما يؤكد (Shewitzer, 2002) و Bruchon، وإن كان العدد القليل للدراسات الطولية حول ما إذا كانت سمة الحصر منتجة أو ناتجة عن المرض إلا أن مساهمتها في ظهور أعراض مرضية كالضغط الدموي المرتفع الذي يرافق عددا لا بأس به من الأمراض يجعل من حجم تأثيرها على الصحة ذو معنى. وكخلاصة يتضح مما سبق أن بعضا من السمات السلبية للشخصية تطرح نفسها وبقوة كمعوامل خطر على الصحة في الوقت التي تدعم أضعافها كالصلابة، الكفاءة أو الفعالية الذاتية، استراتيجيات المواجهة الفعالة والتمكين مشكلة عوامل حماية. أما المحددات الاجتماعية والاقتصادية، فتعتبر من البديهيات التاريخية القوية تلك التي تربط بين طول عمر الأفراد ومستواهم الاقتصادي حيث يمكن أن نلمس الأثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية ومدى مساهمتها في ارتفاع احتمالات تعرض الطبقات الاجتماعية والاقتصادية خاصة الهشة لمختلف عوامل الخطر المهددة للصحة بسبب الضغوط لكسب العيش، أين تصبح ضغوط الحياة وطريقة الاستجابة لها من أهم محددات الصحة (Gaston-Godin,2012,8)، بالإضافة إلى تدهور أو انعدام الشروط الصحية السكنية، انتشار أفات التدخين والمخدرات، سوء النظام الغذائي وصعوبة الحصول على الرعاية الصحية... الخ وهي كلها عوامل تؤثر في الصحة. ليس هذا فحسب بل انه

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

من المفارقة أن يكون للبذخ الاقتصادي والرفاهية دورا كبير في ارتفاع احتمال الإصابة بالأمراض وهوما يظهر بقوة في مشكلة البدانة التي طالت المجتمعات الغنية ولعل بعضا من دول الخليج خير مثال على ذلك، وهوما يتطابق مع نتائج دراسة حديثة قام بها عبد الرحمن مصيقر (2010) وفريق عمل المجلة العربية للغذاء والتغذية إلى تجاوز مستوى البدانة في دول غرب المتوسط (دول الخليج) مستوى الخطر بكثير بسبب سوء النظام الغذائي والاعتماد على الوجبات المحضرة وأكل المطاعم كأحد تداعيات الثراء وارتفاع المستوى المعيشي لدول المنطقة.

كما تشكل أنماط الاستجابة للأعراض المرضية لدى الأفراد لأعراضهم المرضية والتي تتراوح بين الإحجام عن مراجعة الطبيب أو السعي الحثيث لذلك، وبغض النظر عن سهولة الحصول على الخدمات الصحية - بالنظر إلى طبيعة العوامل الاجتماعية والاقتصادية - كما سبق الإشارة إليه في الفقرة السابقة، يبقى الإعراض عن مراجعة الطبيب بالخطورة بما كان، فقد تكون تلك الأعراض إشارات منبئة لأمراض جد خطيرة بل وقاتلة وعلى العكس تفتح المراجعات اللامعقولة للطبيب الباب أمام اضطرابات نفسية كتوهم المرض أو التمارض. ويرى Zola 1973 الوارد في (ليندزي وبول، 1977، 2000) أن الاستجابة للأعراض المرضية تحكمها عوامل كثيرة كطبيعة إدراك العرض (مهدد، خطير أو عرضي دون أهمية)، الخبرة العلاجية ومستوى القلق المتولد عنها والتوقعات حول جودة الخدمات الصحية المتوفرة والتي لن تكون ذات فعالية كبيرة في غياب عامل جد مهم وهو الدعم الاجتماعي، حيث يشير كل من Syne و Berkman (1979) الوارد في (Paul.L، 14، 2000) أنه من بين نتائج دراسة الأماندا وجود علاقة ارتباط طردية بين طول العمر وعدد العلاقات الاجتماعية (الناجمة عن الزواج، القرابة والجيرة... الخ)، كما توصلت إلى أن الأفراد المنعزلين هم أكثر عرضة للموت المبكر (بعد إقصاء العوامل السلوكية الأخرى المهددة للصحة كتناول الكحول، التدخين وغيرها) وفي نفس الاتجاه تصب النتائج التي توصل إليها Reynold و Kaplan حيث وجد أن النساء الوحيدات اللواتي يعانين نقصا في العلاقات الاجتماعية تتضاعف مرتين فرصة إصابتهم باضطرابات هرمونية مسببة للسرطان وتبكر أزمته وفاتهن بخمس مرات مقارنة بنظيرتهن اللواتي يتمتعن بعلاقات اجتماعية داعمة.

بالرغم من قوة تأثير العوامل الاجتماعية بكل أنواعها على الصحة، تشكل المعتقدات الصحية التي يقصد بها تلك التقييمات السلبية والايجابية التي يقوم بها الناس نحو مواضيع ما (أشياء ملموسة، أشخاص، أفكار... الخ) عاملا جوهريا تتضاعف أمام حجم تأثيره أي تأثير للعوامل الأخرى لأنه من العوامل الذاتية شديدة التعقيد وهي كذلك كما يعرفها دولي وسيناترا (1994) الوارد في (خشاب سعاد، 38، 2011) وحدات بناء لاتجاهات الأفراد ومنه فان مجموع المعتقدات يشكل اتجاه الفرد نحو مواضيع الحياة، فإذا كانت الصحة أحد هذه المواضيع يكون الحديث هنا على المعتقدات الصحية والتي هي جملة التصورات وإحساسات الخطر أو الاعتقاد حول شدة المرض وهوما يتعارف عليه بالمعتقد الصحي العام أما نظيره أي المعتقد الصحي التعويضي فهو اعتقاد

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

الفرد بمدى قدرته على تغيير أو تعديل سلوك طوعي غير صحي بسلوك آخر طوعي وصحي خلال وقت معين حيث ترتبط الطوعية هنا بمدى إرادة الفرد على ضبط نفسه.

إن مدى إدراك الأفراد للخطر المحقق بصحتهم بسبب ممارسات معينة من شأنه التنبؤ بالسلوكيات الوقائية المحتملة أو مدى تحسن الحالة المرضية أو تحسن الأعراض (التعافي) ويعتبر نموذج المعتقدات الصحية من النماذج الرائدة المنبئة بممارسات الأفراد للسلوكيات المنمية للصحة (يخلف، 27، 2001) على مدى إدراكهم، قناعتهم واعتقادهم بأن عدم ممارسة السلوكيات الوقائية من شأنه تعريضهم لخطر الإصابة بالمرض وأن العواقب ستكون وخيمة على صحتهم في مقابل فوائد تعود على الصحة تعقب تلك الممارسات الوقائية خاصة مع توفر المعززات الداخلية والخارجية (الدوافع)، فمثلا معتقدات الفرد الذي تجاوزوا الأربعين من عمره بأن ممارسته للرياضة بانتظام، والتزامه بنظام غذائي صحي خفيف السعرات الحرارية والدهون والامتناع عن التدخين... الخ ستتحول على الأغلب إلى ممارسات وسلوكيات وقائية بامتياز تساهم بتقادي أو على الأقل خفض احتمالات الإصابة بالأمراض المزمنة الشائعة في هذه الفترة العمرية .

يظهر جليا أن محددات الصحة على اختلاف أنواعها ومستوياتها تنطوي على ممارسات هي في الحقيقة استجابات مباشرة وغير مباشرة لها مشكلة ما يعرف بالسلوكيات الصحية، هذه الأخيرة ومن بين كل العوامل الأخرى سنفصل فيها نظرا لأهميتها.

4.1 السلوكيات الصحية: وهي جملة العادات والنشاطات الحياتية اليومية ذات التأثير على الصحة (Fanny, 2016, 34) وهي كذلك السلوكيات والممارسات التي يؤديها الأفراد ويقومون بها إما بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم أو العكس من ذلك و التي يمكن الاصطلاح عليها بالسلوكيات غير الصحية أو المرضية illness behavior التي لا تتبع خطورتها من كونها تساهم في حدوث الأمراض فحسب ولكن لأنها قد تتطور ببساطة إلى عادات ضارة بالصحة. (شيلي تايلور، 20، 2008)، كما يعرفه Fisher بأنه كل نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى لغرض الوقاية من المرض أو اكتشافه قبل ظهور أعراضه. (Gustave, 2000, 6)، ويرى قوشمان أن السلوك الصحي يتمثل في عزو الفرد لمعتقداته، توقعاته، اندفاعاته وإدراكاته وعناصر معرفية وشخصية أخرى التي من شأنها أن تساعد في الحفاظ على الصحة (David, 1997)، أما تايلور فتري أنه كل نشاط يقوم به الأفراد لتنمية صحته أو استدامة عافيته مثل الغذاء الصحي والنشاط الرياضي والامتنال للتعليمات الطبية ومتابعة العلاج والابتعاد عن عوامل الخطر والسلوك المرض (Taylor, 2003, 21) أما ميترازو فيتوسع في تعريف السلوك الصحي بشقيه الايجابي المدعم للصحة (immunogène) والسلبى المههد للصحة (pathogène).

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

وإجمالاً يتفق كما أشارت إليه (فاطمة الزهراء، 382015) على أن السلوك الصحي يرتبط بالممارسات الصحية في التغذية، في النوم وفي النشاط الرياضي، كما يرتبط بالاستجابة للضغط وبكيفية معالجة الانفعال والتوجه نحو الحياة وبطريقة الحياة نفسها.

1.4.1. أنماط السلوكيات المرتبطة بالصحة:

أسفرت نتائج دراسة ألاماندا لكل بيلوك وبرسيلو (1972) عن نماذج من السلوكيات المدعمة للصحة التي اقترنت ممارستها لمدة 20 سنة بارتفاع في متوسط الحياة لدى سكان هذه المقاطعة المشكلين لعينة الدراسة وهي سبعة: النوم من 7 إلى 8 سنوات، عدم التدخين، تناول الفطور يومياً، تناول معتدل للكحول، ممارسة منتظمة للنشاط الرياضي، عدم الأكل بين الوجبات، الحرص على خفض الوزن إلى 10% دون الوزن الزائد. (فاطمة الزهراء، 2015، 57)، ولقد تقصى كل من جوتن وهاريس تقريباً نفس السلوكيات المرتبطة بالصحة وهي: عدم التدخين وتعاطي الكحول، الغذاء الصحي وتخفيض الوزن، استعمال حزام الأمن، سلوكيات مواجهة الكرب، استعمال الأدوية، إتباع تعليمات الطبيب، النوم، استعمال وسائل الرعاية الصحية، السلوك الجنسي المناسب. (سعاد خشاب، 2011، 68)

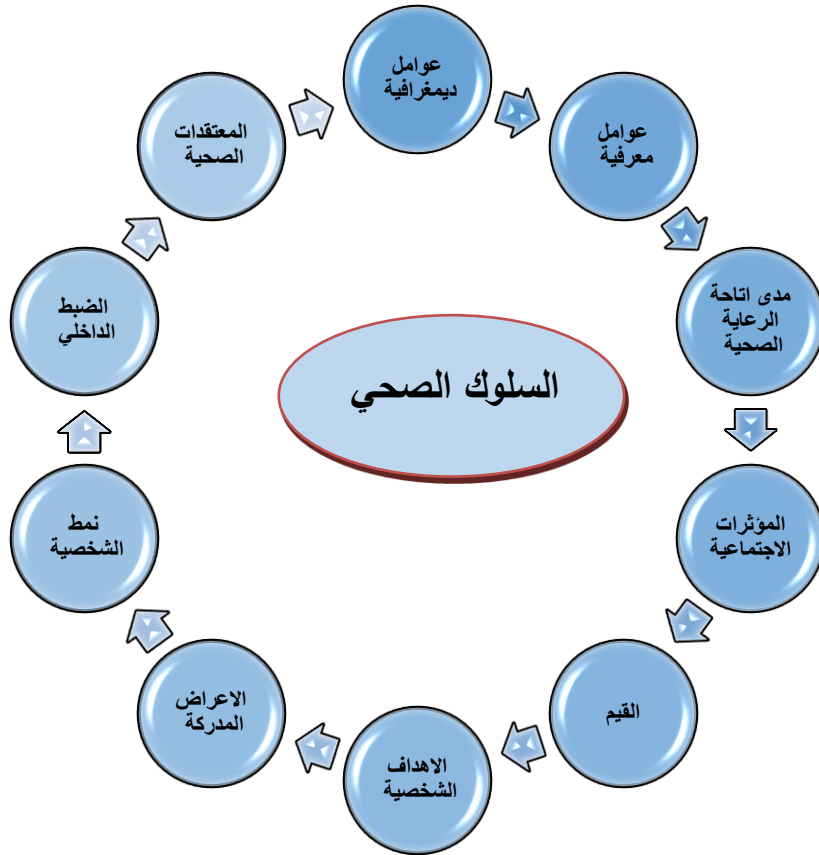
ولعل الصحة الجيدة ومتوسط العمر المرتفع الذي يتمتع به أفراد شعب Abraskian الروسي الناتج عن سلوكياتهم الصحية المرتبطة بنظامهم الغذائي النباتي القائم على التقليل من تناول دهون الحيوانات والاكثار من تناول الخضر والفواكه، عدم تناول الكحول والتبغ نهائياً أحد الأمثلة الحية على ذلك وكذلك يعتبر اقتران سرطان الحنجرة لدى المغاربة بسبب الإفراط في تناول الفلفل الحار ببذوره (دراسة Annie Hubert الانثربولوجية للمهاجرين المغاربة) من الأمثلة والحجج الحقيقية على حقيقة ارتباط الصحة بنمط حياتنا وبما نقوم به من ممارسات. (Paul ,Bennet ,2000, 25)

2.4.1. العوامل المؤثرة في تحديد 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 واستعادة الصحة الجسدية بالإضافة إلى تلك التي تتدرج في خانة عوامل الخطر على الصحة ويشير تروشكه وآخرين (Troschke et al,1985) إلى خمسة مستويات من العوامل المؤثرة في السلوك الصحي: (شهرزاد، نوار، 1462013)

1. العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة (السن، تاريخ الحالة، المعارف، المهارات، الاتجاهات... الخ).
2. العوامل المتعلقة بالجماعة والمجتمع (المهنة، التأهيل أو التعليم، توقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص، الدعم الاجتماعي... الخ).

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

3. العوامل الاجتماعية الثقافية (العروض المتوفرة، سهولة استخدام والوصول إلى مراكز الخدمات الصحية... الخ).
4. العوامل الثقافية الاجتماعية عموماً (منظومات القيم الدينية والعقائدية، الأنظمة القانونية والاقتصادية... الخ).
5. عوامل المحيط المادي (الطقس، الطبيعة، البنى التحتية) ويلخص المخطط التالي أكثر العوامل المؤثرة في السلوك الصحي:



مخطط رقم 01: العوامل المؤثرة في السلوك الصحي

5.1. الصحة والسلوكيات المرتبطة بها لدى الشباب (الأطفال والمراهقين): قبل الخوض في الحديث عن صحة المراهقين يجب أن نشير إلى أن منظمة الصحة العالمية (1994) وضعت لتعريف المراهق شروط محددة وهي أن يتراوح عمره بين 13-25 سنة، يكون طالبا (متمدرسا أو جامعا)، أعزب أو شريك في علاقة غير زواجية والتي نجدها شائعة ومقبولة في ثقافات دون أخرى، أما الأطفال فتمثل الشريحة التي تكون أعمارها ما دون ذلك أي من 0 إلى حوالي 12 سنة.

لا يختلف اثنان حول ضالة البحوث المتعلقة بالصحة مقارنة بالمرض، خاصة فيما يتعلق بصحة المراهقين، إلا أنه ومنذ التسعينات زاد الاهتمام بهذا المجال خاصة في الدول الصناعية ويرجع ذلك إلى

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

المطالب الملحة لتطوير مختلف التدخلات الصحية العلاجية أو التربوية الوقائية نظرا لإحصائيات الدراسات الوبائية التي أفادت بتسبب الأمراض في ربع الوفيات لدى المراهقين بنسبة تتراوح بين 5 إلى 10% من الأمراض مزمنة أو حالات الإعاقة الموروثة من مرحلة الطفولة. (4, 2001, Nicolas Zdanowicz)، بالإضافة إلى ما يشكله سوء الحالة الصحية من معيقات تحد من التطور الايجابي، تقدير الذات والقدرة على الاعتناء بها، الاستقلالية، الإنتاجية والإبداع. وبهذا يصبح البحث عن العوامل السلوكية المرتبطة بصحة هذه الفئة والعوامل المؤثرة فيها أمرا جوهريا.

ولذا نجد أن الإجابة الدقيقة حول ماهية العوامل المؤثرة في السلوكيات الصحية لدى الأطفال والمراهقين جد مهمة بل تقع ضمن أولويات أي عمل تشخيصي، علاجي أو وقائي.

1.5.1. العوامل المؤثرة في السلوكيات الصحية لدى الشباب: كما هو متفق عليه تعتبر فترة الطفولة أنسب الفترات لغرس السلوكيات الصحية من طرف الأولياء والقائمين على هذه الفئة في مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية، فالأنماط الأبوية المختلفة بما تحمله من اتجاهات، معتقدات وسلوكيات مرتبطة بالصحة كالأكل، النوم والنشاط البدني... الخ تؤثر إلى حد كبير في السلوكيات الصحية للأطفال خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة. (11, 2014, Nele, p, Isabel, S and all)، إلا أن هذا التأثير يبدأ في التراجع في فترة المراهقة التي يرى (799, 2014, Mc Evoy, C, T and all) أنها فترة يتمرد فيها الأبناء المراهقين على ما تلقوه من تربية صحية ويتخلون تدريجيا عن ممارسة السلوكيات الصحية التي دأب أولياؤهم على تنميط حياتهم بها وهذا لتحقيق حاجتهم للاستقلالية بذواتهم وتعزيزا لانفصالهم عن قيود البيئة الأسرية للانخراط في جماعة الرفاق التي قد تشكل بعض السلوكيات الضارة بالصحة كالتدخين، تناول الوجبات السريعة خارج المنزل أو سلوكيات المجازفة في السياقة... الخ شروط للاندماج فيها. وتتأثر ممارسة السلوكيات الصحية لدى الأطفال والمراهقين بعدة عوامل لعل أهمها:

- **العمر:** يشير Prohaska et Leventhal et Hechman 1985 إلى أن السلوكيات الصحية تكون جيدة في مرحلة الطفولة وبسبب انصياع الأطفال لتوجيهات الأولياء والمدرسين وتدهور في مرحلة المراهقة والشباب لتعود للتحسن في الأعمار المتقدمة.

- **القيم:** توجه وتحدد منظومة القيم السائدة في البيئة الاجتماعية السلوكيات الصحية، فسلوك كممارسة الرياضة يشكل منتظم لدى الإناث قد يكون مستحبا ومن ضمن القيم المجتمعية المقبولة في مجتمعات دون الأخرى التي لا تجد في ممارسة الإناث للرياضة خرقا للعادات والأعراف والتقاليد المتفق عليها، كما تحدد على سبيل المثال منظومة القيم الجمالية لدى المجتمعات طبيعة السلوكيات الغذائية التي تمارسها المراهقات فتتراوح بين الإحجام عن الأكل والتقييد المفرط بالحميات الغذائية للحصول على الأجساد الرفيعة للعارضات (Renee

(Rieneke, Daniel le Grange, 2013, 499) وبين الإفراط في التغذية والسعي نحو كسب المزيد من الوزن في سبيل الحصول على قوام ينال إعجاب الجنس الآخر.

- **العوامل المعرفية:** إن ممارسة الأطفال والمراهقين للسلوكيات الصحية رهينة ما يتوفرون عليه من معارف يدركونها ويتقبلونها بعد أن يتلقونها عبر مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية، فعلى سبيل المثال: فإن المدرك الراسخ لدى المراهقين بخطورة سلوك التدخين على الصحة في أسر لا يدخن الآباء فيها يجعل من فرص ممارسة سلوك التدخين بشكل طوعي ضعيفة مقارنة مع أقرانهم الذين لا ترقى في منظومتهم المعرفية فكرة ارتباط سلوك التدخين بالمرض لمستوى الاعتقاد في أسرهم ويمارس فيها هذا السلوك من طرف الآباء.

- **اختيار الوقت والأسلوب المناسب للتعليم:** أما عن الوقت فيقصد به اختيار أنسب الأوقات التي يكون فيها الطفل والمراهق متقبلاً وقادراً على تعلم السلوك الصحي وبالأخص قبل أن يكون قد طور بعد عادة صحية سيئة. (شيلي، 2008، 37)، وفيما يتعلق بالأسلوب فهو يحمل كل الطرق التربوية والتعليمية المتاحة والتي تختلف تبعاً للفترة العمرية فاعتماد أسلوب النقاش، البرهنة، التفاوض والمشاركة التعليمية لدى فئة المراهقين نتائجها أضمن من اعتماد أسلوب التلقين الذي قد يناسب إلى حد كبير مراحل الطفولة المبكرة التي يحتاج الطفل فيها إلى إثراء مكتسباته المعرفية والسلوكية المرتبطة بالصحة أكثر من مناقشة ضرورة التمسك أو التخلي عنها لصالح صحته.

على اختلاف العوامل المؤثرة في السلوكيات الصحية لدى فئة الشباب فهي تؤثر في صحتهم في مرحلة الرشد وهوما سنتطرق إليه في الفقرة اللاحقة.

2.5.1. أثر السلوكيات الصحية في مرحلة الشباب (الطفولة والمراهقة) على الصحة في مرحلة الرشد

تعتبر السلوكيات الصحية الممارسة في فترتي الطفولة والمراهقة من المؤشرات القوية المنبئة بالأمراض التي يمكن أن يصاب بها الفرد في مرحلة الرشد.

إن تعود الأطفال والمراهقين على الاستخدام اللاعقلاني لوسائل التكنولوجيا من شأنه أن يحد من ممارسة النشاط البدني، هذا الأخير الذي برهنت كل الدراسات على فوائده الصحية (Maite Pellicer, Xavier Garcia, 2015, 436) and all)، كما أن إتباع نظام غذائي غير صحي خلال هذه المرحلة النمائية يشكل خطراً متوقعا، وفي هذا الاتجاه يشير (عبد الرحمن مصيقر، 2012، 62) على سبيل المثال إلى خطورة إسراف الأطفال والمراهقين في استهلاك البروتينات والدهون مقارنة بالخضر والفواكه والذي قد ينبئ بالإصابة بسرطان تجويف الفم والمعدة والمستقيم والقولون وكذا ارتباط ارتفاع احتمالات الإصابة بسرطان المعدة بالتناول المفرط للأغذية المالحة (كالشيبس والمكسرات المملحة).

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

وفي نفس السياق يشير (Mee Yong Hong, and all, 2015,1) جازما إلى أن السلوكيات المدعمة للتغذية السليمة والمتوازنة لدى الأطفال والمراهقين من الدعائم بل ومن المؤشرات القوية على مستوى صحتهم كما أنها تشكل في نفس الوقت عوامل وقاية من المخاطر الصحية كالبدانة والأمراض المختلفة خاصة منها المزمنة في مرحلة الرشد. والأمر سيان فيما يتعلق بممارسة النشاط البدني كما يشير له (حيدر عبد الله، 2015، 11) حيث ممارسة الأطفال والمراهقين للنشاط الرياضي بانتظام من شأنه تعزيز صحتهم ولياقتهم البدنية، كما أنها تجعلهم يتمتعون بمستويات عالية من اللياقة القلبية-التنفسية وكتلة عضلية كبيرة وقوية مقابل كتلة دهنية أقل بالإضافة إلى زيادة صلابة عظامهم وانحسار التوتر والقلق والإحباط ما يزيد من فرصهم من التمتع بصحة أفضل خلال مراحل الحياة المتقدمة. ولقد أولت منظمة الصحة العالمية في هذا السياق اهتماما كبيرا برصد جملة السلوكيات (في مرحلة الطفولة والمراهقة) ذات التأثير المباشر على ظهور بعض الأمراض المزمنة، ونذكر منها ارتفاع ضغط الدم على سبيل المثال لا الحصر، مؤكدة في سلسلة تقاريرها على أن وجود وتأثير ضغط الدم المرتفع لدى الأطفال والمراهقين يحدث مع خلفية إتباع أساليب حياتية غير صحية من بينها استهلاك كميات مفرطة من الدهون الكلية، المشبعة والكوليسترول والملح، مع استهلاك كميات غير كافية من البوتاسيوم (والذي توفره التمور بشكل ممتاز) وانخفاض النشاط البدني الذي غالبا ما يقترن بارتفاع مستويات مشاهدة التلفزيون. ويمكن الخلاص إلى وجود ثلاث جوانب مهمة من جوانب المراهقة تؤثر على ظهور هذا المرض وهي: نشوء عوامل الخطر خلال هذه المرحلة، تأثير عوامل الخطر طيلة العمر وفيما يتعلق بالوقاية نجد اكتساب عادات صحية أو غير صحية ستبقى على الأغلب طيلة العمر.

ويحدث تجمع متغيرات عوامل الخطر في مرحلة الطفولة والمراهقة وترتبط بتصلب الشرايين في مرحلة الشباب ومن ثم ترتبط بالإصابة بأمراض أوعية القلب، ولقد وصف هذا التجمع بأنه تجمع الاختلالات الفيسيولوجية المرتبطة بمقاومة الأنسولين بما في ذلك فرط الأنسولين، ضعف القدرة على تحمل الجلوكوز، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع نسبة التريغليسيريد في البلازما وانخفاض كوليسترول البروتينات الدهنية عالية الكثافة أو ما يعرف بالمتلازمة X المؤدية إلى ارتفاع احتمالات الوفاة في مراحل مبكرة وهوما أكدته نتائج دراسات وأبحاث جامعة جونز هوبكنز. (bookorders@who.int)

ليست السلوكيات الغذائية السيئة أو قلة ممارسة الرياضة فقط هي من تحدد مستوى الصحة في مرحلة الرشد بل هي نتاج تضافر جملة من الممارسات في مرحلة ما قبل الرشد، حصرتها المراكز الأمريكية للوقاية والتحكم في الأمراض في سنة 06 سلوكيات مضرّة بالصحة وهي: التدخين، تعاطي الكحول، سوء استخدام العقاقير، السلوك الجنسي غير الآمن، إهمال التمارين الرياضية وسوء التغذية. (القص صليحة، 2017، 160)

مما سبق يتضح لنا أن الأطفال والمراهقين من أكثر الفئات عرضة للمخاطر الصحية المرتبطة بالسلوكيات الممارسة في إطار نمط الحياة الأسرية أو المدرسية أو المجتمعية، ففي الوقت الذي تشكل فيه فترة الطفولة موسماً لزرع السلوكيات الصحية الإيجابية من خلال أساليب التلقين والتعزيز تأتي فترة المراهقة لتشكل عبء زائد على القائمين على هذه الفئة للحفاظ على مكتسبات الطفولة من سلوكيات صحية وتطويرها وتدعيمها بما يسمح للمراهق بمقاومة إغراءات البيئة الداعية للتخلي عن السلوكيات الصحية الإيجابية لصالح ممارسات مهددة للصحة.

6. التغذية: أولى السلوكيات المرتبطة بالصحة

التغذية هي أكثر من مجرد مجموعة مواد غذائية، عناصر مغذية، وجبات أو سعرات حرارية، كما أنها تتجاوز بكثير مجرد عملية انتقاء المواد المغذية وغيرها من السلوكيات الغذائية: فهي إذا عملية متشعبة النشاطات كالتسوق، الطبخ والأكل وكلها تتأثر بالرغبات، الحاجات والقيم وأما أن نتغذى بشكل سليم، صحي وواع يتطلب روتيناً خاصاً واتخاذ قرارات تكيفية متجددة والتي بدورها تحتاج لمهارات ومعارف متنوعة، خاصة وإن التغذية لا تحدث في فضاء فارغ فالأطر الاجتماعية والثقافية تحدد طبيعتها كذلك، (Doris,H ,2009,53).

وفي الوقت ذاته تعكس مدركات الأفراد وحقائق أوضاعهم الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية (Stanley 2002,517, J. Ulijaszek) ويفصل ليفي ستروس (1971) أكثر معتبرها لغة تترجم بناء المجتمع ويزيد عليه لحو (1994) فيعتبرها متصل للمعتقدات والرموز التي تفصح عن الوعي والمعاني الجماعية إذا هي مؤشر ثقافي بكل ما يضمه من طقوس وأنماط حياتية للمجتمع وهو ما يدعمه ويسلر حيث أنه يعتبر العادات الغذائية كأحد أنماط الثقافة المادية مدرجا عادات الطعام ضمن العناصر والمركبات المادية الثقافية. (Salah- eddine Khzami,and all,2015,132) (بن عمارة محمد، 2015)

تشير نتائج عدد كبير من الدراسات في مختلف التخصصات إلى أن الخبرات المعرفية، الانفعالية والسلوكية المبكرة من العوامل المؤثرة والمنبئة بالحالة الصحية ونمط الحياة في مرحلة الرشد، وتعتبر الخبرة السلوكية المرتبطة بالتغذية من أهم هذه العوامل، فممارسة سلوكيات غذائية صحية بإتباع نظام غذائي متوازن من شأنه على المدى القصير تفادي مشاكل تسوس الأسنان، فقر الدم، السمنة وبعض أشكال اضطرابات النمو لدى الأطفال والمراهقين، أما على المستوى البعيد فيساهم في خفض احتمال الإصابة بالأمراض القلبية والوعائية وكذا السرطانات ومرض السكري ناهيك عن تأثيراته السلبية على القدرات المعرفية. (Cristina,G ,2011,4)

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

من الواضح أنه لا يمكن اختزال السلوك الغذائي في فعل الأكل فقط بل يمتد ليشمل كل الأفعال المرتبطة بالوظيفة الغذائية، إذا السلوك الغذائي هو العادات التي يتبعها الإنسان والتي تحدد كيفية اختيار، تناول وحفظ طعامه (هيام سعدون، 21، 2015).

1.6. المصطلحات ذات الصلة بالتغذية: نعرض فيما يلي عددا من المصطلحات وثيقة الصلة بالسلوك الغذائي ونبدأها بـ **علم التغذية**، وهو العلم الذي يدرس مكونات ما يتطلبه جسم الإنسان من المواد الغذائية اللازمة ومدى الاستفادة منها تبعا للعديد من المتغيرات. (أحمد، محمد بدح وآخرون، 2009، 176) كما يهتم بدراسة التركيب الكيميائي للطعام وطريقة هضمه وتمثيله وأمراض نقص التغذية (سلامة بهاء الدين، 79، 2001) وبهذا يهتم علم تغذية الإنسان بتطبيق أسسه على تغذية الإنسان وما يلزم ذلك من دراية بالمعارف والعلوم والأساليب التي تجعل الفرد قادرا على إتباع الأسس الغذائية الصحيحة وتغيير عاداته الغذائية نحو الأفضل. (أحمد نوري، هاني مسلم، 2013، 20). ولاشك أن الغذاء سيكون موضوعه الرئيسي والذي نعتبره كل ما يحصل عليه الإنسان أو يتناوله من طعام سواء كان هذا الطعام سائلاً أو صلباً أو غير ذلك، وهو مكون من عناصر كربوهيدراتية ودهنية وبروتينية وأملاح معدنية وفيتامينات وماء، ويقوم الغذاء بإمداد الجسم بالطاقة ويساعده على النمو وبناء أنسجته وإصلاح ما يتلف، فهو عنصر رئيسي لاستمرارية الحياة والقيام بالوظائف الطبيعية للإنسان وهو مزيج من المواد الغذائية ذو طعم ورائحة ومنظر مقبول كما أن لهذا المزيج القدرة على إزالة الشعور بالجوع وتعرفه منظمة الصحة العالمية، 1990 في دليلها لتدريب عمال صحة المجتمع في مجال التغذية بكل ما نأكله أو نشربه بصفة عادية من مواد تم انتقاؤها بالتجربة والخطأ على مر السنين والتي تحدد حاجات أجسامنا خصائصها، طبيعتها وكميتها، مع العلم أن هذه الحاجات تتوزع بين الحاجات الكمية (الطاقة) والحاجات النوعية (الوظيفية)، -فالحاجة للترود بالطاقة والتي تتأثر بالسن، الطقس والنشاط البدني الممارس تكون من خلال الحصول على السرعات الحرارية المناسبة التي توفرها المواد الغذائية التي تحتوي على جميع المواد الكربوهيدراتية والدهنية مثل البطاطس والحبوب والزيوت والزبدة والقشطة أو ما يصطلح عليها بأغذية الطاقة والحرارة، أما الحاجات الوظيفية التي يغطيها ما يحويه غذائنا من ماء، أملاح معدنية المتوفرة في البيض واللحم والسمك والبقول والألبان ومنتجاتها وتعرف بالأغذية البنائية، بالإضافة إلى الفيتامينات المتوفرة في الفواكه والخضروات وتعرف بأغذية الوقاية.

إن تناول الأفراد للغذاء الناقص ينتج حالة من الشبح الظاهري لأنه لا يسد متطلبات الجسم الأساسية من العناصر الغذائية، ولا يحقق حاجات الجسم الحيوية وهو مظهر من مظاهر الجوع الخفي، وليحصل الفرد على الغذاء الأمثل الذي يكفل إمداد الجسم بجميع ما يلزمه من العناصر الغذائية بالقدر والنسب الكافية المناسبة للنواحي الفسيولوجية يجب أن يكون:

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

كاملاً: أي أن يحتوي على جميع العناصر الغذائية اللازمة للجسم ويحتاجها في أداء وظائفه ويتحقق هذا بتناول كل الوجبات الغذائية والتي يجب أن تحتوي على أطعمة مختلفة، أي صنف من كل مجموعة من مجاميع الهرم الغذائي المتمثلة في مجموعة الحبوب والخبز، مجموعة اللحوم والبقوليات، مجموعة الألبان ومشتقاتها ومجموعة الخضار والفاكهة.

متوازناً: أي أن يحتوي على كميات مناسبة من العناصر الغذائية الضرورية لكي يقوم الجسم بتأدية وظائفه المختلفة ويشترط أن تكون هذه العناصر كاملة كما ونوعاً بهدف تحقيق أفضل مستوى من النمو والمحافظة على حرارة الجسم بشكل ثابت وبالتالي الحفاظ على صحة وسلامة الجسم ووقايته من المرض والاعتلال (احمد محمد بدح واخرون، 176، 2009-173)

سليماً وذو جودة: سلامته تعني أن يخلو الطعام من كل ما يضر بصحة الأفراد من المواد السامة والملوثات الميكروبية، الكيميائية، الإشعاعية والبيئية وجودته تعني احتفاظ الغذاء بجميع أو معظم صفاته وخواصه الحسية والطبيعية والكيميائية والتغذية (عبد الرحمن مصيقر، 1997)

مقبولاً: أن يكون الطعام حسن المظهر مستساغاً وأن يتناسب مع العادات والمعتقدات السائدة. الثقافة الصحية، (احمد محمد بدح واخرون، 173، 2009). ولهذا السبب أقرت منظمة الصحة العالمية في توصياتها خلال فعاليات يوم الصحة العالمي 2015 بروما على ضرورة الحفاظ على الأغذية التقليدية للمجتمعات لكونها تتميز بصفة القبول.

إن اجتماع أصناف معينة من الطعام وتناولها في أوقات محددة، هي ما نصلح عليه بالوجبة الغذائية وهي مجموعة الأغذية التي يتناولها الفرد والتي تمدّه بالعناصر الغذائية الأساسية وبمقادير تكفي لسد حاجة الجسم وتحقيق التوازن الصحي بما يتناسب مع مقتضيات الحالة الصحية (فؤاد الجوالدة، 211، 2012)، وتتوزع الوجبات الغذائية خلال اليوم وتكون عادة من وجبات رئيسية هي وجبة الفطور، الغذاء والعشاء والوجبات الخفيفة التي تتخللها. إن طبيعة مكونات الوجبات الغذائية، طرق تناولها، التوزيع الزمني لتناولها، تواتر استهلاكها هي من تحدد ما يعرف بالنظام الغذائي. هذا المفهوم ليس بالبساطة التي يبدو عليها فهو كما تصفه Annie Hubert كترجم دقيق لقيم المجتمعات، معتقداتها ومآلها خاصة الصحي، والدليل على ذلك هو ذلك التحول من النظام الغذائي المعزز للسمنة كعيار ومظهر من مظاهر الثراء والمكانة الاجتماعية المرتفعة إلى نظام غذائي معزز لفقدان الوزن بكل الطرق وإن كانت مضرّة بالصحة لمجرد مجارة القيم الجمالية الجديدة المشجعة للنحافة المفرطة. (John libry, 2017, 165)

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

يرى لويس لايت إلى أنه من الناحية التغذوية لا توجد أغذية جيدة وأخرى ضارة، إنما هناك أنظمة غذائية متوازنة أولاً، معللاً رأيه بكون النظام الغذائي المتنوع من شأنه أن يوفر للأفراد حاجاتهم من السرعات الحرارية الفيتامينات والمعادن... الخ لضمان النمو الحافظ والارتقاء بالصحة والشعور بحسن الحال والجودة في الحياة. (Louis Light, Unesco ,19)

وهو ما تدعمه بقوة النتائج التي أسفرت عنها معظم الدراسات المسحية حول استهلاك الغذاء في المناطق الجغرافية المختلفة عن بروز تراكيب سلوكية -غذائية خاصة ببروفيلات اجتماعية -تغذوية معينة، تشكل بعضها عوامل خطر على الصحة والأخرى عوامل حماية.

أما تلك المضرة بالصحة فيتصدرها ما يعرف بالنظام التغذوي الغربي أو النظام الأمريكي (Standard of a American Diet)، ويتميز بالاستهلاك المفرط ذو الوتيرة المسرعة للحوم الحمراء، المشروبات (كالبطاطا)، والمشروبات المصنعة وهوما توفره بامتياز الوجبات السريعة حالياً، وفي الاتجاه المدعم للصحة يبرز نظام البحر المتوسط (Prudent or Healthy Pattern) الذي يعتبر في الواقع من أجود الأنظمة الغذائية لاحتوائه على الأغذية النباتية (خضروات وفاكهة) الغنية بالألياف، زيت الزيتون، الثوم، الأعشاب ومشتقات الحليب ... الخ من جهة (Patrick Etievant, 2010,13) وبسبب اعتماده على طرق حفظ الغذاء التقليدية كالتجفيف والتصبير الطبيعي (دون المواد الحافظة) ولهذا يدعوا خبراء التغذية وعلى رأسهم خبراء منظمة الصحة العالمية بالحفاظ على مظاهر غذاء البحر المتوسط وتشجيع تناوله في الثقافات الأخرى كخطة غذائية مفيدة في الصحة العامة. (mangermedeteranien .com)

2.6. السلوك الغذائي: على غرار السلوكات البشرية، يتراوح السلوك الغذائي بين الفطري والمكتسب: أما الأول فيظهر بوضوح خلال الساعات الأولى من الحياة التي تلي الولادة مباشرة أو في حالات الجوع القصوى وفي كلتا الحالتين يشكل الدافع لحفظ الحياة المحرك الأساسي له، في حين أن الثاني هو نتاج لما يختبره الأفراد ويتعلمونه من تجارب متنوعة يشغل السلوك الغذائي حيزاً فيها وهذا بالطبع في سياقات زمنية (أوقات الوجبات مثلاً)، فيزيقية (أماكن تناول الغذاء، أو تحضيره) وثقافية (مناسبات للأكل ذات خصوصية دينية أو احتفالية)، وهوما يجعله يندرج تحت لواء السلوكات الاجتماعية بامتياز.

ويندرج تحت مسمى السلوك الغذائي مجموعة الممارسات والسلوكات المرتبطة باستهلاك الغذاء (université virtuelle francophone, 2011)، الخاضعة لجملة من المخططات المعرفية والانفعالية الموجهة لتحقيق ثلاث وظائف أساسية مرتبطة بالتغذية وهي الوظيفة البيولوجية المتمثلة في عملية التزود بالمغذيات والسرعات الحرارية اللازمة للجسم، الوظيفة الانفعالية والتي تتجسد بالإحساس بالمتعة، اللذة والسعادة

والوظيفة الرمزية المرتبطة بالجوانب العلائقية للأفراد في السياقات الاجتماعية والثقافية.. Aina, R , 2012, (17)

وهو كذلك استجابة لوضعية ما في سياق معين إثر مثيرات محددة وهي كما صنفها كل من Patrica Fischer-Ghanassia و Edouard Ghanassia: الإشارات الغذائية (الجوع /الشبع)، الانفعالات (الاجيائية /السلبية) والمعارف (الصحية /الغذائية...)

أما Herman و Polivy (2008) وكنتيجة لأبحاث مطولة حول طبيعة المثيرات المؤثرة في السلوك الغذائي فقد اقترحا التصنيف التالي:

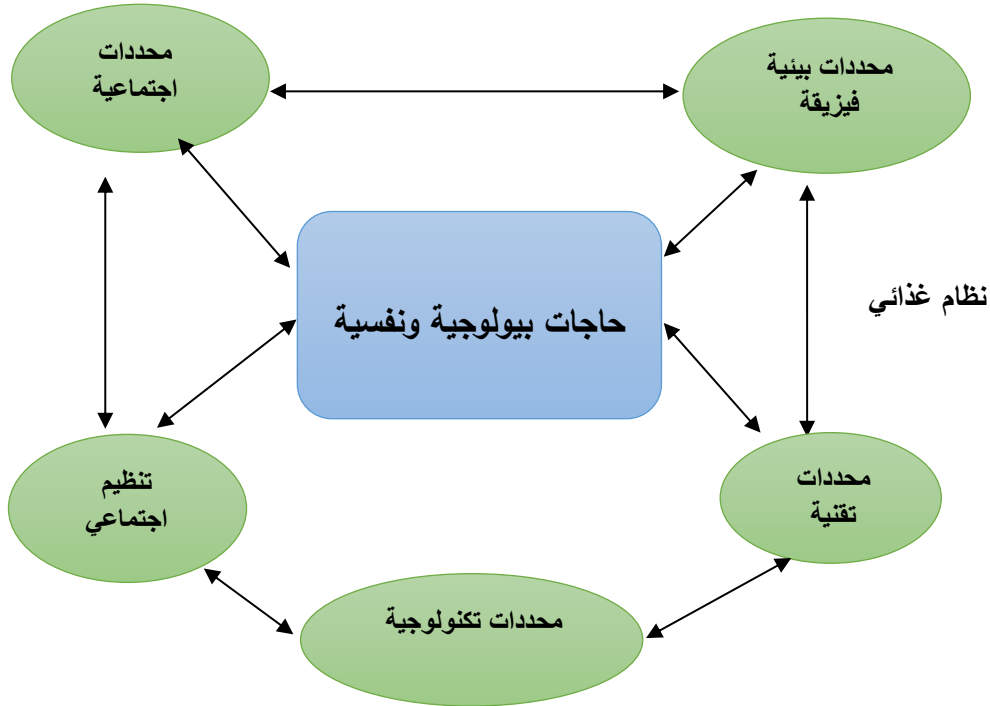
1-مثيرات خارجية Stimuli Normatifs: يتأثر بها كافة الأفراد بدون استثناء وهي متعلقة بالمعلومات الآتية من البيئة والتي تحدد طبيعة وكمية ما نأكله.

2-مثيرات حسية Stimuli Sensoriels: تتأثر بها فئة خاصة من الأفراد يتصدرهم من يعانون فرطا في الوزن ويتبعون نظام الحمية الغذائية وهي مرتبطة بخصائص الغذاء في حد ذاته (حجمه، طبيعة مكوناته... الخ)

ويشير الباحثان كذلك إلى إمكانية تكامل التأثير الذي تحدثه المثيرات الخارجية والحسية لدى نفس الفرد. (Karine,G ,2013)

1.2.6. محددات السلوك الغذائي: لا يمكن حصر جميع العوامل المساهمة في تحديد السلوك الغذائي لكن يمكن الجزم بأنها فردية وجماعية وأنها في تفاعل مستمر. وهو ما تؤكدته Annie Hubert من خلال دراساتها الانثربولوجية الطويلة للسلوكات الغذائية والتي يلخصها المخطط الموالي :

الفصل الثاني: السلوك الغذائي



مخطط 02: محددات السلوك الغذائي (Annie Hubert, 1991)

المرجع: (Chantal Green ,Anne Eléne Delavigne , 1991 ,167)

ومن وجهة نظر ليست ببعيدة عن الأولى اقترح Steenkamp 1993 نموذجا أضاف فيه نوعا آخر من المحددات وهي خاصة بطبيعة وخصائص الأغذية إلى المحددات الاجتماعية (البيئية) والفردية (الذاتية). وفيما يلي مخطط تفصيلي:



مخطط 03: محددات السلوك الغذائي لـ Steenkamp 1993 (François, 2006, 49)

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

2.2.6. التفسيرات المختلفة للسلوك الغذائي: ورد في (كارين رودهام 2012، 166-167) أن تفسير سلوكياتنا الغذائية يعتمد على ثلاثة اتجاهات أساسية وهي: التفسيرات البيولوجية، النفسية والتطورية.

التفسيرات البيولوجية: يتم التحكم في الطعام المتناول واستهلاك الطاقة من خلال ميكانيزمات وأنظمة عصبية وهرمونية جد معقدة، حيث يحدد الهيبتولاموس (تحت المهاد) شهيتنا للأكل (Shaden A, 2012,1)، إذ يثير الجزء الجانبي له إحساسنا بالجوع في حين أن المنطقة الأمامية الوسطية المعروفة بمركز الشبع تنتسب في شعورنا بالشبع، كما أنه أي الهيبتولاموس يستجيب لهرمون الليبتين المفرز من خلال الخلايا الدهنية وهوما يشكل الرسالة التي تحمل معلومة حول كمية الدهون المخزنة في الجسم (النحفاء يفرزون هذا الهرمون بدرجة أقل من البدناء وزائدي الوزن) بإفراز البيبتيد العصبي -واي في حال كان مستوى إفراز هرمون الليبتين منخفضا (Hiroaki Ueno, Masamitsu Nakazato, 2016, 812) وهذا لأداء مهمة رئيسية هي: زيادة كمية الطعام المأخوذة وخفض النشاط الجسمي وزيادة الطاقة المخزنة في شكل دهون، أما في حالة الشبع، فتستجيب المعدة والأمعاء بالتمدد مرسلات اشارات للمخ عبر بيبتيد كوليستيتوكينين peptide cholecythokinine داخل النظام الدموي من خلال الأمعاء الدقيقة فتصل الرسالة لجذع المخ الذي يكبح عملية دخول الطعام للمعدة.

التفسيرات التطورية: يتفق الباحثون على أن البشر يتقاسمون خصائص مشتركة في ما يتعلق بسلوك الأكل وهي: التنوع الملحوظ في العادات الغذائية، كثرة الأغذية المزروعة بدل من المصطادة، أهمية الثقافة والتقاليد في الغذاء وحقيقة معالجة المواد الغذائية قبل أكلها، كما أن دراسات البقايا البشرية تؤكد على أن أجدادنا كانوا من آكلي اللحوم والنباتات Omnivores وأنهم كانوا يتمتعون بقدرات تكيفية على تناول كميات مناسبة من الغذاء بشكل يقلل من درجة السمية الموجودة بها ويوفر العناصر الكافية من المغذيات، ومن الأدلة التطورية كذلك لتفضيلاتنا الغذائية الإجابات المختلفة للأسباب التي تفسر استخدامنا للتوابل المكلفة بالرغم من أنها قد تكون سامة، والتي عبرت عن حقيقة الاعتقاد المتوارث عبر الأجيال بأنها تحتوي على عناصر غذائية مهمة للصحة وخصائص مضادة للميكروبات (ما يفسر استخدامها الواسع) كما أنها تعبير عن الثراء والغنى ليس التوابل فحسب بل حتى تفضيلاتنا للأغذية حلوة المذاق ما هو إلا سلوك متوارث عن أسلافنا الذين كان استهلاكهم لهذا النوع من الأغذية عاملا مهما للحفاظ على الحياة آنذاك نظرا لما كانت تتطلبه من طاقة (Saadi, 2005, 6) وفي اتجاه تطوري آخر يشير كرييس (2009) إلى نظرية الجين ثريفتي Thrifty genes كتفسير تطوري جيني وراثي لكيفية تعامل الإنسان مع فترات المجاعة والوليمة: يعني أن أسلافنا الحاملين للجين ثريفتي كانت لديهم القدرة على تخزين الدهون خلال فترات الوفرة لمواجهة فترات المجاعة ونقص الغذاء، وهوما يفسر لنا مساهمة هذا الجين في ازدياد الوزن والإصابة بالسمنة في أيامنا هذه المتميزة بالوفرة الغذائية.

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

التفسيرات النفسية: تبنى الأخصائيون النفسانيون مقاربات متنوعة لتفسير السلوك الغذائي فربطوا بين الغذاء والحالة المزاجية، كأن يتجه الأشخاص المحبطون أو المعرضون للضغوط الشديدة لتناول الأغذية الغنية بالكربوهيدرات كشكل من أشكال العلاج الذاتي لأنه يخلق نوعاً من الابتهاج والشعور بالسعادة والمتعة أو ما يصطلح عليه Wurtman 1990 بمتلازمة شغف تناول الكربوهيدرات (**Carbohydrate craving syndrom**) كاستجابة للانفعالات السلبية التي يرافقها تراجع افراز السيروتونين. وهو ما أكدته دراسة طويلة حديثة لـ Maloney, G (2015) وزملاؤه حيث اتفق مع ما أشار إليه Lyman 1979 عن الفك المغلق من التأثير المتبادل بين المزاج والطعام، كما أكد Match وآخرون في نظريتهم القائمة على ثنائية الاتجاه والتأثير بين الانفعالات والسلوك الغذائي، يعتبر التدوق احد قنوات هذا التأثير المتبادل فقد أشارت الدراسات إلى أن الانفعالات السلبية والقلق يخفض المذاق الحلو ويعزز المذاق الحامض والعكس يحدث مع الانفعالات الايجابية (Louise Arvidsson and all,2017,2)، فلا طالما اتجهنا إلى تناول المتلجات، العصائر المحلاة، الحلوى والشوكولاتة في حالات الإحباط والقلق.

هذا ويضيف علم النفس تفسيرات أخرى كالتعرض للطعام مشيراً إلى حالة من رهاب الطعام **Food Neophobie** التي تحدث بسبب التعرض الحديث لأطعمة جديدة، وتظهر خاصة عند الأطفال الصغار أثناء فترة التغذية التكميلية ولدى الراشدين الذين يختبرون أطعمة ثقافات جديدة خلال أسفارهم وتقلاتهم ويرى Brich, Marlin 1982 و Plener وآخرون 1993 أن رهاب الطعام يرتبط بعلاقة عكسية مع: مستوى التعرض، المستوى الاجتماعي والثقافي، درجة التحضر والاحتكاك مع الثقافات وكذا التاريخ المرضي المرتبط بالسلوك الغذائي.

ولم يغفل الأخصائيون النفسيون عن أثر التعلم الاجتماعي والنمذجة في تفسير سلوكياتنا الغذائية: حيث تنتقل الأجيال وتمارس نماذج من السلوكيات الغذائية لأبائهم ومعلميهم وغيرهم ممن يهتمون بهم متأثرين بالرسائل الإعلامية المختلفة كإعلانات الأغذية.

6-2-3 أنماط السلوكيات الغذائية: صنف المعهد الألماني للأبحاث السوسيوبيئية (في إطار مشروع *التحولات الغذائية* **Tournant alimentaire** لسنة 2004) سبعة أنماط للتغذية كحصىلة ل: أسلوب الحياة الأفراد، اتجاهاتهم نحو التغذية وبالطبع ممارساتهم وسلوكياتهم الغذائية وهي:

***متناولي الوجبات السريعة (les fast fooder):** ويتميز هذا النمط بغياب الاهتمام بمسائل الصحة والغذاء الصحي ولا بالحفاظ على وتيرة ثابتة للأكل كما أن مصدر تغذيتهم الأساسي خارج المنزل.

***مفضلي اللحوم والأغذية الاقتصادية mangeurs de produits bon marche:** المهم لدى هذا النمط هم أن يكون حجم انفاقهم على الغذاء منخفض وإن كان على حساب صحتهم، تتراجع لديهم عادات الأكل العائلي ويتجهون لتناول اللحوم بسهولة تحضيرها.

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

*معدّي الطعام بالعادة ودون متعة **les cuisiniers par habitudes et sans plaisir**: يتميزون بتجدر العادات الغذائية اليومية التي ينقص فيها الوعي الغذائي وتغيب عنها المتعة كوظيفة أساسية للغذاء باعتباره مجرد ضرورة بيولوجية لا أكثر.

*المهتمين بالرشاقة **les motives accros fitness**: يفضلون الأغذية عالية الجودة من الناحية الغذائية (كالأغذية العضوية والوظيفية)، لتحقيق الكمال الصحي نجدهم جد منضبطين في سلوك الأكل.

* **القلقين المضغوطين: les mangeurs stresses**: عادة هم مهتمين بتوفير أحسن نظام غذائي مفيد للصحة، إلا أن هذه العملية مصدر للقلق بالنسبة لهم خاصة وأنها تشكل عبئا إضافيا في حياتهم. (خاصة لدى الأمهات العاملات ذوات الوعي الصحي المرتفع).

* **الواعيين les exigeants conscient de leurs alimentations**: بسبب وعيهم الغذائي المرتفع، يولون الأولوية لاستهلاك والاستمتاع بكل ما هو مفيد للصحة كما، نوعا، مكانا وزمانا. (يتجنبون المضافات الغذائية والملونات الصناعية .

* **ذو الاتجاه الصحي les orientes sante**: لا يختلفون عن النمط السادس، لكن يزيدون عليهم بالاهتمام بمسألة المذاق واستساغة الأكل المحلي والفصلي خاصة ويشكل عامل الوزن لديهم مؤشرا يتحكم في خياراته الغذائية. (Doris,H ,2009,56)

لا شك أن هذه الأنماط منتشرة بتفاوت في كل المجتمعات التي لا تعاني حالة من نقص الغذاء بقدر ما تعيش حالة من التحول الغذائي، المرتبط بجملة من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية التي تحدد أنماط السلوكية الخاصة بالنواحي الغذائية (أحمد، هاني، 2013، 22)، كما أنها تشكل ضمنا الأنظمة الغذائية المعتمدة.

7- السلوك الغذائي الصحي:

سنبدأ هذه الفقرة بطرح سؤال أعتقد أنه مهم ويسبق التساؤل عن السلوك الغذائي الصحي وهو ماذا يعني الغذاء الصحي بالنسبة لنا؟ يعتقد Aress وزملاؤه (2016) كما ورد في (Mariya V ,2017,16,5) أن الغذاء الصحي يرتبط بجوانب مختلفة من الصحة، ليس فقط الجسدية (الأمراض) ولكن بالجوانب الاجتماعية، الروحية، الثقافية والانفعالية لحسن الحال، فعندما يختار الأفراد تناول غذاء صحي فان قراراتهم لا تركز حصريا على الإجابة عن ماذا سنأكل لكنها تثير انشغالات أخرى عن كيف، متى، كم ومع من سنأكل.

بيدوا مما سبق وكأن الأفراد قد وضعوا ضمنا توجهها نظريا حول مفهومهم للغذاء الصحي يحوي شقين أساسيين: الأول يتعلق بخصائص الغذاء الصحي (ماذا نأكل) والثاني يتعلق بالأنماط أو الأساليب أو الطرق التي نأكل بها (كيف نأكل).

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

من خلال الاطلاع على التراث العلمي حول موضوع الغذاء نجد أن أغلب الدراسات ركزت على الشق الأول بامتياز لتجيب عن سؤال جوهري هو ما الذي يجعل هذا الغذاء مفيد أو مضر بالصحة؟ متجاهلة سؤالا مهما هو تمثلاث، اعتقادات وتقييمات الأفراد ليس فقط حول طبيعة الغذاء الصحي كمثير توفره البيئة بل وحول أنماط الممارسات الغذائية المفيدة أو المضررة بالصحة كاستجابة سلوكية، معرفية وانفعالية لهذا المثير أو بعبارة أبسط كيف يجب أن نتناول الغذاء.

ولتدرك هذه الفجوة يجب الوقوف مبدئيا على مؤشرات بغاية الأهمية وهي: أفكار أو معتقدات الأفراد حول خصائص الغذاء الصحي، وأفكارهم ومعتقداتهم حول خصائص السلوك الغذائي الصحي.

بالنسبة للمؤشر الأول القائم على اتخاذ قرار حول ما هو مفيد أو مضر للصحة من أغذية فهو يخضع لعدد كبير من العوامل، فالأفراد يميلون لاستعمال اختصارات معرفية لتصنيف الجيد والمضر للصحة من جملة الأغذية المتوفرة، فالأسيويين مثلا يصنفون الأغذية إلى حارة وباردة في حين يصنفها البريطانيون بسهولة الهضم وصعوبة الهضم، وهو ما يتبناه الأسيويين فنجدهم يتجنبون الأغذية المشوية لأنها حسبهم صعبة الهضم وعلى العكس من ذلك يعتقد الغربيون أن الأغذية المشوية مفيدة جدا للصحة. في بعض الحالات يقترن الغذاء الجيد بخاصية الطبيعي في مقابل المصنع أو يفضل البعض الطبيعي في حين يعتقد أن الغذاء المصنع خاصة المبيستر آمن لان نسبة تلوثه ضئيلة جدا، وفي حالات أخرى يميل الأفراد إلى الأغذية قليلة الدسم والملح والسكر في مقابل كثيرة الدسمة، المالحة والحلوة كحك آخر لاتخاذ القرار بشأن الغذاء الصحي، كما يتجه الأفراد كذلك للتصنيف العقائدي القائم عن المباح (الحلال المسموح) والمحظور (المحرم المرفوض)، كما تشكل بعض فترات الحياة محكا آخر لتحديد الغذاء الصحي أو غير الصحي كفترات الحمل والرضاعة عند المرأة، أين تتحول بعض الأغذية التي كانت من قبل صحية إلى مضررة كبعض البهارات القوية أو القهوة والشاي والأمر سيان عندما يتعلق الأمر بالمستوى الصحي لبعض الأفراد فيصبح مثلا تناول الأغذية الغنية بالألياف رغم كونها مفيدة للصحة مضررة جدا لمن يعاني من مرض كرون .

ما سبق نجد أن اعتماد تصنيف للأغذية الصحية بالصعوبة بمكان لاعتبارات مختلفة، وهي تتباين من مجتمع لآخر ومن فرد لآخر ومن فترة عمرية لأخرى.

أما بالنسبة للمؤشر الثاني الذي تشكله الطريقة، الوقت، الوتيرة ... التي نأكل بها فتعتقد الباحثة من خلال قراءاتها إلى غياب تحديد نظري أو على الأقل نموذج نظري لنمط السلوك الغذائي الصحي وما يبرر ذلك هو التباين في المحكات التي يتبناها كل مجتمع في تحديد طبيعة هذه السلوكات، فالمجتمع الفرنسي مثلا يربطها بالسرعات الحرارية المتوازنة واستساغة الطعام، في حين يعتقد الأمريكي أن السلوك الغذائي الصحي يجب أن يعتمد على تنظيم تناول الوجبات وعدم تجاوز أي واحدة خاصة وجبة الفطور مع أهمية غناها

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

بالبروتينات الحيوانية، أما البريطانيون فيؤكدون على ضرورة الجلوس عند الأكل والانتظام في تناول الوجبات أما الأتراك فيركزون على عدم تناول الأكل في ساعات الليل المتأخرة واحترام مواقيت الوجبات وعدم تجاوز الوجبة الصباحية، في حين أن اليابانيين يصرون على الاستمتاع بالوجبات الخفيفة وعدم الأكل في المساء (Mariya V, 2017, 18-21)، أما المجتمعات المسلمة فنجد أن التعاليم الدينية وفرت المحكات المحددة لما هو الصالح للصحة من سلوكات غذائية كالاعتدال في كمية ما نتناوله، الجلوس وتصغير اللقمة، تجنب التخمرة والنظافة وغيرها، وبهذا يصبح على غرار تحديد الغذاء الصحي، تحديد السلوك الغذائي الصحي أمرا صعبا يتطلب أولا نتائج علمية موثوقة عن جملة الأنظمة الغذائية المفيدة للصحة وثانيا توظيف تدخلات عملية لتوطين تلك النتائج في الذهنيات.

إذا مجرد توفر الغذاء ليس كافيا للارتقاء بالصحة والحفاظ عليها ما لم يكن مرتكزا مفصليا للممارسات صحية تقود الأفراد إلى:

- تحقيق تغذية متوازنة تتيح الفرصة للحصول على جميع العناصر الغذائية الضرورية للجسم والتي توفرها مواد غذائية متنوعة، ومن هنا يصبح سلوك التنوع والتكامل بين مختلف العناصر الغذائية أثناء الوجبات سلوكا صحيا بامتياز.
- الحفاظ على سلامة الغذاء من التلوث بمراعاة سلوكيات السلامة والنظافة بدءا من اقتناء الغذاء (اختيار الأقل تلوثا بالمبيدات، والذي يحتوي اقل نسبة من المواد الحافظة والملونات والنكهات الصناعية ...) إلى تحضيره (تفادي أواني الطهي المتأكسدة، اعتماد الطهي على البخار بدل القلي في الزيوت ... الخ) وأخيرا وصولا إلى تناوله (الحرص على نظافة الأيدي والفم ومكان وأدوات تقديم الطعام ... الخ).
- الحرص على أن يتحقق من خلال ممارسة مختلف السلوكيات الغذائية الوظائف الاجتماعية، الانفعالية والرمزية التي تجعل منها خبرة يومية مدعمة للصحة الجسمية، النفسية والاجتماعية.
- رفع مستوى الوعي الصحي بانتهاج سلوك البحث المعرفي الذاتي المستمر حول كل ما يتعلق بالتغذية والصحة. (درياس ومزوز، 2017، 3)

7-1 محددات السلوك الغذائي الصحي:

7-1-1 الوعي والحدس كمحكات لتحديد السلوك الغذائي الصحي: يعتبر الوعي الغذائي محور أساسي من محاور الوعي الصحي وهو ترجمة المعارف حول التغذية السليمة المتوازنة إلى سلوكيات غذائية صحية يومية. وبهذا فإن انخفاض الوعي الغذائي يؤثر سلبيا على معدلات الحياة ومستويات الصحة، إذ تشير الدراسات إلى أن 10 ملايين طفل في عمر أقل من 5 سنوات يموتون سنويا وأن سوء التغذية (الزيادة - النقصان) يتسبب في وفاة أكثر من نصفهم. (Somiya.G, 2014, 199) قد تبرز المجاعات في الدول الفقيرة هذا الرقم إلى حد

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

ما، إلا أن الكثير من الدراسات ترجع معظم حالات سوء التغذية (المسببة للوفيات) إلى الجهل بأصول التغذية الصحيحة أولاً ثم عدم تطبيقها حتى في أكثر البلدان تقدماً، التي يعاني منها القليل من فقرائها لضعف إمكانياتهم والغني فيها يعاني منها بسبب جهله أو تجاهله بالأسلوب الوقائي والصحي في الغذاء: أي بسبب ضعف أو انعدام وعيه الغذائي.

يعتبر الاعتماد على مفهوم الوعي أو الحدس في التغذية من المقاربات الحديثة لدراسة السلوك الغذائي لدى الإنسان والتي تعتمد على مؤشرات الجوع والشبع والانفعالات المصاحبة أكثر من المثيرات البيئية (التعليمية مثلاً) المؤثرة في التغذية كسلوك حيوي، ففي الوقت الذي يتحكم الوعي والقصد في اختيار الطعام كاستجابة صحية مثلى لمطلب بيولوجي هو الحصول الغذاء وتحقيق للمتعة الحسية والنفسية والجسمية من خلال: حسن اختيار العناصر الغذائية وانسب الأوقات لتناولها، غياب الإفراط والاعتدال في الحصول على الطعام، الأكل ببطء.. الخ وهو ما يصطلح عليه بالتغذية الواعية، يظهر السلوك الغذائي الحدسي كسلوك لا مشروط في اختيار الغذاء أو طريقة ووقت تناوله أو كميته ونوعه، والذي لا يحكمه سوى إشارات الجوع والشبع وتلبية فورية مستعجلة لحاجة الأفراد للاستمتاع، خفض القلق أو كاستجابة مرضية (خاصة في اضطراب الشراهة العصبية أو نوبة الأكل... الخ).

بغض النظر عن الآثار الصحية المترتبة عن هذا السلوك، يتأثر كلا النمطين بالحالة النفسية (كالانفعالات)، الوضعية الفسيولوجية (عصبية كانت أو هرمونية، مراكز الجوع والشبع والتذوق)، النسق الثقافي البيئي (كالعادات والتقاليد الغذائية) والمستوى المعرفي (كطبيعة إدراك القيم الصحية المرتبطة بالغذاء (Karine G, 2013, 26-28)

يندرج النمط الأول من السلوك الغذائي ضمن السلوكيات الصحية الايجابية وهو ما تؤكدته الكثير من الدراسات: فلقد توصل Framson et al 2009 في دراسة على عينة مكونة من 303 فرد تتراوح أعمارهم بين 18 و80 سنة إلى وجود علاقة عكسية بين سلوك التغذية الواعية ومؤشر كتلة الجسم وهو ما يدل على أن هذا النوع من السلوك الغذائي يدعم الصحة بشكل ايجابي. (Framson, C, and, 2009, 1439-1444). أما النمط الثاني فيقع على الطرف السلبي للسلوكيات الصحية ونضرب مثال على ذلك من خلال طبيعة الأخذ الغذائي غير الصحي (المعتمد على ما توفره مطاعم الأكل السريع) الذي يميز ما يتناوله طلبة الجامعات أثناء الدراسة أو العمال أثناء الدوام، وهو النمط الذي يتناول فيه الأفراد ما يناهز كوبين من السكر المكرر يوميا (Melissa N Laska, 2014, 2136)

7-1-2 العادات والمعتقدات الثقافية كمحكات لتحديد السلوك الغذائي الصحي: العادات الغذائية تعبير عن مظاهر السلوك الجمعي المتكرر في إعداد وتناول الطعام وهي تعتمد على مزيج من العوامل النفسية، الاجتماعية

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

والاقتصادية وتختلف من حيث انتشارها فمنها خاص يسود مناطق معينة أو مجموعات معينة وبعضها يسود المجتمع ب كله ولقد عرفها Dean و Bogs بأنها الطرق المتبعة في اختيار وتناول واستعمال الأغذية المتوفرة وهي اشمل جميع عادات إنتاج الغذاء، تخزينه، تصنيعه وتناوله. (عبد الرحمن مصيقر، 2004، 69)

وتعرف Mead (1945) العادات الغذائية بأنها خيارات الأفراد والجماعات، كاستجابة للضغوط الاجتماعية، الثقافية لأجل الانتقاء، الاستهلاك والاستغلال الجزئي للمصادر الغذائية المتوفرة. (Igor De 30 Garine, 1988). ينطوي هذا التعريف على إشارة واضحة عن الارتباط الوثيق بين العادة الغذائية والاعتقاد السائد حول مدى أهمية تلك العادة في حياة الأفراد من النواحي الدينية، الاقتصادية، الاجتماعية وبالطبع الصحية، ولعلنا نجد في ما تقدمه دراسات أنثروبولوجيا الغذاء إجابات واقعية عن طبيعة العلاقات التبادلية بين عناصر الثقافة المادية المرتبطة بالغذاء كطرق الإنتاج، الحفظ، التخزين، الاستهلاك... الخ والعناصر غير المادية (المعنوية) المرتبطة بالتنظيم الاجتماعي المسؤول في غالب الوقت عن خياراتنا، تفضيلاتنا واستيعاداتنا (احجاماتنا) الغذائية، بكل ما يحتويه من معتقدات دينية (أغذية طقوسية)، جمالية (للتسمين والتحفيف والمحافظة على الشباب... الخ)، علاجية (للإخصاب مثلا)، وتقوم الأسرة باعتبارها نواة المجتمع بتربية الطفل وتعريفه بالعادات والسلوكيات الغذائية الممارسة مشكلة بهذا اتجاهاته المرتبطة بالغذاء بما يتفق مع ما يعرف بالعرف الغذائي وهو جملة الآداب الغذائية السائدة في المجتمع.

ولما كانت التغذية وما يرتبط بها من سلوكيات حاجة لا تتوقف عن الإلحاح على الشخص، فإنها أخذت مغزى اجتماعي ورمزي، كما أنها شكلت قنوات للتواصل وأصبحت وسيلة لإنشاء الارتباطات والالتزامات وممارسة التأثيرات عليه (أي الفرد) كوحدة بيولوجية، نفسية واجتماعية. (درياس ليلي، 2018، 4)، ومما لا شك فيه أن لكل مجتمع عادات في طريقة تناول الطعام فمنها ما يتعلق بطريقة الجلوس، ومنها ما يتعلق بالفئات الجنسية التي تتناول الوجبة الغذائية مع بعضها ومنها ما يتعلق بالكلام أثناء الأكل، والتي قد يكون للدين، البيئة أو التاريخ دور فيها (أحمد عمارة، 2015) لكنها في الأخير تشكل النمط الغذائي للأفراد، ففقر وجبة الإفطار الموروثة من النظام الغذائي الفرنسي لدى الجزائريين على سبيل المثال تشكل أحد ملامح الحالة الغذائية للمجتمع الجزائري، وعادة تقسيم الغذاء إلى قسمين الأفضل للذكور والأقل للإناث ساهمت بشكل واسع في عدم حصول إناث المجتمعات العربية على احتياجاتهن من العناصر الغذائية الضرورية (ثمار الصحة، 2012، 7) كما أن تجنب السيخ للحوم البقر لاعتباراتهم الدينية من شأنه إفقار متناولهم الغذائي من البروتين الحيواني الذي يحتوي على جميع الأحماض الأمينية الأساسية للجسم، ويشير Receveur 1996 و Kuhnlein إلى نقص متناول شعب اليوشمان (الكلاهاري) من الفيتامينات، ما أدى إلى ظهور اعتلالات كالأنيميا وبعض أمراض الكبد والسبب وراء هذا هو التحول نحو المدنية والتحضر (Aina, 2012) والأمر لا يختلف عند شعب الأيساميا بكينيا التي يعاني أطفالها ونساءها من سوء تغذية حاد بسبب نقص المتناول الغذائي

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

من البروتينات الحيوانية بسبب حضر تناول أغلب مصادرها الغذائية على هذه الفئة. (Cristine. Grabovschi,2011,8)

بالرغم من تنوع المحددات واختلاف تصنيفاتها إلا أنه لن تغير من كون هذا السلوك موجه لضمان حسن الحال (Bien être) والراحة الجسمية، النفسية والاجتماعية للأفراد، وهوما ينسجم تماما مع تصور منظمة الصحة العالمية لمفهوم الصحة وبهذا يمكن الجزم بأنه لا وجود لسلوك غذائي مرضي أو غير صحي ما لم تكن نتائجه مضرّة بالصحة. (Patricia ,F.G and Edouard,G,2012)

7-2 اضطرابات السلوك الغذائي: يعتبر السلوك الغذائي مضطربا ما لم يحقق وظائفه الأساسية الثلاث وهي الوظيفة البيولوجية (الإمداد بالطاقة والمغذيات)، المتعة (الانفعالات الايجابية) والوظيفة الرمزية (العلائقية والثقافية) المساهمة في الحفاظ على الصحة وحسن الحال، وإذا تحققت الشروط الثلاث الآتية في السلوك الغذائي:

1- الشذوذ كما وكيفا عن ما هو سائد في بيئة الفرد الغذائية الاجتماعية والثقافية.

2- التأثيرات السلبية على الصحة الجسمية (السمنة، سوء التغذية...الخ) والصحة النفسية (الوساوس القهرية، الاكتئاب، العزلة والشعور بالنبذ الاجتماعي...الخ).

3- يشهد على معاناة نفسية أو اعتلالات تشريحية للعضوية المسؤولة عن الأكل. (Anne-Laure,2013, 5) وتضيف (4, Chantal Martin, 2014) شرطا آخر وهو أن لا تكون أعراض ثانوية في اضطرابات نفسية أو جسمية و تتراوح السلوكات الغذائية بين السواء والاضطراب كما هومبين على المحور التالي:



مخطط رقم 04: محور السلوكات الغذائية من السواء إلى الاضطراب (الباحثة)

ظهرت اضطرابات الأكل لأول مرة في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية DSM سنة 1980 كاضطرابات فرعية في الطفولة والمراهقة وحظيت بالكثير من الدراسات إلى أن أفرز لها فصلا مستقلا في DSM5 سمي باضطرابات الأكل والتغذية Feeding and Eating Disorders والذي يحتوي على

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

اضطرابات الطفولة (كاضطراب البيكا: وهو اكل مواد غير غذائية لفترات طويلة أو اضطراب الاجترار: وهو ارتجاع متكرر للمواد الغذائية) واضطرابات القهم والنهم العصبي ونوبة الشرهة في الأكل (Ann, Sheri ,2016,John ,Gerald),، أما في التصنيف الدولي للأمراض CIM فموقعها في الفصل F50

7-2-1 بعض اضطرابات الأكل النموذجية: هي نتيجة مباشرة لفشل مزمن في التنظيم الذاتي لتناول الغذاء (Luc G Pelletin ,2004 ,246) وتعتبر من الاضطرابات السيكاترية المعقدة والمزمنة، تصنف إلى اضطرابات نموذجية كفقدان الشهية العصبي والشرهة العصبية وأخرى غير نموذجية وتضم عددا من الاضطرابات كنوبات الشره (boulimique l'hyperphagie)، الارتجاع (le mérycisme)، الأورتوكسيا (l'orthorexie)، الانوريكسيا الرياضية (l'anorexie athlétique)، الأكل أو القضم المرضي (le grignotage pathologique) (Anne-Laure,2013 ,5-6)

فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa: (نحول المراهقة) عادة ما يبدأ مع بداية أو وسط سنوات المراهقة، غالبا ما يكون بعد إتباع نظام غذائي أو التعرض لمشقة من ضغوط الحياة ويشخصه DSM5 لدى الفرد عند توفر المعايير التالية: السلوكات المقيدة التي تعزز الوزن الصحي (كقلة تناول الطعام وهو ما يصطلح عليه بالنوع المقيد، أما في حال القيئ المتعمد، الإفراط في تناول المسهلات ومدرات البول فهو يعرف بالنوع التطهيري)، مؤشر كتلة الجسم BMI أقل من 18.5، الخوف الحاد من زيادة الوزن أو السمنة والذي يستمر حتى مع الانخفاض الشديد للوزن وهوما يقابله تشوه صورة الجسم أو الإحساس بشكل الجسم. الا أنه يتطلب لاكتمال تشخيصه عدم وجود أي خالة طبية أو سيكاترية مسئولة عن الأعراض (ديفيد .ه بارلو، 662، 2002) (<http://medlinplus.gov>) يميز السلوك الغذائي في هذا الاضطراب ما يلي: اختيار نظام غذائي فقير جدا من السعرات الحرارية، الكربوهيدرات والدهون وتناول الطعام بمعزل عن الآخرين بما فيهم أفراد الأسرة بالإضافة إلى تجنب المناسبات الاجتماعية التي يكثر فيها الطعام تصاحب هذا الاضطراب عواقب جسمية كانهخفاض ضغط الدم، بطء ضربات القلب، ظهور مشكلات بالكلى والأمعاء، انخفاض الكثافة العظمية، جفاف الجلد، هشاشة الأظافر، اختلال الهرمونات، الأنيميا، انخفاض الأملاح المعدنية بالجسم، تساقط الشعر وغيرها من أعراض سوء التغذية. تستغرق فترة الشفاء من سنة إلى ثلاث سنوات وقد تحدث انتكاسات قبل الوصول إلى نمط ثابت من الغذاء ووزن مناسب، أما أسوأ مال متوقع غالبا ما يكون الموت بسبب المضاعفات الجسدية (كاحتقان عضلة القلب) أو الانتحار.

النهم العصبي: عادة ما يبدأ مع بداية المراهقة أو نهايتها والتي تظهر فيها حالات الشره للطعام أثناء مرحلة تتبع نظام غذائي معين (كالنظام الغذائي للرياضيين)، ويحدد DSM5 بعد أن انفصل هذا الاضطراب عن الانوريكسيا (Soderestern,M and all,2017,179) ثلاث معايير أساسية لتشخيصه وهي: نوبات متكررة

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

من الشراهة في الأكل (مرة في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر)، السلوكيات القهرية المتكررة للحفاظ على الوزن (كالقيء) كما يمثل كل من شكل الجسم والوزن تقييمات ذاتية جوهرية. انه بالضرورة بمكان تحديد الاضطرابات المرتبطة به كاضطراب الشخصية، اضطرابات: السلوك، القلق واستخدام المواد. ويتميز السلوك الغذائي في هذا الاضطراب ب: سرعة تناول الطعام (وما ينجر عنها من عدم المضغ والاكتفاء بالابتلاع فقط)، استهلاك كميات غير اعتيادية من الطعام (فقد يتناول المضطرب في جلسة أكل واحدة مقدار ما يتناوله الفرد طيلة اليوم)، إلا أن خيارات الطعام غير مقيدة ومع هذا مقدار السرعات الحرارية غير ثابت في كل نوبة أكل فقد يحرم نفسه من بعض الأطعمة المفضلة (خاصة الحلوة) ويقوم بعدها بممارسة سلوكيات تعويضية في شكل جلسة شراهة في اليوم التالي وبصفة عامة يتميز سلوكه الغذائي بفقد السيطرة التام. كغيره من الاضطرابات المرتبطة بالتغذية يخلف جملة من العواقب الجسمية الخطيرة كنواتج الاستخدام غير المناسب للأدوية والمسهلات ومنها تغير في نسب الأملاح المذابة بسبب تكرار الإسهال المستنثار بالمليينات، اضطراب معدل نبضات القلب، تمزق أنسجة المعدة والحلق، تآكل مينا الأسنان بسبب أحماض المعدة وتضخم الغدة اللعابية. ومع هذا تبقى نسب الوفاة منخفضة مقارنة مع القهم العصبي. ترتفع احتمالات الشفاء مع الكشف المبكر خاصة في غياب الاضطرابات المصاحبة كالإكتئاب واضطرابات الشخصية واضطراب القلق.

اضطراب الشراهة في الأكل: Bing eating disorder تبدأ الإصابة بهذا الاضطراب غالبا في متوسط سن 14.4 ولقد أسفرت نتائج الدراسات حول هذا الاضطراب عن انتشاره بنسبة تفوق انتشار الاضطرابين السابقين وهو ما أدى إلى إدراجه في DSM5 الذي حدد له معايير تشخيصية تتمثل في نوبات متكررة من الشراهة (مرة في الأسبوع لمدة ثلاث أشهر) (DSM5) مع فقدان السيطرة وعدم القدرة على التحكم بسلوك الأكل أثناء النوبات والتي تنتهي عادة بالشعور بالكرب، لا يصاحب هذا الاضطراب فقدان الوزن كما هو الحال في فقدان الشهية العصبي كما لا يتم استخدام الوسائل التعويضية (كالقيء والمليينات، الصوم أو ممارسة النشاط الرياضي). يعتبر الاعتداء الجنسي والسمنة أثناء فترة الطفولة وما يترتب عنها من إحساس بالحرج ونقص الثقة بالنفس أو حالات الإكتئاب من العوامل التي تزيد من احتمالات الإصابة بهذا الاضطراب. ويتميز السلوك الغذائي في هذا الاضطراب بالسرعة الفائقة في تناول الطعام والانعزال أثناء نوبة الأكل. وعلى غرار اضطرابات الأكل الأخرى تترتب عن هذا الاضطراب آثار جسمية مرتبطة بالسمنة كالسكري من النوع الثاني ومشكلات الأوعية القلبية، صعوبات التنفس ومشاكل المفاصل والعضلات، أما عن المال، فإن حادثة التشخيص أفرزت عددا قليلا من الدراسات في هذا الاتجاه إلا أنها تتفق على نسبة الشفاء التي تتراوح بين 25 و37% (Ann, Sheri, John, 2016, 664-667) تزداد احتمالات حدوث هذه الاضطرابات في الفترة العمرية بين 11 و19 سنة (Knightsmith, P and Treasure, J, 2013, 1004) وبالرغم من هذا فهي تشكل واحدة من اضطرابات النمو العابرة الأكثر شيوعا، إلا أن نسبة من 1 إلى 2 % منها قد تتحول إلى الإزمان حسب ما أشار إليه

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

المركز الكندي الاستراتيجي لمراقبة نمو الأطفال في تقريره لسنة 2013. (<http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/docs/coups-d'oeil/comportements-alimentaires-info.pdf>)

7-2-2 اضطرابات الوزن:

البدانة: تنجم السمنة بشكل أساسي عن تفاعل وتداخل معقد بين القابلية الوراثية وعوامل الخطر البيئية، هذه الأخيرة التي يمكن تقسيمها إلى عوامل خطر غير غذائية كاتساع البيئة التي تحد من فرص ممارسة النشاط البدني وعوامل خطر غذائية كوفرة الأطعمة الغنية بالطاقة التي أدت إلى استهلاك الطاقة المفرط السلبي (حيدر عبد الله، 2015، 3)، ومع هذا فهي ليست اضطرابا غذائيا رغم أنها مشكلة صحية عامة (Ann, 668, 2016, Sheri, John, Gerald). إذ تضاعف عدد الأشخاص الذين يعانون السمنة ثلاث مرات منذ سنة 1970 (Victor Morge, 2013, 161). تحدث السمنة عندما يفوق ما يحصل عليه الفرد من طاقة مقدار ما يصرفه منها (Lean.L, Jennifer.O. And all, 1997).

وتشير السمنة إلى زيادة كمية الدهون في الجسم مع ارتباط هذه الزيادة بمخاطر صحية (داء السكري من النوع الثاني، أمراض القلب، اضطراب هرمونات التناسل، الاضطرابات النفسية... الخ)، وتشخص السمنة باستعمال مؤشر كتلة الجسم BMI أكبر أو يساوي 30 (حاصل قسمة الوزن بالكيلوغرام على مربع الطول بالمتر) (Adélaïde V, 2011, 6). ويشير (عبد الرحمن مصيقر، 2003، 14، 15) إلى أنه وبسبب ارتفاع احتمالات الإصابة بالسمنة خلال المراهقة لما تحمله من تغيرات فيزيولوجية محفزة لتراكم الدهون انتبه خبراء منظمة الصحة العالمية إلى ضرورة تدعيم تشخيص السمنة لدى المراهقين بمقياس سمك الجلد.

كما تجدر الإشارة إلى ارتفاع احتمال إصابة البدناء بالاكنتاب (Markus Joleka and all 2016, 306) ناهيك عن معاناتهم ناء من جملة من الاضطرابات: النفسية (تدني مستوى تقدير الذات، تشوه صورة الجسم والإدراك الصحي... الخ)، الاجتماعية (حالة من الانعزال بسبب الوصم الاجتماعي)، السلوكية (سلوك الحمية القاسي أو الشراهة للأكل) والجسمية (الأم جسمية، اضطراب في التراكيز الهرمونية بالجسم، أمراض مزمنة، حالات سوء التغذية... الخ). (Mary G, Monica D, 2011, 6)، ويرى بعض العلماء أن ارتفاع معدلات السمنة ما هو إلا انعكاس لنوع خاص من الادمانات، تكون بعض المواد الغذائية هي المادة المدمنة فيه. (Johannes Hebebrand and all, 2014, 299).

7-2-3 بعض اضطرابات الاكل غير النمذجية:

إدمان الطعام: (Food Addiction)

عرفه Randolph قبل أكثر من 60 سنة على أنه فرط تناول مادة غذائية أو أكثر، ويتظاهر من خلال العلاقة الاعتمادية ببعض الأغذية والتي ينتج عنها ويرافقها نفس الأعراض المترتبة عن آلية الإدمان، ومن أمثلتها إدمان المواد السكرية، القهوة، البيض أو البطاطا... الخ (Johannes Hebebrand and all, 2014, 297) (Sarah, Paul, 2016, 5)، ويعتبر إدمان الطعام من السلوكات غير الصحية التي تقع بين الادمانات السلوكية كالقمار مثلا وإدمان العقاقير كالمخدرات.

بالرغم من انه قد يكون من المؤشرات الحاضرة بقوة في اضطراب البدانة ونوبة شراهة الأكل BED إلا أنه يمكن أن يتم تشخيصه بشكل مستقل عنهما، وتعتبر إدمان السكر والملح والمواد الدهنية أكثر أنواعه شيوعا وإن كان لم يحظى بالتصنيف في DSM على غرار اضطرابات الغذاء والتغذية الأخرى. Johannes (Hebebrand and all, 2014, 302-303)

تجدر الإشارة إلى انتفاء تشخيص هذا الاضطراب في حال لم ينتج عنه فشل في تجنب تناول كميات كبيرة من أطعمة بعينها وما لم تكن نتائجه سلبية على الصحة (Asmaa Abdelfatah Ashahat, 2015, 2)

الأكل الانفعالي: ينتج عندما يتجه الأفراد لتناول الأغذية (الأكل) كاستجابة للانفعالات السلبية، الاكتئاب، بعض اضطرابات المزاج ويعتبر من أنماط الأكل المشكلة لارتباطه بالوزن الزائد وتناول الأغذية غير الصحية. يرفع الأكل الانفعالي من احتمالات الإصابة بالبدانة وهو عادة من المؤشرات التي تسبق اضطرابات السلوك الغذائي الشائعة. (Jieun, Ryown and all, 2016, 162)

كانت هذه بعض الاضطرابات الغذائية لكن يجب لفت الانتباه إلى سلوكات غذائية قد لا تبدو للوهلة الأولى أنها ضارة لأن أهدافها الظاهرية مدعمة للصحة كبعض اضطرابات الغذاء اللانمذجية ونذكر منها:

➤ **الأرثوريكسيا:** ظهر المصطلح لأول مرة سنة 1997 من طرف الطبيب Bratman وهو في الأصل ينتمي إلى اللغة الإغريقية حيث يعني القسم الأول وهو Orthos "دقيق" أما الجزء الثاني Orexis فيعني الجوع بهذا (Anne-Laure Moscone, 2013, 5)، وبهذا تتميز الشخص المصاب بهذا الاضطراب باتجاه قوي نحو الغذاء الصحي وانتباه شديد نحو نوعية الأكل بالإضافة إلى التطرف في التغذية السليمة المخطط لها بشدة والخاضعة لقواعد غذائية صارمة (Chantal Martin, 2014)، يعتبر من السلوكات القهرية المرتبطة بالغذاء الصحي والتغذية السليمة، تصاحبه مخاوف كبيرة حول الصحة

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

وجودة الأغذية وفي الحالات القصوى يشكل هذا الاهتمام موضوع سلوكيات القهرية ووسواسية مرضية يتجاوز ضررها مجرد غياب تحقيق أحد أهم الوظائف التغذوية ألا وهي المتعة إلى إعاقة سيرورة الحياة (Márta Varga and all , 2014,1).

➤ **الانوركسيا الرياضية:** والتي تتقاطع مع فقدان الشهية العصبي في كل الأعراض ما عدا تشوه صورة الجسم لأن فقدان الوزن فيها مقصود وفي إطار برنامج التدريبات وغرضه الحصول على أقصى لياقة بدنية. (Anne-Laure,2013 ,10).

لا يجب إغفال اضطرابات السلوك الغذائي الأخرى والتي قد تبدو أقل خطورة مما ورد سابقا كالإفراط في تناول الوجبات السريعة، الأكل بين الوجبات (Le grignotage)، الأكل أمام التلفاز وأجهزة الكمبيوتر، التفضيلات الغذائية المفرطة (La sélectivité alimentaire) أو الأكل في ساعات الليل المتأخرة... الخ والتي لا نبالغ في اعتبارها سلوكيات مهددة للصحة خاصة إذا ما تجذرت في نمط حياة الأفراد وخاصة الشباب منهم الذين تتضاعف خطورة اضطرابات الأكل والتغذية لديهم كما أشارت إليه (Sarah ,Kirk and all,2015,98) لأنها تعيق وبشدة نموهم الجسمي، النفسي، الانفعالي، الاجتماعي العلائقي... الخ وتخفض من حظوظهم في الحياة.

7-2-4 سوء التغذية لدى غير الراشدين: أحد مظاهر اضطرابات السلوك الغذائي: مما سبق يتضح جليا أن السلوك الغذائي كغيره من السلوكيات التي يمارسها الإنسان ليس بمنأى عن الاضطرابات فقد يصيب الخلل أحد أوكل مكوناته بدءا من العمليات المعرفية المرتبطة بالحرص أو اللامبالاة المبالغ في اختيار الغذاء، تحضيره، تحديد كمية وكيفية تناوله إلى الوظائف النفسية الانفعالية، البيئية والاجتماعية التي يحدث في سياقها، أما بالنسبة لغير الراشدين من الأطفال والمراهقين فيضاف الى ذلك سوء في اختيار الغذاء الذي يتناولونه إما لعدم امتلاكهم أو أسرهم المعرفة الكافية لفهم الآثار طويلة المدى التي قد تتجم عن سلوكهم الغذائي، أو بسبب اندماجهم الطوعي في أساليب غذائية مهددة للصحة على سبيل التقليد أو الاكتفاء بالمتاح الناتج عن: التغيرات التي طرأت على نمط الحياة التي ما فتأت تتجه نحو التمدن والتحضّر المشجعان على الخمول، قلة الحركة والغذاء السريع الغني بالطاقة، وتغير النظام الأسري بخروج الأمهات لسوق العمل والذي أجبرها على التخلي عن توفير المناخ الغذائي الصحي لأبنائها بدءا من تقليص مدة الرضاعة الطبيعية إلى الاعتماد على الجاهز أو المجمد من الأغذية وفي كل الأحوال تتظاهر حالات سوء التغذية لدى هذه الفئة بنوعيتها:

1- سوء التغذية الناتجة عن نقص عنصر أو أكثر من العناصر الغذائية والذي قد يسبب فقر الدم، هشاشة العظام، ببطء النمو، العمى بسبب نقص الفيتامين أ... الخ. (الملحق رقم 1: أمراض سوء التغذية)، وهي تضم نوعية رئيسيين وهما: النوع الشديد الناتج عن عوز البروتين والطاقة والنوع الطفيف والمتوسط الناتج عن: التغذية

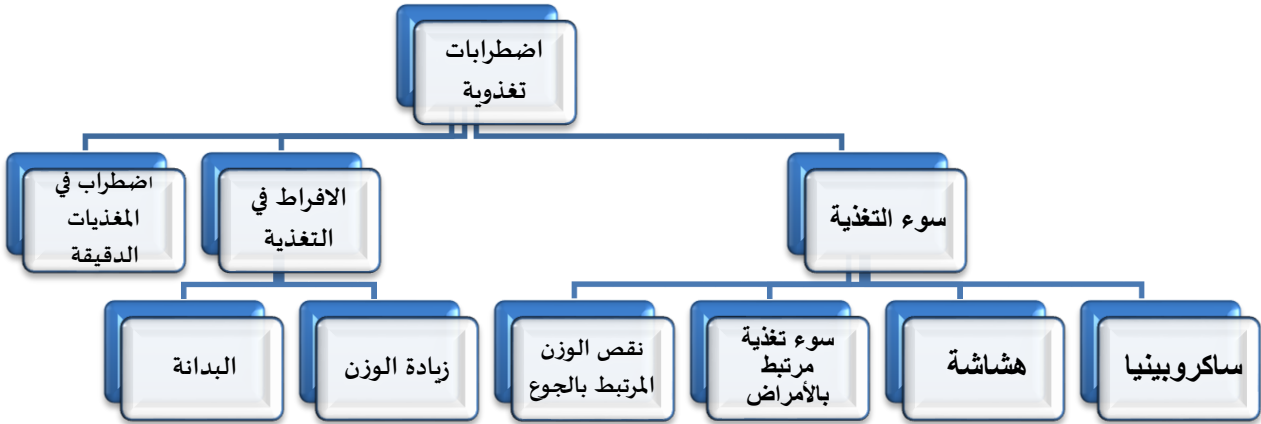
الفصل الثاني: السلوك الغذائي

الخاطئة من حيث الكمية والتركييب غير المناسبين، الهضم والامتصاص غير الجيد والعداوي الطويلة والمتكررة. (مجموعة مؤلفين، ترميض صحة المجتمع، 2006، 453)

2- سوء التغذية الناتجة عن الإفراط في تناول العناصر الغذائية والذي قد يتسبب في السمنة، أمراض القلب والسكري... الخ

تتعرض سنويا حياة أكثر من 50 مليون طفل للخطر بسبب نقص الوزن في الوقت الذي يعاني فيه 40 مليون طفل من فرط الوزن و 2 مليار من البشر يعاني نقصا في الفيتامينات والمعادن (Fransisca, 2017) وتشير منظمة اليونسكو في تقريرها لسنة 2015 إلى وفاة 3 ملايين طفل سنويا بسبب النوع الأول من سوء التغذية.

إن مصطلحات كسوء التغذية اضطرابات الوزن أو اضطرابات الأكل كلها اختلالات تصيب السلوك الغذائي بشكل مباشر أو نواتج عنها، كما هو الحال في حالات سوء التغذية الناتجة عن اضطراب النهم العصبي، حالة السمنة التي قد تنتج عن نوبات الشراهة أو حالة النحافة والهزال الشديدين في القهم العصبي وتبقى أثارها شديدة الخطورة على النمو والتطور السليم للأطفال والمراهقين خاصة من النواحي المعرفية وما يرتبط بها من قدرة على التعلم والتحصيل الدراسي... الخ. فيما يلي مخطط يلخص مفهوم سوء التغذية.



مخطط رقم 05: اضطرابات التغذية (Diana Cardenas , 2016, 148)

يتفق خبراء منظمة الصحة العالمية على أن الأسباب الرئيسية لسوء التغذية ناهيك عن السلوكيات الغذائية غير السليمة (التغذية الخاطئة من حيث الكمية والنوعية) لدى غير الراشدين تتمثل في بعض الأمراض كالإسهال (وما ينتج عنه من سوء الهضم والامتصاص للمواد الغذائية وما يسببه من استنزاف مستمر للمغذيات الضرورية التي يسعى الجسم لتعويضها عن طريق خفض معدل عمليات التحولات الكيميائية في خلايا الجسم من جهة

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

والاستخدام الاضطراري للمخزون من الدهون) بالإضافة إلى انخفاض الوزن عند الولادة وممارسة الأمهات للرضاعة الاصطناعية. (الكتاب الطبي الجامعي 2006، 451)

هذا من جهة ولما كان سوء التغذية يصيب الجسم في الثلاث أشهر الأخيرة من الحمل والاثني عشر شهرا الأولى بعد الميلاد وهي من الفترات الحرجة حيث يكون جهاز مناعة الطفل في أضعف حالاته ونمو الدماغ على وشك الانتهاء. ولما كانت سوء تغذية الأم الحامل من العوامل التي قد تهيئ الفرصة للطفل الإصابة باضطراب الوزن (السمنة تحديدا) بسبب تطويرة لميكانيزم ادخار للعناصر الغذائية أثناء المرحلة الجنينية (Ammanda Klynjens,2012,4) من هنا تصبح الرضاعة والتغذية التكميلية للأطفال من المؤشرات الحيوية التي ستحدد مستقبل صحة الأطفال والمراهقين البدنية والعقلية وهوما سنوضحه في الفقرة التالية.

8-الطفولة المبكرة (مرحلة الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية): أولى محددات السلوك الغذائي

تشير وفاء حلمي عايش مدير إدارة التغذية السريرية بهيئة الصحة بدبي إلى أن نمو الطفل يعتمد في مرحلة الطفولة المبكرة على أساس التغذية ولكنه فيما بعد يعتمد على هرمونات النمو، ومع هذا لا يقتصر سوء تغذية الطفل على النمو الجسماني وحسب ولكنه يؤثر على القدرات العقلية بخاصة إذا علمنا أن 65% من نمو المخ يحدث خلال السنتين الأوليين من العمر تصل نسبه هذا النمو الى 90% خلال الخمس أعوام الأولى.

تشكل الـ 48 ساعة التي تلي الولادة مباشرة مرحلة تعلم سريع لوظيفة التغذية، حيث يستجيب الرضيع أليا (كرد فعل reflexe) بمجرد ملامسة شفتاه ثدي أمه بالمص ويقوم بعملية دفع الحليب وابتلاعه بمجرد امتلاء فمه به، وتصبح هذه العملية سهلة خلال الثلاث أشهر التالية وتتطور ردود فعل الرضيع من خلال فتح الفم، مص الثدي أو زجاجة الرضعة، تحريك اللسان ودفع الطعام للبلعوم وابتلاعه. (Eldestein, S and Sharlin, J, 2008)، يحتوي لبن الأم في الأيام الأولى التي تلي الولادة على السرسوب (اللباء) وهو الحليب الذي يتم افرازه في أيام الحمل الأخيرة ويستمر إفرازه من يومين إلى أربعة أيام وهو غني جدا بالمواد المناعية التي تشكل حاجز حماية لعضوية الرضيع الضعيفة، كما يساعد على النمو الطبيعي فيما بعد، كما يحتوي على مئة نوع من العناصر والمواد الغذائية بكميات تتناسب مع حاجات الطفل النمائية خاصة وأنه يمد الطفل بالأحماض الدهنية العديدة وغير المشبعة اللازمة لنمو المخ والجهاز العصبي ولذا أوصت منظمة الصحة العالمية سنة 2002 بأن لا تقل مدة الرضاعة الطبيعية عن ستة أشهر لتفادي حالات الوفاة واحتمالات الإصابة بالأمراض . (Diague, G .N, et al ,2011)، وهو نفس ما تدعو إليه الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال AAP، حيث تؤكد على ضرورة اقتصار تغذية الرضع إلى سن الستة أشهر على حليب الأم فقط نظرا لما يحتويه من عناصر يستحيل توفيرها في الأغذية المصنعة (Gremmo-Feger,2003).

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

وتشير (Eldestein and Sharlin, 2008) الى أنه يجب إدراج التغذية التكميلية " وهي كل طعام غير الحليب يمد الرضيع بالطاقة "في النظام الغذائي للرضع ابتداء من الشهر السادس مع ضرورة الإبقاء على الرضاعة الطبيعية لمدة لا تقل عن 12 شهرا بالموازاة لأنها تساعد على هضم هذه الأغذية. وبالطبع يوجد من الأسباب ما يبرر هذا الاتجاه في تغذية الإنسان ونذكر: تقادي الإصابة بالميكروبات والمواد المسببة للحساسية في أشهر الحياة الأولى الحرجة، استكمال نمو الجهاز الهضمي وزيادة قدرة القناة الهضمية على التكيف مع الأطعمة الجديدة بالإضافة الى أن التغذية التكميلية تغطي حاجات الرضع من السعرات الحرارية، ما يؤدي إلى نقص حاجته لحليب الأم ومنه تتراجع عملية مص الثدي المحفزة لإدرار الحليب في الثدي بالإضافة إلى عدم الاستفادة من المواد المناعية التي لا يوفرها سوى حليب الأم بجودة مثالية، ناهيك عن ارتفاع احتمال إصابة الأطفال بالبدانة في مرحلة الطفولة المتأخرة، كما أنه قد يتعرض الرضيع لسوء التغذية رغم التغذية التكميلية التي يتحصل عليها خاصة إذا لم تكن متنوعة ومتوازنة، فمثلا تناول الرضيع للأغذية المكملة غير المدعمة بالحديد خلال السنتين الأوليتين من الحياة قد يؤدي إلى تدهور الوظائف المعرفية. (Bent,D,2008)

ابتداء من الشهر السادس يتحول الرضيع من مرحلة الاعتماد الكلي على حليب الأم أو الرضاعة الصناعية كمصدر للتغذية إلى تناول أغذية تكميلية متنوعة القوام والذوق والتي يستحسن أن تكون من الأغذية المنتشرة في بيئته ويعود هذا للتدرج في اكتسابه مهارات حركية كتطور قدرته على الجلوس وتحكمه التام في الجذع والرأس خلال أول عامين من العمر ما يجعله قادرا على الأكل بنفسه وببيده لكنه لا يستغني عن مساعدة أمه أو من يهتم به عند تناول بعض الأطعمة، وتعتبر Marie Odile و Maude (2010) هذه المرحلة الغنية بالمهارات سريعة الاكتساب مرحلة محورية لما تحمله من خبرات مرتبطة بالأكل والتي ستؤثر لاحقا على سلوكه الغذائي، اتجاهاته نحو الغذاء، تفضيلاته لأطعمة دون أخرى وعاداته الغذائية بصفة عامة، كما أنها فرصة سانحة للأولياء لتعويد أطفالهم على مختلف أنواع الأغذية، إذ أن معظم الدراسات تشير إلى أن الأطفال بعد سن العامين لا يحبذون اختبار تجارب جديدة في الأكل فهم يتجهون لرفض تذوق أطعمة غير مألوفة لم يتعودوا عليها بالرغم من اختلاف طرق تغذية الرضع والأطفال من بيئة إلى أخرى، إلا أن خصائصها ونواتجها لا تختلف كثيرا، ويمكن تلخيص بعضها في النقاط التالية :

✓ بالرغم من اختلاف خيارات التغذية بين الرضاعة الطبيعية والصناعية إلا أنها تشكل فترة لقاء وحميمية بين الطفل والديه خاصة الأم، تتعزز فيها مشاعر التعلق، الارتباط والأمن إلا أنه وفي الوقت الذي تستمر فيه التغذية بالرضاعة الطبيعية بنفس الوتيرة إلى غاية الفطام (من رضعة الى رضعتين بالساعة) وتتواصل فرص الاتصال بالأولياء، تتراجع الوتيرة إلى مع التقدم في السن في حالة الرضاعة الصناعية. (Blandine ,B,2008,17)

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

- ✓ تساهم الرضاعة الطبيعية في التحكم بكمية الطعام التي يستهلكها الرضيع فهويطالب بالغذاء في حالة الجوع ويتوقف عند الشبع في الرضاعة الطبيعية وعلى العكس من ذلك يتحكم الأبوان في كمية ووقت الغذاء المقدم للرضيع في حالة الرضاعة الاصطناعية، وقد يتعرض للإجبار لاعتقاد الوالدين بضرورة حصول طفلها على كل الكمية المقدمة كمؤشر للاهتمام والرعاية فيتعلم سلوك الاستمرار في الأكل رغم الإحساس بالشبع وهومن السلوكات المحفزة لظهور اضطرابات المؤشرات البيولوجية المتحكمة في الجوع والشبع لاحقاً.
- ✓ لنفس السبب السابق الرضاعة الطبيعية لا تساهم في تكوين البنى الاشرطية المتمثلة في مواجهة الأطفال لإحباطاتهم عن طريق الأكل.
- ✓ يتواصل الراشدون مع الأطفال في طور النمو من خلال الطرق التي يشبعون بها جوعهم، فسواء كانوا يطعمونهم حسب جدول أو عند الطلب، يستجيبون فوراً لطلبهم أو يجعلونهم ينتظرون، يطعمونهم في جو هادئ أو مضطرب، يستعملون الغذاء كوسيلة للتهديئة والمكافأة أو فقط لمجرد التغذية... الخ كلها ممارسات توصل للأطفال والرضع إحساساً بحال العالم، كما تصطبغ عملية تغذية الطفل بالعادات والتقاليد الثقافية. (كارول رودهام، 2013، 222)
- ✓ يندمج الأطفال تدريجياً في الحياة الاجتماعية من خلال المشاركة في الوجبات الأسرية، إلا أن أحد المشكلات التي تواجه الأسر هو تقليد الطفل أفراد أسرته خاصة فيما يأكلون وهنا يندمج السلوك الغذائي للطفل بشكل ايجابي إذا كان أفراد الأسرة يحرصون على تناول الخضر والفواكه وغيرها من الأغذية المفيدة، أو بشكل سلبي إذا كان نظام الأسرة الغذائي مشبع بالدهون والسكريات

9- السلوك الغذائي والتعلم:

قسمت unesco مرحلة التمدرس إلى فترتين (وهذا لأسباب إحصائية بحثية)، الأولى من 6 إلى 11 سنة وهي توافق مرحلة التعليم الابتدائي والثانية من 12 إلى 17 سنة والتي تنتهي بالتوجه إلى الدراسات الجامعية أو الحياة المهنية والعملية.

وتعتبر فترة التمدرس من المراحل العمرية الحرجة في النمو لدى الإنسان لان الجوانب الانفعالية، الجسمية، العقلية والنفسية تخضع لتغيرات شديدة، والتي تزداد حساسيتها أمام المتطلبات المعرفية، التعليمية والأكاديمية، وبهذا تصبح قاعدة العقل السليم في الجسم السليم مرتكزا لتجاوز هذه المرحلة بنجاح.

يؤثر أسلوب الحياة الذي ينتهجه المتدربين في تركيبة المخ بشكل ايجابي أو سلبي وفقاً للسلوكات والأنشطة التي تشكله (Michiko, A and all, 2014, 802)، وعلى رأسها السلوكات الغذائية وبهذا تصبح

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

التغذية السليمة تصبح أكثر من ضرورة للنمو وتحقيق أقصى درجات الاكتساب المعرفي خاصة وأن الارتباط القوي بين الذكاء والغذاء أضحى منذ زمن بعيد من المسلمات العلمية (Rychard Lynn,1989,276) لان:

✚ للغذاء أثر عميق في التركيب النفسي للفرد خلال المراحل العمرية المختلفة، وفي ذكاء الفرد وتحصيله، فنقص الغذاء في تنوعه وكميته يؤثر سلبا على خلايا المخ أكثر من تأثيره على باقي خلايا الجسم الأخرى، حيث يؤدي النقص إلى خمولها وتثاقلها عن أداء وظائفها العقلية العليا وهو ما تشير إليه البحوث البايوكيميائية في أثر التغذية في كيمياء الدماغ وأثرها في التخلف العقلي. (نبال عباس،2009،292).

✚ التغذية السليمة عامل محوري في تطور المخ والقدرات المعرفية خاصة خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة، في الوقت الذي تساهم السلوكات الغذائية غير الصحية باحتمال ظهور الاضطرابات النفسية المختلفة. (Inger M Oellingrath, 2013, 2554).

✚ سوء الأنظمة الغذائية وافتقارها أو تشبعها بالعناصر الغذائية يساهم في تراجع الذكاء والقدرات المعرفية لدى الأطفال وإن امتلكوا المورثات التي تحمل القابلية لتطوير الذكاء. (www.syr-res.com) (01AM :?5139/January 28,2015,3)

✚ طبيعة الأخذ الغذائي كما أشار إليه قيلان 2003 تؤثر مباشرة على الصحة (علاء الدين،2016، 162) وراحة البال وحسن الحال النفسي والجسمي اللذان يساعدان على التعلم والتحصيل المعرفي كما أن التغذية السليمة ضرورية للحصول على أقصى نمو وتطور للمخ ووظائفه باعتبار ذلك أساس المعرفة والتعلم الفعال، المهارات والتنظيم السلوكي على عكس سوء التغذية الذي من شأنه خفض كفاءة المخ (الذاكرة، التخطيط، حل المشكلات، الاستدلال، الاستنتاج... الخ) والذي يظهر من خلال ما يصابها (أي سوء التغذية) من معاملات الذكاء المنخفضة و انخفاض القدرة التعليمية وغيرها من مؤشرات التحصيل المعرفي والأكاديمي المتدني (Sanjana and all, 2017,1) وعلى العكس من ذلك تساهم التغذية السليمة في رفع مستويات الذكاء لدى المتعلمين وهو ما يؤكد تطابق نتائج دراسة كل من Ward Dean و John Mongeltharen (1998)، Robert و Benton (1988) حيث ارتفع مستوى IQ لدى العينات التي تم تدعيم نظامها الغذائي بالفيتامينات والعناصر المغذية. (http://CERI Nutrition and Intelligence in Children,). (from Smart Drug News.htm).

✚ أكثر أنواع سوء التغذية بكل ما يصابها من اضطرابات غذائية وسلوكات غذائية غير صحية تؤثر على السلوكات بصفة عامة والمهارات والقدرات المختلفة وعلى رأسها القدرة على التعلم (Annia Claud 2017,316) وهذا بسبب تأثيرها (على المدى الطويل) على الجهاز العصبي والذي يتراوح من أكثرها تعقيدا (أضرار الباحثات العصبية والنواقل العصبية) إلى حالات الوهن الذهني، ضعف التركيز والذاكرة، طول مدة الاسترجاع... الخ وغيرها من مشكلات معيقة للتعلم (Fao, 2009) وهو ما تؤكد

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

Michel(2003) حيث تشير إلى أن نسبة 20 إلى 60% من سوء التغذية لدى المتدرسين يصاحبه صعوبات التعلم ومشاكل الانتباه، التركيز وانخفاض التحصيل الدراسي. (فؤاد الجوالدة، 2014، 211).

✚ الطعام السليم بما يحتويه من كيميائيات عصبية طبيعية من شأنه تعزيز القدرات العقلية والمساعدة على التركيز والعمل على ضبط المهارات العصبية العضلية وتنمية الذاكرة والتسريع من ردة الفعل وتشتيت القلق، بل وربما منع المخ من أن يشيخ أو على الأقل إبطاءه <http://dz.res.com/p3>

وعلى سبيل المثال، أشارت دراسة تحليلية لأكثر من 18 دراسة إلى تراجع معدلات الذكاء IQ بنسبة 13.5% في حال نقص الأخذ من اليود (Ming Qian and all, 2005, 33)، ولهذا تفرض الكثير من الدول على غرار كندا وسويسرا من خلال نظمها التشريعية تقوية ملح الطعام باليود (حسن عبد العزيز، بدون تاريخ، 7).

وفي نفس السياق يتفق Alex Richardson من جامعة أكسفورد و Androw Stool على أن الأوميغا3 تساهم بقوة في النمو الجيد للمخ والوقاية من بعض الاضطرابات النفسية بسبب ارتفاع قدرة خلايا المخ على استقبال الرسائل المتعلقة بالمزاج والتعامل معها ولهذا ينصح بتناول المواد الغذائية الغنية بهذه المادة (كالأسماك) على الأقل مرتين في الأسبوع والأمر سيان عندما تفنقر الأنظمة الغذائية لحمض الفوليك، إذ تشير الدراسات إلى أن نقصه يرتبط بقوة باضطرابات الوظائف المعرفية، الاجتماعية واضطرابات المزاج وأعراض الاكتئاب خاصة لدى الفئات العمرية الشابة. (Reeta Hakkarainen, Timo Partonen and all, 2004, 2)

كما أن حمضي الجلوتاميك والأسبارتيك من أهم الأحماض الأمينية التي يتم استهلاكها أثناء النشاط الفكري ولا يستطيع الدماغ استعمالهما إلا في وجود فيتامين B6 ويوجد هذان الحمضان بنسب متساوية تقريبا في حبوب الصويا والعدس والفسنق والسردين والبيض (مسعد شتيوى، 135، 2003)، وهوما يستدعي ضرورة توفيرها في الوجبات الرئيسية للمتمدرسين.

وبهذا فان أي اختلال يصيب النظام الغذائي وإن بدا بسيطا من شأنه التأثير سلبا على الأخذ من العناصر الغذائية، وهوما يسلط الضوء عليه (2001) Vallière الوارد في (Caroline, Lebel , 2015,) (12) في إشارة إلى الآثار المترتبة عن تعود المتمدرسين تجاوز وجبة الفطور (على سبيل المثال)، التي تضمن 20% من الاحتياج اليومي من الطاقة والمغذيات وقوة اقترانها مع ظهور مشكلات التحصيل الدراسي وكل ما ينجر عنها من: تدني مستويات تقدير الذات، اضطرابات علائقية، تراجع الدافعية للإنجاز والاكتئاب.

ويؤكد تطابق نتائج سلسلة دراسات أجراها Mext منذ سنة 2006 إلى غاية 2012 حول الأثر السلبي والخطير على النمو والتحصيل الدراسي، الذي يسببه تجاوز وجبة الفطور لدى المتمدرسين، (Machiko ,A)

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

(Nature Neuroscience and all, 2014, 802) ليس ببعيد عن هذه النتائج، أشارت دراسة نشرتها مجلة Nature Neuroscience سنة 2010 إلى أن الأفراد ذوو النظام الغذائي المشبع بالدهون تتأثر أجهزتهم العصبية بشكل يشبه ذلك التأثير الناتج عن تناول الكوكايين أو الهيروين وإن كان ضئيلاً (Ammanda Klynjans and all,2012,7)، من هنا يمكن التنبؤ بحجم الأثر السلبي التي يحدث على مستوى القدرات المعرفية للمتمدرسين الذين اتجه نظامهم الغذائي إلى الوجبات السريعة الغنية بالدهون ومع هذا يجب مراعاة التوازن في الأخذ من الدهون، لأن حتى فقر الأنظمة الغذائية من الدهون يؤثر سلباً على الحالة المزاجية ما يخفض من القدرة على الاستيعاب وبالتالي التحصيل الدراسي. (Reeta Hakkarainen, Timo Partonen and all ,2004,2)

كما تعتبر السلوكيات الغذائية المؤدية إلى نقص التغذية وافتقار النظم الغذائية إلى الفيتامينات والمعادن من العوامل الرئيسية المؤدية إلى حالات التقزم لدى الأطفال وتباطؤ نمو الدماغ وبالتالي تدهور قدراتهم التعليمية وهو ما جاء في ورقة يوم الصحة العالمي لسنة 2015 وهو نفس ما أكدته دراسة علمية عن تراجع نمو الأطفال بنحو 4 سنتيمترات وتخلفهم عاماً دراسياً كاملاً مقارنة بزملائهم وكذا خسائر اقتصادية تقدر بـ 12 % خلال حياتهم بسبب سوء التغذية أثناء مراحل النمو الحرجة (درياس ومزوز، 2017، 3)

وهو ما يتوافق مع توقعات خبراء منظمة الصحة العالمية بأن ترتفع نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية لدى الأطفال والمراهقين بسبب سوء الأنظمة الغذائية بنسبة 50% وعلى رأس هذه الاضطرابات: عسر القراءة، التوحد وفرط النشاط (Wallace M and all,2017 ,12) وهو ما من شأنه المساهمة بقوة في تدني القدرة على التعلم والاكتماب المعرفي ناهيك عن صعوبات أخرى، ففي الوقت الذي أكدت فيه دراسة تم إجرائها على 120 تلميذ على تحسن تركيزهم وقدرتهم على التعامل مع المعلومات بعد إخضاعهم لنظام غذائي متوازن لمدة ثلاثة أشهر (رياب بنت يوسف، 2010، 2)، تقدم دراسات لا حصر لها نتائج مفادها تدني القدرات العقلية لدى أفراد العينات التي تعاني من سوء التغذية بكل أنواعها.

ويخلص الجدول التالي بعض المشاكل التعليمية المترتبة عن الاضطرابات الغذائية. (FAO, 2009,)

(49)

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

جدول رقم 01: بعض الاضطرابات الغذائية وأثرها على التعلم

الاضطرابات الغذائية	الأعراض العيادية	الأثار على التعلم
عوز البروتين	- وزن ضعيف بالنسبة للطول في حالة الشكل البسيط من الاضطراب والتقرم في الحالات المزمنة والمتكررة. الماراسماس (مرض الجوع الشديد): بروز العظام بسبب فقدان الأنسجة الدهنية والعضلية ما يؤدي إلى نقصان الوزن إلى 60%، تضخم الكبد وتبقع الجلد... الكواشيكور: انتفاخ البطن، الاوديمات، انعدام الشهية، ضعف النمو والإحساس والالتهابات المتكررة	- في حالة عوز البروتين الخفيف نقص الانتباه، غياب التحدي، الاستثارة، ضعف الذاكرة والعدائية. - في حالة العوز الحاد أو المزمّن: تراجع النمو والقدرة الحركية وكذا القدرة على التعلم وانخفاض القدرات الذهنية ما يؤدي إلى انخفاض التحصيل الدراسي.
الجوع الموسمي	فترات الجوع الطويلة تؤدي إلى تراجع حاد في الطاقة.	نقص الانتباه -نقص التحدي -الاستجابة الانفعالية الحادة لأتفه الأسباب.
فقر الدم (نقص الحديد)	-فقدان الشهية -شحوب الوجه -ضعف عام -تعب -خفقان القلب -دوخة... الخ	عدم القدرة على التعلم
نقص الفيتامين أ	العمى الليلي ثم العمى الكلي -نقص تكوين الكولاجين -جفاف الغدة الدمعية (يظهر خاصة عند الأطفال سيئي التغذية او المصابين بالحصبة والالتهابات المزمنة)	عدم القدرة على التعلم -اضطرابات اللغة -البكم - الصمم - تضرر الأنسجة الدماغية (مع أنه يصعب اكتشافها)
نقص اليود	اضطرابات الغدة الدرقية- تراجع النمو خاصة نمو الجهاز العصبي مع ارتفاع الإصابة بالالتهابات- مشاكل ايضية	ضعف الرؤية في الضوء الخافت-ارتفاع حالات التغيب عن المدرسة بسبب الإصابة المتكررة بالأمراض ما يؤدي إلى سوء التحصيل الدراسي.

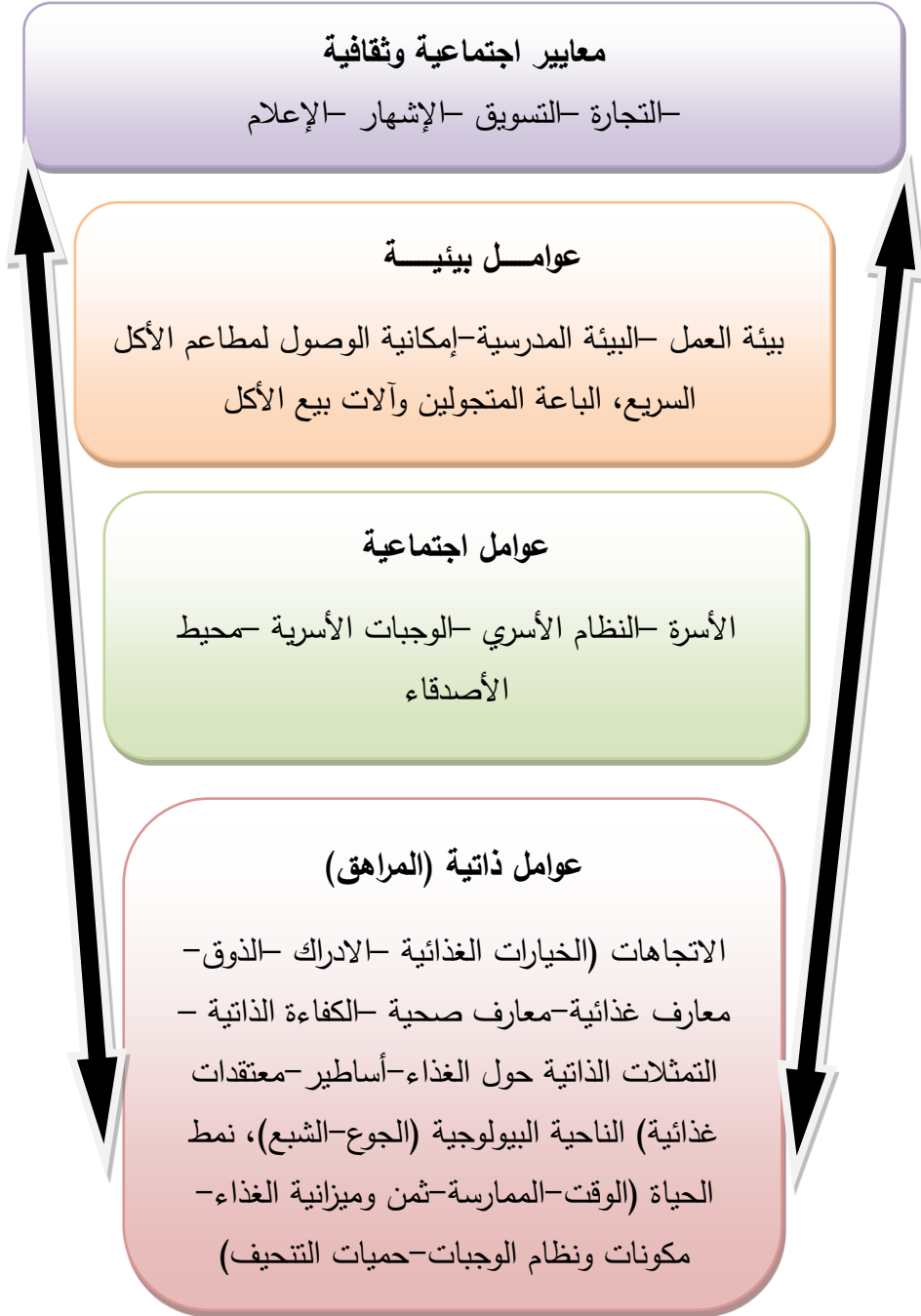
الفصل الثاني: السلوك الغذائي

نقص الفيتامين ب	الاشكال المزمنة والحادة تؤدي الى الضعف العضلي- الشلل- اضطرابات الجهاز العصبي (الاختلاط الذهني) - اضطرابات هضمية - ضعف القلب.	تراجع القدرة الحركية- ألم في الأطراف السفلية- صعوبة التعلم- غيابات متكررة عن المدرسة.
زيادة الوزن (السمنة)	زيادة الدهون في الجسم-ارتفاع الكوليسترول في الدم-ارتفاع ضغط الدم - أمراض مزمنة في الرشد.	تعب- وهن وضعف- غيابات متكررة- اضطرابات نفسية مختلفة.

9-1 كيف يختار المراهقين سلوكياتهم الغذائية: تخضع خيارات الطعام، طرق، كمية وزمن تناوله وإعداده وحفظه لدى الإنسان لجملة من التفاعلات المعقدة بين مكونات جملة من المجالات بدءاً من المجال العضوي بكل ما يحويه من آليات حيوية وبيولوجية لضبط الشهية إلى المجال السيكولوجي للسلوك الغذائي الذي تحدد فيه سمات الشخصية، المعتقدات، الاتجاهات، المزاج والتوقعات سلوكيات الأفراد في اختيار الطعام، إلى المجال البيئي الاجتماعي وكل ما تحويه من معايير اجتماعية، دعائية، عوامل اقتصادية مؤثر في اختيار الطعام.

وإذا اعتبرنا أن اختيار الطعام تعبير عن درجة من الإرادة على ضبط كمية، وقت وطبيعة المتناول من الأغذية فإن أسئلة حول مستوى هذا الضبط والعوامل المؤثرة فيه وطرق تنفيذه تصبح ضرورية للإحاطة بهذا المفهوم خاصة عندما يتعلق الأمر بفئة الشباب وبالأخص المراهقين الذين تلعب التغذية دوراً ذو أهمية بالغة في هذه المرحلة من حياتهم تجعل من تغذيتهم حجر أساس لتغطية حاجات أجسامهم وعقولهم المتعاظمة بالقدر الكاف والمناسب من الطاقة والعناصر الغذائية. فبالإضافة إلى كونها وسيلة لإشباع الحاجات الفسيولوجية، هي مصدر لاختبار أنواع مختلفة من السعادة والمتعة ناهيك عن الوظيفة الاجتماعية والثقافية التي تحققها. (François,L, 2006,4)، ومنه فإن دراسة المحددات المتكاملة في السلوك التغذوي تستدعي تنويع المقاربات كاستجابة لتنوع الأدوار التي توفرها الوظيفة التغذوية، وتتدرج هذه المقاربات من المستوى الفردي البيولوجي والنفسي إلى المستوى الجماعي الاجتماعي، الاقتصادي، الثقافي ولعل نموذج story وزملائه (2002) من النماذج الشاملة لدراسة السلوك الغذائي لدى المراهقين (Caroline,Lebel, 2015,50)، والذي سيتم عرضه في الشكل التالي:

الفصل الثاني: السلوك الغذائي



مخطط رقم 06: نموذج story (2002) وزملائه لدراسة السلوك الغذائي لدى المراهقين

المرجع: (Caroline ,Lebel ,2015,50)

1-المعايير الاجتماعية والثقافية: يشير Denis Jefry 2003 إلى أن التموضع في الفضاء الفيزيقي، الحضري وغيرها من الفضاءات يحكم بدرجة كبيرة التعليمات أو/والمعارف الغذائية يتعلم الأطفال العادات والطقوس الغذائية من البيئة التي ينتمون إليها بشكل يترجم انتماءاتهم الثقافية (Vergine,2010, 34)، وهوما يفسره النموذج البيئي الاجتماعي الذي يؤكد على أن نمط الأسر والجيرة على غرار العوامل الفردية هم مؤشر قوي للتنبؤ بالسلوكيات الصحية وعلى رأسها الغذائية (Lauren,K ,Williams and all ,2011,296)، وبهذا

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

تشكل الممارسات الغذائية مناسبة اجتماعية، تتيح مساحة (زمكانية) مهمة الأطفال والمراهقين لملاحظة سلوكيات أفراد أسرهم، أصدقائهم ومجتمعاتهم، تحديد الخيارات والتفضيلات الغذائية والتأثر بمختلف النماذج الغذائية المتوفرة، التي يؤكد (Lean,1998, 542) بأنها تصبح من العوامل المعززة للسلوكيات الغذائية خاصة في حال تشابهها مع ما هو معتاد لديه من نماذج. فالأطفال والمراهقين ممن لم يتعودوا في أسرهم على إرفاق المشروبات الغازية بوجباتهم اليومية سيجدون ومبدئياً صعوبة في تقبل نماذج مغايرة لدى أسر أصدقائهم أو جماعة أقرانهم وفي نفس السياق أشارت (Natali Pearon (2012) وزملائها عن التماثل القوي بين المراهقين وأفضل أصدقائهم في أحد أسوأ السلوكيات الغذائية ألا وهو تجاوز وجبة الفطور (Natalie Pearson and all,2012,932) في حالات أخرى كما أشار إليه روزن وزملاؤه الوارد في (Lean,1998, 542) يساهم التعلم الاجتماعي من خلال ملاحظة وتقليد نماذج الكبار لدى أطفال الأسر المكسيكية الى التقبل المبكر للطعم الحار (chili flavored food).

2-المجال الاقتصادي (التجارة، التسويق، الإشهار والإعلام): تتأثر السلوكيات الغذائية للمراهقين بمدى وفرة المنتجات الغذائية وإتاحتها، الإعلام وسياسات الدول للتغذية (Creistine.Grabovschi ,2011,6)، فيمكن تصور مدى التأثير الذي يطال سلوكيات المراهقين الغذائية إذا ما علمنا أن أكثر من 80 % من ميزانية الأسر مخصص للاستهلاك الغذائي وأن 25% من مداخل القنوات التلفزيونية مصدره مؤسسات الصناعات الغذائية التي استغلت فترات المشاهدة الطويلة للتلفاز لدى الأطفال والمراهقين من عمر 4 إلى 15 سنة والتي تتراوح من 17 إلى 18 ساعة أسبوعياً حسب دراسة بريطانية، للترويج لمنتجاتها أو خدماتها الغذائية (Price ,K and all, 2012,71)، من خلال الحضور الدائم في وعي ولاوعي الزبائن المحتملين من الشباب.

كما أن تأثير إعلانات هذه المؤسسات يصل لأقصى درجاته في مرحلة المراهقة بالمقارنة مع المراحل العمرية الأخرى، وبهذا فإن كل ما سبق ذكره يفسر إنفاق هذه المؤسسات 500 دولار لإعلاناتها الخاصة بأغذية غير صحية عادة (كالمشروبات الغازية، السكاكر، الوجبات السريعة...الخ) مقابل كل دولار تنفقه منظمة الصحة العالمية لتشجيع التغذية الصحية (Marie Eve Nadeau,2011,17-27).

ليس هذا فحسب فالطرق الموظفة من طرف شركات الأغذية لإغراء الأطفال والمراهقين ذكية ومدروسة بعناية، وتمس أدق مجالات حياة هذه الفئة، ومن أمثلة هذه الطرق أن تطلق شركات المشروبات الغازية حافظات أقلام بشكل زجاجة المشروب وبأسعار تنافسية خلال فترة الدخول المدرسي أو أن تخلق بنية اشراطية تربط بين تناول مادة غذائية معينة والحصول على ميزات جسدية لشخصية فنية أو رياضية مشهورة، وبهذا تستقر بقوة ماركات الغذاء المختلفة ك: Macdonald أو M&M's وغيرها في ذاكرة الأطفال والمراهقين، وتترسخ تدريجياً في منظومة القيم والمعتقدات الغذائية، ما يجعل من محاولات تغييرها أمراً في غاية الصعوبة، ومن هنا يظهر جلياً مدى التأثير الذي تحدثه مؤسسات التغذية بكل ترسانتها الإعلامية، التسويقية والترويجية في السلوك الغذائي سواء لدى الراشد أو الطفل وهو ما أكدته بالأرقام والإحصائيات المعهد الوطني الفرنسي

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

للصناعات الغذائية من خلال تقريره للخبرة لسنة 2010 المقدم حول السلوك الغذائي (التقرير متوفر على الرابط <http://INRAS2010.fr>).

وهو ما يفسر ولو جزئياً عجز معظم السياسات الاقتصادية للدول عن التصدي للمخاطر الصحية المنجزة عن ظاهرة تشبع المشروبات الصناعية والوجبات السريعة ومشروبات الطاقة ومعظم أنواع الحلويات بالسكر والدهون وهذا بالرغم من محاولاتها الجاهزة برفع الضرائب على هذه المنتجات (NG and all, 2001, 396) ومنع توجيه الدعاية الاستهلاكية للأطفال كما هو الحال في كندا. (Marie Eve Nadeau, 2011, 43)

3- المحددات البيئية: تشكل الأسرة، المدرسة والأصدقاء عوامل شديدة التأثير على السلوكيات الغذائية لدى المراهقين إذ يصفق الأولياء إلى حد بعيد سلوكيات المراهق الغذائية، حيث تشير معطيات حديثة إلى أن المصدر الرئيسي لتكوين عادة تناول الخضر والفواكه مثلاً لدى المراهقين هم الأولياء وأن وقع معايشة المراهقين لسلوكيات أوليائهم الغذائية الصحية أكبر بكثير من النصائح الشفهية حول هذه العادات وإن تكررت (Caroline Lebel, 2015, 18).

وتؤثر الأنماط الوالدية بشدة في سلوكيات المراهقين الغذائية، إذ تتفق الدراسات على الارتباط الإيجابي القوي بين النمط الوالدي المتسلط ببعض الاضطرابات الغذائية كالانتقائية الشديدة أو الانصياع لنمط تغذوي صحي دون الوعي بأهميته، وارتباط النمط الوالدي الديمقراطي المتساهل بتناول المراهقين للأغذية غير الصحية كالصودا والوجبات السريعة (McSweeney, L.A, 2010)، في نفس السياق أشارت نتائج دراسة إلى أن المراهقين ممن صرحوا بأن أوليائهم من النمط المتسلط، يتميز نظامهم الغذائي بسلوكيات غذائية صحية مقارنة بمن صرحوا بتساهل أوليائهم (Lauren, K, Williams and all, 2011, 297).

إن هذا التراجع الملحوظ لسلطة الآباء على أبنائهم (الذين قل عددهم) داخل الأسر، وتضاعف مصروفهم اليومي أكثر من ثلاث مرات (على المستوى العالمي) (Marie Eve Madeau, 2011, 18-19) وبالخصوص تراجع الدور المركزي لريبات الأسر بسبب خروجهن للعمل إلى جانب الأزواج، أدى بأولياء هذه الأسر إلى تبني إستراتيجية غير صحية تتمثل في التعويض المادي عن الغياب الذي ساهم في ارتفاع تأثير الأبناء سلباً في طبيعة النظام الغذائي (من ناحية المكونات، حجم الميزانية المخصصة للغذاء وغيرها) داخل الأسرة (Amanda Klyenjans and all, 2012, 22) ومن أمثلة ذلك تجاوز وجبة الفطور المهمة وتعويضها بعادة غذائية خطيرة تتمثل في شراء أغذية مصنعة (كالمشروبات الغازية والعصائر والحلويات المصنعة، رقائق البطاطا، الشوكولاتة... الخ) ذات القيمة الغذائية المنخفضة (عادل عبد الله، 2010، 16) كما أن انتشار محلات الأكل السريع (Fast-Food) بشكل كبير شكل مناخاً مشجعاً لعزوف المراهقين عن تناول الأكل داخل المنزل (مراد بلعدي، 2008، 14) وهو ما ساهم بشكل ملحوظ في تراجع السلوكيات الغذائية الكلاسيكية (الوجبات الأسرية) إلى سلوكيات غذائية عشوائية (العشوائية في خيارات الطعام، طرق، كمية وأوقات تناوله). تؤكد الكثير من الدراسات أن الوجبات الأسرية ناهيك عن كونها أهم مؤشرات الحياة الأسرية "التنظيمية،

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

التفاعلية والتعليمية السوية هي كذلك عوامل حماية للصحة لما توفره من فرصة للمراهقين والأطفال للتأثر، تلقي وممارسة المعارف الغذائية بشكل عام (Koji Amano and all,2016,528) والصحية منها بوجه خاص وهو ما يفسر العلاقة الطردية الايجابية بين عدد الوجبات الأسرية والمتناول الغذائي المتوازن والعلاقة العكسية التي تربط عدد هذه الوجبات مع تناول مختلف الأغذية غير الصحية واحتمالات الإصابة باضطراب السلوك الغذائي المحتملة خلال فترتي الطفولة والمراهقة (Marie Josée,2016,8).

وفي نفس السياق يؤكد (Woodruff,S ,Hanning,R.M ,2009,44) على مساهمة الوجبات الأسرية في ارتفاع إحساس الأطفال بالفعالية الذاتية فيما يخص ممارسة السلوكيات الغذائية الصحية وانخفاض انشغالهم بأوزانهم وما قد ينجر عنه من اضطرابات تغذوية التي يؤكد كل من Neumark-Sztainer,Wall و Story الوارد في (Marie Josee,2016,10) أنها تتناقص لدى المراهقين الذين يتمتعون بمناخ ايجابي خلال الوجبات الأسرية، كان هذا فيما يتعلق بالأسرة أما عن جماعة الرفاق والأصدقاء فإن دورهم في تشكيل العادات الغذائية لدى المراهقين لا يقل أهمية عن دور الأسرة، فبحكم التفاعل والتواصل المستمر بين المراهقين في قاعات الدرس، الملاعب أو الأحياء السكنية... الخ تتاح الفرصة كاملة لتقليد وتبني سلوكيات غذائية مشتركة وهو ما يؤكد Wallace(2017) من خلال نتائج دراسة حديثة بشمال أيرلندا على عينة قوامها 7076 من تلاميذ الثانوية، حيث أسفرت على تطابق عاداتهم الغذائية خاصة المضرة بالصحة كالإفراط في تناول الشيبس، المشروبات الغازية، الحلويات طيلة أيام الأسبوع مقارنة بتناول الخضر والفواكه.

كما أن الانتشار الواسع لهذه العادات يجعلها أشبه بطقوس للانخراط في جماعة الرفاق، ففشل محاولات المراهق التالف مع أقرانه قد تساهم في تغيير سلوكياته الغذائية بالتوجه إلى النمط الغذائي السائد لدى جماعة الرفاق (كالوجبات السريعة) أو كما يشير إليه (سمير الغامدي،2007، 6) تشكيل عادة الإفراط في الأكل، كاستراتيجية لخفض الضغوط المصاحبة لذلك، وبهذا لا يمكن إغفال الدور الذي تلعبه المدرسة كواحدة من أهم مؤسسات التنشئة فيما يتعلق بسلوكيات المراهق الغذائية (متوسط ساعات التواجد بالمدرسة يعادل نصف فترة النشاط اليومي) والتي يرى بعض الباحثين إلى أن تأثيرها على الممارسات الصحية في سن الرشد يوازي الحصيلة المعرفية والسلوكية الناتجة خارج المدرسة (Stéphanie PINEL-JACQUEMIN,2016,7) إذ تشير أغلب الدراسات النفسية والتربوية التطبيقية إلى مدى فعالية برامج التربية الغذائية في رفع مستوى الوعي الغذائي لدى المتدرسين، ومدى الأثر الذي يطال اتجاهات التلاميذ نحو التغذية الصحية.

ولقد أشارت الرابطة الأمريكية للغذاء إلى دور كل من المجتمع والمدرسة في أهمية تزويد المتدرسين بالثقافة الغذائية، إذ تعتبر المدرسة المعبر والقناة الأكثر أهمية وفاعلية لنشر برامج التربية الغذائية حيث يمكن دمج تلك البرامج في المقررات الدراسية المختلفة وهو ما توصي به منظمة اليونسكو بذلك (عائشة أحمد فخر،2003،25)، وفي الحقيقة التربية الغذائية ما هي إلا احد محاور ما يصطلح عليه "بالتدخلات الغذائية المرتكزة على المدرسة" والتي تضم جملة من المحاور الموصوفة في المخطط الموالي:

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

الخدمات ذات العلاقة بالتغذية المدرسية	السياسات الغذائية المدرسية	الترويج للصحة
<ul style="list-style-type: none">• البرامج الغذائية .• حقائق المدارس	<ul style="list-style-type: none">• التربية الغذائية بالأقسام الدراسية• البيئة المدرسية الصحية• نشاط بدني ، رياضة ،تسليية	<ul style="list-style-type: none">• لدى عاملي الصحة المدرسية .• برامج الاعلام و التضامن .• المشاريع الاجتماعية المدرسية (تعميم المعارف التغذوية)

مخطط رقم 07 : التدخلات الغذائية المرتكزة على المدرسة

L'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires • Vol. 1: Le ,FAO ,2007)
(manuel

4-العوامل الفردية (الاتجاهات،نمط الحياة،الحالة الفسيولوجية والنفسية): اتجهت دراسات السلوك الغذائي خاصة لدى للمراهقين والأطفال مؤخرًا إلى تحديد العوامل الفردية المتحكمة في خيارات الغذاء كتكملة للأبحاث الكثيرة حول المحددات الاجتماعية والبيئية المساهمة في إنتاج السلوكيات الغذائية بشكل عام (Lenglet ,2016,118)، وأسفرت نتائجها عن جملة من المحفزات، تنصدها الاستجابات الحسية والانفعالية للغذاء (Lefur. C, Delevoy. V, 2014, 15) أما أولى الاستجابات فيحددها التذوق كخاصية فطرية : إذ أن تقبل المذاقات الحلوة (الذي يكون مباشرة منذ اللحظات الأولى بعد الميلاد) أو المالحة (الشهر الرابع بعد الميلاد) بالإضافة إلى ما تخزنه الذاكرة من خبرة حسية مبكرة مع طعم حليب الأم وبالطبع الألفة مع بعض أنواع الأغذية خاصة التكميلية (Leann. L. Birch, Jennifer. O. Fisher, 1997, 451) يجعل من مسألة ضبطها في المراحل التالية من الطفولة والمراهقة أمرا شاقا يحتاج إلى توظيف آليات التعلم الاجتماعي المناسبة : كنفادي ربط التعزيزات والمكافآت بالأغذية الحلوة أو الإصرار/ المنع المطلق لتناول بعض الأغذية لأن نتائجها قد تكون عكسية (Cristina. Grabovschi, 2011, 10) خاصة وأن السلوك الغذائي للمراهقين يميل على نحو أكثر إلى التحرر والاستقلالية مما كان عليه في مرحلة الطفولة ويحدده تفاعل جملة من العوامل الذاتية هي نفسها مؤشرات نمو تحدد هويته الفردية واتجاهاته نحو صحته وبالأخص ما يرتبط بطريقة غذائه (التي تتأصل في مرحلة المراهقة) كوظيفة حيوية (Macevoy C. T and all, 2014, 799) وهي أساس الاستجابات الانفعالية التي سبق الإشارة إليها كما يشير له Story الوارد في (Caroline, Lebel, 2015, 50)، من خلال تفاعل مدركاته الحسية المرتبطة بتذوق الأطعمة ومدى استساغتها وقبول شكلها وملمسها (فقد يرفض المراهقين أو الأطفال تناول أغذية يفضلونها في العادة بسبب سوء تقديمها على طاولة الغذاء)

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

وما يعقبا من تفضيلات غذائية ، مدى وعيه وممارسته لمعارفه التغذوية المكتسبة من مختلف الجماعات التي ينتمي إليها ومدى فعاليته الذاتية في إنتاج والتحكم في سلوكاته الغذائية.

انه بالضرورة بمكان الوقوف على نمط أو أسلوب الحياة لدى الفئة الشابة، حيث تشير الدراسات إلى أن ما نسبته 14 % من الشباب ما بين 12-17 سنة يعيشون حالة من التوتر المزمن (Caroline, Lebel, 2015, 12)، بسبب طبيعة المرحلة الانتقالية إلى عالم الرشد، أضف إلى ذلك ما يرافقها من ضغوط الدراسة أو العمل (لدى البعض)، ضغط الوقت، ضغط الحياة الاجتماعية... الخ والتي قد لا تجعل من التغذية ضمن قائمة الأولويات لديهم .

9-2 تغذية الأطفال والمراهقين المتدربين: يقضي التلميذ في هذه المرحلة يومه بالمدرسة وبالتالي ينتظم وقت الطعام لديه وفقا للبيئة الجديدة ناهيك عن تأثير الزملاء وتتميز هذه المرحلة بحصول المتدرب على المصروف اليومي وبالتالي هامش من الحرية في شراء الطعام من المحلات المجاورة للمدرسة كما أن أهم المشكلات التي تواجه الآباء هو عدم وجود الوقت الكاف للأطفال لكي يجلسوا لتناول الطعام لانشغالهم بنشاطات أخرى كاللعب أو مشاهدة التلفاز (فهميم عبد الكريم وآخرون، 2007، 95) وهوما يحدث داخل أغلب الأسر، لكن يصبح الأمر أكثر سوءا وقد يصل إلى غياب التغذية الملائمة أو ضعفها عند الأسر ضعيفة الموارد المالية، إذ يرى Lauren .K.Williams وزملاؤه إلى أن نتائج الكثير من الدراسات تشير إلى الارتباط القوي بين ظهور مشاكل سوء التغذية والطبقات الدنيا من المجتمع (الدنيا : اقتصاديا، علميا... الخ) أين يختبر أطفالهم خاصة في سن التمدرب كل أنواع سوء التغذية (نقصان المغذيات الأساسية وزيادة المواد الدهنية والسكرية أو غياب شبه تام للتغذية أو الاعتماد على نوع واحد من الغذاء) ويستدل على ذلك من خلال اضطراب مؤشر كتلة الجسم والأمراض المختلفة سواء كانت مشخصة أولا.

يقضي التلاميذ في العالم جل يومهم في المدرسة وهوما يجعلهم يتناولون وجبة رئيسية واحدة على الأكثر سواء بالبيت، من محلات الوجبات السريعة، من عند الباعة المتجولين المتواجدين بمحيط المدرسة أو من المطعم المدرسي (Macevoy, 2014, 15) كل حسب إمكانيات أسرته كما سبق ذكره. وإذا أردنا المقارنة بين هذه السلوكيات قد تكون الوجبات المنزلية هي الأفضل وتليها الوجبات المقدمة في المدرسة خاصة إذا كانت تخضع لمعايير الجودة المتفق عليها. (درياس، 2018، 3).

وتصاحب فترتي التمدرب سواء تلك التي تسبق المراهقة (6-12 سنوات) أو فترة المراهقة (13-19 سنة) تغيرات محسوسة في النمو الذي يخضع لعدة عوامل منها الوراثية أو عوامل الصحة العامة والتغذية السليمة وتمس جوانب النمو في الطول، الوزن، نمو الأسنان... الخ وهوما يتطلب نظاما غذائيا مدعما بالبروتين، الكالسيوم، الفوسفور، الزنك، الكالسيوم، فيتامين د... الخ بكميات أكثر من الشخص البالغ، إلا أن هذه الاحتياجات تتوقف على عوامل عدة ومنها كتلة الجسم، معدل النمو، مدى النشاط الجسمي والاستقلاب.

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

بالإضافة إلى:

- ✓ ازدياد الحاجة لكميات أكبر من الطعام لدعم النمو في هذه المرحلة من الحياة.
- ✓ احتياج الفتيات مبكرا إلى كميات أكثر بسبب بلوغهن قبل الذكور.
- ✓ احتياج الذكور لكميات أكبر من الطعام مقارنة بالفتيات من أجل المحافظة على عضلاتهم وبسبب تزايد نشاطهم البدني.
- ✓ تدعيم غذاء الفتيات بالحديد لتعويض الفقد خلال مرحلة الحيض.
- ✓ احتياج المراهقين للسرعات الحرارية يفوق أي مرحلة عمرية (1500 الى 2500 كيلوكالوري /اليوم بالنسبة للإناث و 2000 الى 3200 كيلو كالوري /اليوم بالنسبة للذكور).
- ✓ احتياج فترة المراهقة إلى 50-60 غرام من البروتين في اليوم وهو ما يمثل من 7 إلى 8% من الحاجة اليومية للطاقة.
- ✓ الحاجة لمختلف الفيتامينات خاصة الضرورية لتنظيم الاستقلاب وبناء العضلات، خاصة الفيتامين ب.
- ✓ الحاجة المتزايدة للطاقة العصبية المناسبة لحاجات المراهق للتعلم والتحصيل.

للأسف تواجه تغذية المتدرسين جملة من المشاكل ونذكر منها:

عدم الاهتمام بوجبة الفطور بانتظام يوميا وذلك لعدة أسباب أهمها عدم تنظيم الوقت والتأخر بالنهوض من النوم وكذا عمل الأم وسوء تنظيمها وجهلها بأهمية هذه الوجبة: (فهيم عبد الكريم وآخرون، 2007، 96)، ففي دراسة تم إجرائها على 3001 مراهق متدرس بثانويات فيكتوريا بأستراليا اتضح أن تجاوز الأم لوجبة الفطور يرتبط بعلاقة ايجابية قوية مع تجاوز المراهق لهذه الوجبة (Natalie Pearson and all,2012,932) وهو ما يخل من النظام الغذائي الذي يفترض أن يتبع وبهذا تضعف مقاومة الجسم للأمراض وكذا تدني الاستيعاب الدراسي والقدرة على التحصيل، التفكير التركيز والإبداع (France Bellisli, 2004, 228)

1. الاختيار غير السليم للأطعمة أثناء الدوام الدراسي وفيما بين الحصص وبشكل خاص من الأطعمة التي لا يستفيد منها الأطفال والمراهقين بدرجة كبيرة.
2. الشراء من الباعة المتجولين وعدم الاهتمام بقواعد النظافة العامة والسلامة الغذائية.
3. تأخر الاكتشاف المبكر لمعوقات النمو وأمراض سوء التغذية مثل فقر الدم وعوز البروتين والطاقة والسمنة.
4. التغذية المدرسية ومشاكلها كعدم تنوع الأطعمة المقدمة وإهمال الوسائل الصحية وتدبير النظافة العامة.
5. عدم الاهتمام بتدريس مادة التغذية وعلاقتها بالصحة.
6. عدم الاهتمام بنظافة الفم والفحص الدوري للأسنان.

الفصل الثاني: السلوك الغذائي

7. عدم الاهتمام بممارسة الرياضة.

8. الاضطرابات الصحية المرتبطة بالتغذية (TCA)

وحتى يكون النظام الغذائي للمتمدرسين صحيا تتصح منظمة الزراعة والتغذية بأن يكون النظام الغذائي للمتمدرسين متنوعا ومتوازنا، يمد الجسم بكل العناصر الغذائية والطاقة الضرورية حسب الحاجة وأن يحتوي على كمية مناسبة من الأغذية في كل مجموعة غذائية وأن يكون لذيذا ومستساغا ولا يتطلب جهدا كبيرا (في وقت التحضير والتكلفة) مع توزيعه في أوقات منتظمة طيلة اليوم (3 وجبات أساسية ووجبتين خفيفتين) (FAO,2009,34) ويوضح الجدول رقم 03 احتياجات المتمدرسين اليومية من العناصر الغذائية وهذا مع مراعاة الاعتبارات التالية (الكتاب الطبي الجامعي،199،2005) :


جدول رقم 02: عدد وحجم الحصص اليومية لكل مجموعة غذائية للأطفال

المجموعة الغذائية	عدد الحصص	حجم الحصة
الحليب ومشتقاته	4	$\frac{3}{4}$ كوب من الحليب الدسم أو الرائب أو 23غ من الجبن
اللحوم وبدائلها	3	60غ لحم أو بيضة واحدة أو نصف إلى $\frac{3}{4}$ كوب من البقوليات المطبوخة أو 3 ملاعق كبيرة زبدة اللوز
الفواكه والخضروات	4 أو أكثر	الفاكهة والخضروات الغنية بالفيتامين ج (حصة أو أكثر وتشمل الحصة نصف كوب عصير أو حبة فاكهة أو ثلث كوب خضروات مطبوخة أو نصف كوب خضروات طازجة). الفاكهة خضراء أو صفراء اللون حصة أو أكثر وتشمل الحصة حبة فاكهة أو $\frac{3}{1}$ كوب خضروات طازجة أو مطبوخة أو نصف كوب خضروات طازجة الفاكهة والخضروات الأخرى (حصتان أو أكثر) وتشمل الحصة $\frac{1}{2}$ كوب عصير فاكهة أو كوب خضروات مطبوخة أو نصف كوب خضروات طازجة.
الخبز والحبوب	4 أو أكثر	شريحة خبز أو نصف كوب أرز أو حبوب مطبوخة أو $\frac{3}{4}$ كوب حبوب جافة

المرجع: الكتاب الطبي الجامعي: الغذاء والتغذية (2005)، ص196

خلاصة

تم التطرق من خلال هذا الفصل إلى مفاهيم الصحة والسلوكيات المرتبطة بها على غرار السلوكيات الغذائية وهي كلها مفاهيم شديدة الترابط وذات تأثير كبير على احتمالات التعرض للمرض والتقليل من فرص الاستمتاع بالحياة والتعليم لدى مختلف الفئات وعلى رأسها الفئات الشابة، التي تم تسليط الضوء على العوامل المحددة لسلوكياتها، طبيعة الاضطرابات التي قد تصاحبها والشروط التي يجب أن تتحقق من خلالها للحفاظ على السلامة الجسدية، النفسية والاجتماعية، أي للحفاظ على الصحة.



الفصل الثالث

جودة الحياة

1-التطور التاريخي لمفهوم جودة الحياة

2-المفهوم وتعريفاته

3-أبعاد ومكونات ومجالات جودة الحياة: بعض النماذج

4-جودة الحياة المرتبطة بالصحة

5-العوامل المؤثرة في العلاقة بين الصحة وجودة الحياة

6-جودة الحياة، حسن الحال والصحة لدى المراهقين

7-جودة الحياة المرتبطة بالتغذية



تمهيد

يزخر التراث العلمي بعدد هائل من الدراسات في جودة الحياة، هذه الأخيرة التي بدأت تبتعد عن العمومية في طرح وقياس المفهوم نحو التخصص كما هو الحال في دراسات جودة الحياة المعدلة أو جودة الحياة المرتبطة بالتغذية أو جودة الحياة الصحية... الخ، وهذا في سبيل تذليل الصعوبات التي ما فتأت تواجه الباحثين عند دراستها.

وسناقش في هذا الفصل طبيعة مفهوم جودة الحياة، نشأته وتطوره بالإضافة إلى التفصيل في بعض من أنواع جودة الحياة على غرار جودة الحياة المرتبطة بالصحة وتلك المرتبطة بالتغذية.

1- التطور التاريخي لمفهوم جودة الحياة

عادة ما يقف الباحثون في العلوم النفسية والتربوية بعد مراجعتهم للتراث النظري عند صعوبة التحديد الدقيق لمفهوم جودة الحياة، ويجدون أنفسهم مرتبكين أمام التداخل الشديد بينه وبين مفاهيم أخرى كأسلوب، نمط، ونوعية الحياة، بل إن الآراء انقسمت بين كون ما سبق من مصطلحات متصل تارة ومنفصل تارة أخرى عن مفهوم جودة الحياة، والرأي الذي يجزم بكونها مجرد تسميات صورية تعبر عن مستوى معيشة معين. فإذا كان أسلوب الحياة هو جملة السلوكيات والعادات التي يتميز بها الفرد وأي تغيير فيها يدل على وحدة الشخصية النفسية المنظمة انطلاقاً من خيارات للقيم بشكل يساهم في تماسك صورة الذات في العالم الخارجي كما تصفه (موسوعة علم النفس، 1997، ص1034)

فمفهوم الحياة اصطلاح استخدمه الجغرافيين الفرنسيين في مطلع القرن العشرين للدلالة على مجموعات بشرية تعيش ضمن اقتصاد مغلق أو شبه مغلق يميزه ارتباطه بشكل أساسي بالنشاط الحيوي ومن أمثلته: نمط الحياة الرعوية أو نمط الحياة الزراعية أو النمط القائم على الصيد البحري أو البري (معجم المصطلحات الجغرافية، 2002، ص868). مهما كان نمط الحياة لدى هذه المجتمعات أو غيرها فهي في سعي دائم نحو التنمية والارتقاء بحياة أفرادها عن طريق تحقيق الوفرة الاقتصادية كوسيلة لتحقيق متطلباتهم، تطلعاتهم وطموحاتهم: فهي في الحقيقة تبحث عن نوعية معينة من الحياة يتحقق فيها الإشباع المعنوي والمادي وبالتالي التوازن النفسي للفرد من خلال تحقيقه لذاته وهو ما تصطلح عليه منظمة اليونسكو بجودة الحياة. مما سبق يظهر هذا الغموض جلياً بالرغم من شيوع استخدام هذا الأخير ويعود على الأرجح إلى نوعية مكوناته وطبيعته التفاعلات بينها، وبالتالي إلى اختلاف المشارب العلمية التي تعكف على دراسته وهو ما يفسر إلى حد كبير غياب مرجعية نظرية واضحة يمكن الاستناد عليها لبناء تعريف دقيق والاكتفاء بتحديد مؤشرات ذاتية كانت أو موضوعية للاستدلال عليه، إلا أن (Schalok 1996) أشار إلى وجود متغيرات (مكونات، مؤشرات) تخرج عن هذا التصنيف الثنائي والتي يمكن أن تختلف في درجة أهميتها وفقاً لتوجهات الباحث وأهدافه. (حراطوي أمينة، 2014، ص28).

لكن هذا الحل المنهجي لم يكن ناجحاً كفاية فاضطراب المصطلح لا يزال قائماً ولذلك اشتكى بويل (2002) وزملاؤه كما ورد في (زعطوط رمضان، 2014، ص21) مما أسموه زبئقية المصطلح وعدم تحديده بسبب استعماله غير المحدودة من طرف المتخصصين والعامّة على حد سواء، فهو يشير إلى تقييم الفرد بحياته، مما يحيلنا إلى المعاني المقاربة ل: الرفاه، حسن الحال، السعادة، الصحة، العيش الطيب، تحقيق الذات، الصحة النفسية والجسدية والحياة الجيدة بما فيها من المتع والأهواء والطيبات، في نفس الوقت الذي يمكن استخدامه كمؤشر لتقييم المستوى المعيشي للأفراد من حيث الخدمات الصحية المتاحة، السكن، فرص العمل

...الخ. نحن إذا كما يشير له (Rutt Veenhoven,2013,195) أمام "المصطلح المظلة " umbrella "term"

إن الارتباك الذي أشرنا إليه أعلاه يشمل أيضا الترجمة التي تؤثر على بناء المفهوم بذاته وأبعاده، حيث يخلط بعض الباحثين بين جودة الحياة والرزق ويصبح المصطلح الإنجليزي لهذا مرادفا لنوعية الحياة وبعدا من أبعاد جودة الحياة إضافة إلى معنى الحياة والرضا عن الحياة، livelihood، وهو تساهل غير محمود في المصطلح (الضامن وسعيد حسن،2016) تاريخيا ظهر مصطلح جودة الحياة في منتصف القرن العشرين بدول أوروبا الغربية، أثناء محاولتها لتحديد المصالح المادية التقليدية بما يتناسب وحاجات المجتمع المتجددة في إطار مفاهيم اقتصادية كالانتمية المستدامة وكل ما يرتبط بها من طرائق لتحقيق رفاه مواطنيها ومحاربة الفقر في إطار مشروع حياة ذات معنى لكل من يعيشها. (Juoz Ruzevicius,2013,p8)، كما انه جاء كمفهوم مكمل لمفهوم الكم في فترة كانت تسعى إليه المجتمعات باعتباره وسيلة لتحسين ظروف الحياة والرفاهية، وتعددت استخداماته لتطال مجالات غير مألوفة كجودة آخر العمر، جودة المستقبل، جودة الوفاة وغيرها وهكذا أصبح المفهوم هدفا للدراسة والبحث باعتبارها الناتج والغاية الأسمى لأي برنامج من برامج الخدمات المقدمة للفرد(علي حسين الحلو،2016).

يبدو هذا المفهوم حديثا نسبيا، لكنه في الحقيقة من المواضيع القديمة، فقد تناوله فلاسفة الإغريق من خلال بحثهم عن معنى للحياة يساعد الأفراد للارتقاء بوجودهم وحياتهم: فقد رأى أفلاطون أن جودة الحياة كقيمة مثلى في المجتمع تتحقق عندما يصل بالأفراد إلى أقصى شعور بالمتعة وحسن الحال من خلال الاستثمار في المشاعر الايجابية فقط وعلى العكس من ذلك رأى سقراط أن مفهوم جودة الحياة في المجتمع مشروط بتنوع المشاعر السلبية والايجابية، أما أرسطو كما ورد في كتابه الأخلاق فقد أشار كما ورد في (مسعودي أمحمد،2015) إلى أن كلا من العامة الدهماء وأصحاب الطبقات العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء ولكن مكونات السعادة عليها خلاف، اذ يقول بعض الناس شيئا ما في حين يقول الآخرون شيئا غيره ومن الشائع كذلك أن الرجل نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات، فعندما يقع فريسة المرض يرى ان السعادة هي الصحة وعندما يكون فقيرا يرى السعادة في الغنى، ويرى أرسطو أن الحياة الطيبة تعني حالة شعورية ونوعا من النشاط وما ذلك بالتعبير الحديث سوى جودة الحياة.

إن أول ظهور حديث موثق لهذا المصطلح كان من طرف A.C.Pigou في كتابه الصادر في سنة 1920 عن الرفاه الاقتصادي، إلا أنه لم يحظى بالاهتمام إلا في نهاية الحرب العالمية الثانية خاصة من طرف منظمة الصحة العالمية من خلال الثورة التي أحدثتها تعريفها الجديد للصحة باعتبارها حالة من المعافاة الجسدية وحسن الحال الاجتماعي والنفسي المرتبط أساسا بجودة الحياة وليس مجرد غياب المرض والعجز

الفصل الثالث: جودة الحياة

(WHO 1948) وفي نفس السياق توصل Fischer (2002) إلى تعريف يكاد يعادل بين الصحة بكل أبعادها وجودة الحياة، حيث اعتبر الصحة طريقة تعبير ومعايشة وخبرة لدى الفرد، حيث تتعاضد الحياة النفسية والاجتماعية مع الوظائف البيولوجية لتحقيق الرفاهية (الشعور بالعافية وحسن الحال) والتي تمكن الإنسان من العيش بطريقة مرضية (Fischer ,G.F, 2002)

لقد فتحت هذه المقاربة المجال واسعا أمام الفرق البحثية للبحث في مفهوم جودة الحياة في مختلف سياقات الحياة : الصحية، الاقتصادية، السياسية، النفسية، الاجتماعية وغيرها من مجالات الحياة التي شكلت فيما بعد أبعادا للمفهوم (Anne –Liss Septans,2015)، إذ يؤكد كل من غرينوى ورون جونسون وآخرون (2009) على أن مفهوم جودة الحياة بشير إلى تقييم الرفاه العام للأفراد والمجتمعات ويستخدم هذا المصطلح في مجموعة واسعة من الصياغات بما في ذلك مجال التنمية الدولية والسياسية والرعاية الصحية ولا ينبغي الخلط بين مفهوم جودة الحياة ومستوى المعيشة التي تقوم أساسا على الدخل، فالمؤشرات القياسية بجودة الحياة لا تشمل فقط الثروة وفرص العمل ولكن أيضا البنية العمرانية والصحة البدنية والعقلية والتعليم والترفيه وأوقات الفراغ والانتماء الاجتماعي. (www.aasst.com)

يظهر جليا للمتتبع لتطور الأعمال البحثية حول المفهوم انه تأرجح بين المؤشرات الموضوعية والذاتية أو الرفاهية المدركة، إلا أن مقاربتان أساسيتان كانت الأرضية لكل الدراسات وهما:

المقاربة الاسكندنافية حسب أعمال درينوسكي 1974 واريكسون 1987 تركز على المجتمع المفيد النافع وعلى الرفاه الاجتماعي كهدف للثروة والقدرة على الوصول إلى مصدرها مما يمكن الأفراد من التحكم في مستوى معيشتهم اعتمادا على المال والملكية والصحة الجسدية والعلاقات الاجتماعية والأمن وغيرها من المؤشرات الأقرب إلى ترجمة البعد الاجتماعي لذلك تعتمد على المؤشرات الموضوعية.

أما المقاربة الأمريكية فهي أقرب إلى مفهوم الفردانية في الثقافة الغربية بتركيزها على المؤشرات الذاتية استنادا إلى الفلسفة النفعية ونموذج البحوث النفسية اعتمادا على الرفاه الذاتي وأهم مؤشرات الرضا والسعادة كما يخبرها الفرد. (زعطوط رمضان، ص22)

2. المفهوم وتعريفاته:

لغويا يرتبط مفهوم الجودة Quality بالكلمة اللاتينية Qualitas وهي تعني طبيعة الفرد أو طبيعة الشيء وتشير إلى الدقة والإتقان كما تعني الجودة حسب قاموس oxford الدرجة العالية من النوعية أو القيمة، فالجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء المتميز الممتاز.

الفصل الثالث: جودة الحياة

ويشير هذا إلى أن الأفراد يتعلمون من خلال خبراتهم أن يميزوا بين الجودة العالية والجودة المنخفضة عن طريق استخدام مجموعة من المعايير التي تميز بين النوعين من الجودة. (سلاف مشري، 2014، 233) أما في اللغة العربية وطبقا لابن منظور فالجودة أصلها الاشتقاقي الفعل الثلاثي جَوَدَ والجيد نقيض الرديء وجاد بالشيء جَوَّدَهُ أي صار جيدا أو جاد أتى بالجيد من القول والفعل ويقال أجاد فلان في عمله وأجوده وجاد عمله (جمال الدين بن مكرم، 2005)، وهو ما يتوافق مع الاستعمال الشائع في الحياة العامة والذي يركز على الجوانب الايجابية عند التعبير عن نوعية الحياة. (Ltwinn M,1999,p9)

ومنه يمكن أن نخلص إلى أن الاستخدام اللغوي للمصطلح يتضمن واحدا أو أكثر من المكونات التالية: درجة أو مستوى التميز والإتقان التي نتوصل لها من خلال المطابقة مع مواصفات مسبقة التحديد وهذا وفق مؤشرات ومحكات.

إن هذه الزئبقية في استخدام المصطلح تعود للترجمة من جهة ولمواطن استخدامه من جهة أخرى، فالقارئ خاصة العربي "بحكم طبيعة اللغة العربية" يجد نفسه متحيزا للجانب الايجابي من المصطلح فيدرك أن اقترانه بمفهوم آخر يحتم بالضرورة اقترابه نحو الكمال والمثالية أو على الأقل مطابقته لمعايير محددة، لكن في الحقيقة وبالرجوع إلى أولى استخدامات المصطلح، نجده يحمل كلا التقييمين الإيجابي والسلبي وهو ما أتينا شخصيا. فعلى سبيل المثال جودة التعليم في دولة ما لا تعني بالضرورة أن مخرجاته ممتازة وفعالة لكن هي إشارة إلى مستواها مقارنة مع معايير عالمية.

أما اصطلاحا، فقد حظي المفهوم باهتمام كبير، فمع بداية الثمانينات وما تلاها في التسعينات، بدأ الظهور السريع لثورة الجودة وجاء التأكيد على جودة المنتجات وجودة المخرجات ونظام إدارة الجودة ' ISO ' حيث أطلق على الجانب المادي والتكنولوجي ثم تعددت استخداماته وشملت مجالات وتخصصات كثيرة حتى أصبح يكسب معناه من المجال الذي يستخدم فيه وهكذا أصبحت جودة الحياة مقياسا لمدى رفاهية الأفراد، المجتمعات والشعوب بالإضافة إلى دخول معايير الجودة وتطبيقاتها في العديد من المجالات كالصناعة، الزراعة، الاقتصاد، الطب، التعليم، السياسة، الاجتماع والدراسات النفسية. (الأشول، عادل عز الدين، 2005) لكن وبالرغم من امتداد رقعة استخدامه إلا أن مشكلة جوهرية طالت المصطلح، خاصة عندما لا يتعلق بالماديات في الحياة والتي يسهل إلى حد كبير وضع معايير لقياس جودتها وكل هذا بسببها غياب شروط عالمية للجودة وعدم ثباتها في حال وجودها، ناهيك عن تمايزها تبعا لخصائص المجالات التي يوظف فيها: حيث نجده تارة لصيقا بالصحة العقلية والجسمية للأفراد ودرجة استقلاليتهم ومستوى علاقاتهم الاجتماعية في سياق البيئة التي يعيشون بها وتارة أخرى بمدى التطابق الذي بين واقع حياة الفرد وتوقعاته عن الحياة المثالية التي يصبوا إليها وبالتالي مدى رضاه وسعادته بحياته.

مما سبق قد يستقر في الأذهان أن جودة الحياة هي المستوى المعيشي للأفراد، إلا أن هذا الأخير هو مجرد تقييم للثروة المادية أو مدى تحقيق الثروة أو الوضع الوظيفي للفرد داخل المجتمع والذين لن يختزلوا

الفصل الثالث: جودة الحياة

المفهوم بالرغم من تأثيرهما على جودة الحياة التي تتضمن جوانب أكثر أهمية منها كالصحة الجسدية، النفسية والعلاقات الاجتماعية والحالة العامة للشخص وتحقيق التوازن في مختلف جوانب الحياة التي يحياها الأفراد وهو ما تؤكدته الكثير من الدراسات التي بحثت في العلاقة بين المستوى المعيشي وجودة الحياة على غرار دراسة مطر (2003) التي توصلت إلى أن مستوى الدخل لا يؤدي دورا كبيرا في مجال السعادة اليومية بالرغم من أن اغلب الناس يتصورون انه لو كان لديهم المزيد من المال سيكون لديهم الكثير من الأشياء الممتعة، حيث وجد ان ذوي الدخل المرتفع لديهم اقل ارتباطا بالسعادة اللحظية من مجمل جودة الحياة بسبب كثرة الضغوط والتوتر المحيطة بهم.

ولما كان التقييم، المطابقة والمقارنة هي مكونات مبطنة للمفهوم اللغوي في سياق استخدامه الاجتماعي، نجد أنه سيتعلق لا محالة بمنظومة القيم للأفراد السائدة في البيئة الثقافي التي تصبغ جماعتهم باعتبارها معايير تميل إلى الاستقرار.

ولذا ومن اجل تقييم ومقارنة جودة الحياة بين الجماعات والأفراد سنكون بحاجة إلى مؤشرات عامة تقيس النواحي الاقتصادية، السوسيوثقافية، المناخ السياسي، الخدمات: الصحية-التعليمية-النقل... الخو حتى الشروط المناخية والجغرافية وغيرها من المؤشرات التي تتجمع في مجالات تهم الأفراد وهي: المجال النفسي، المجال الجسدي، المجال الاقتصادي، المجال الاجتماعي، المجال السياسي والمجال البيئي.

أنه بالصعوبة بمكان أن نجد في التراث النظري اتفاقا عاما حول هذه المؤشرات فقد تزيد أو تنقص من باحث إلى آخر تبعا للمجال العلمي الذي يعمل بهو خبرته فيه، ترتيب الأولويات أو المنهل النظري الذي يعتمد عليه ومن أمثلة هذا الاختلاف أن يحصر Juozas Ruzivicius هذه المؤشرات حسب درجة أولويتها كالتالي: الحالة الجسدية (الصحة، عبء العمل، الغذاء... الخ)، الحالة المادية (القدرة الشرائية، متوسط المداخيل، شروط العمل، الضرائب... الخ) الحالة النفسية (الانفعالات، تقدير الذات، الرضا بكل أنواعه، مستوى الضغوطات، المناخ النفسي السائد في الأسر، الجماعات وحتى الأمة... الخ)، الحالة الاجتماعية (العلاقات الاجتماعية، المرافقة والمساندة الاجتماعية... الخ) بالإضافة إلى وسائل وإمكانات الراحة والترفيه، الأمن البيئي وكل مؤشرات التنمية البشرية IDH (المعتمد في هيئة الأمم المتحدة والبنك الدولي) في الوقت الذي يقر فيه المختصون القائمين على موسوعات علم النفس كما ورد في (أمينة حرطاني، كريمة زابدي، 2016، ص 35) على رأسهم Webster (1999) وزملاؤه سبعة محاور تضم المؤشرات الرئيسية لتحديد جودة الحياة وهي: التوازن الانفعالي، الحالة الصحية للجسم، الاستقرار المهني، الاستقرار الأسري وتواصل الاتصال داخل البناء العائلي، استمرارية وتواصل العلاقات خارج نطاق العائلة، الاستقرار والتواءم الجنسي.

إن كل ما سبق الإشارة إليه من مؤشرات يركز عليها لتفعيل المصطلح علميا وعمليا تشترك في خاصيتين متنافرتين من حيث الحاجة للتعرف على آراء الأفراد وتقييماتهم الذاتية لهذه المؤشرات أو غيابها، أو غياب الحاجة لوضع مؤشرات أساسها التقييم الذاتي، والتي تعزى لكونها أشبه بوحدات قياس يكفي أن تحوز على

الفصل الثالث: جودة الحياة

الاتفاق لتصبح معايير للمقارنة والترتيب والتصنيف وهو ما نجده متداولاً في التراث النظري بالبعد الموضوعي للمفهوم، كما ورد في (أبوراسين، 2012، ص33) بأنه مستوى رقي الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع والنزوع نحو نمط الحياة الذي يتميز بالترف وهذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه إلا مجتمع الوفرة، ذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية السكان، أو كما يشير إليه John Alexander الوارد في (وفاء محمد، 2014، ص80) بالتجاوز عن توفير ضروريات الحياة وضرورة توفير أساليب الراحة بمعنى تجاوز الضروريات إلى الكماليات التي تشعر الإنسان بالسعادة والبهجة في الحياة. أما عند اللجوء إلى ضرورة الغوص في النفس البشرية للتقييم المعرفي والانفعالي لجودة الحياة يصبح البعد الذاتي هو الأمثل لفهم حالات لا يستمتع فيها شخص ما بظروف معيشية جيدة (المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة كالدخل وتوفر وسائل الرفاهية... الخ ممتازة) في الوقت الذي تعتمد أقصى سعادة شخص آخر على توفر اليسير منها، وهو ما ذهب إليه هانشز وموكان وكواك (2001) حيث رأى أن جودة الحياة هي درجة شعور الفرد بالسعادة النفسية الناتجة من رضاه بظروف حياته اليومية (بشرى عناد، بدون سنة، 720)، كما يعرفها عبد المعطي (2005) الوارد في (علي حسن، 2012، ص319) بأنها تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد وتقييمه للنواحي المادية المتوافرة في حياته ومدى أهمية كل جانب منها بالنسبة للفرد في الوقت المحدد وفي ظل ظروف معينة ويظهر بوضوح مدى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه ويؤثر بالضرورة على تعاملات الفرد وتفاعلاته اليومية، كما يرى ليهمان Lihman (1998) أنها حالة الإحساس بالرفاهية والرضا التي يشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحياتية.

إن القاسم المشترك بين التعريفات السابقة لجودة الحياة من بعدها الذاتي هو الارتباط الشديد بمظاهر الحياة المادية المكون الأساسي للبعد الموضوعي للمفهوم، إلا أن الأدبيات كذلك تحوي تعريفات لا تظهر فيها المؤشرات المادية وتختزل البعد الذاتي في مفاهيم كالرضا العام والسعادة وحسن الحال والهناء هو ما يذهب إليه تايلور Taylor ورودقان Rodgan (1990) معبرين عنه برضا الفرد بقدره والشعور بالراحة والسعادة، أو كما عبر عنها Goldbury وStark على أنها انعكاس للذات الإنسانية مع تحقيق الشعور بالرضا والسعادة والإشباع والنجاح وهي شعور الشخص بالكفاءة الذاتية وإجادة التعامل مع التحديات كما يراه Rodson، وتلخص (1993) Ryff جودة الحياة الذاتية بأنها شعور الفرد بالسعادة النفسية الناتجة عبر مراحل حياته المختلفة والمنبثقة من جهوده الايجابية في الاستقلالية والكفاية الذاتية والنمو الشخصي والعلاقات الايجابية مع الآخرين وتقبل الذات. (Ryff.C,1984)

إن ما يميز هذا التعريف هو أمران اثنان: أولهما الإشارة إلى مفهوم الديمومة في الشعور بجودة الحياة التي لا تعطى جاهزة للأفراد من السياسات أو الأنظمة على عكس ما جاء منذ سنة 1776 في وثيقة الاستقلال للولايات المتحدة الأمريكية والتي تقر أن توفير كل شروط السعادة هي واجب على الدولة وحق لا مشروط للمواطن كما ورد في (Grant Duncan,2013,p303)

الفصل الثالث: جودة الحياة

بل تكتسب بتفعيل مكامن القوة الذاتية للفرد، وبهذا يصبح قياس جودة الحياة مرهون بمدى المثابرة في تحقيق أهداف حياتية مخطط لها مسبقا أو ما يعرف بمخطط الحياة (plan de vie) والذي يعتبر من المقاربات الحديثة لدراسة مفهوم جودة الحياة التي تبناها علم نفس الصحة (Evaluation de la qualité de vie ,Qualiderm ,service de psychologie de la sante , unité de vieillissement, université de Liège , p6) ثانيهما تبنيه بامتياز الاتجاه الايجابي للمصطلح والذي يرى رواده أن السعادة هي أحد أهم مؤشرات باعتبار أن جودة الحياة هي نتاج المعادلة التالية: (محمود سعيد أبو حلاوة، 2014، ص34) جودة الحياة= (الانفعالات الايجابية، العلاقات الاجتماعية الايجابية، المؤسسات الايجابية، الخصائص والصفات الاجتماعية) \sum والتي تقابلها.

جودة الحياة= (الحياة السارة الممتعة، الحياة الاجتماعية الايجابية، حياة الاندماج، الحياة الهادفة ذات

المعنى) \sum

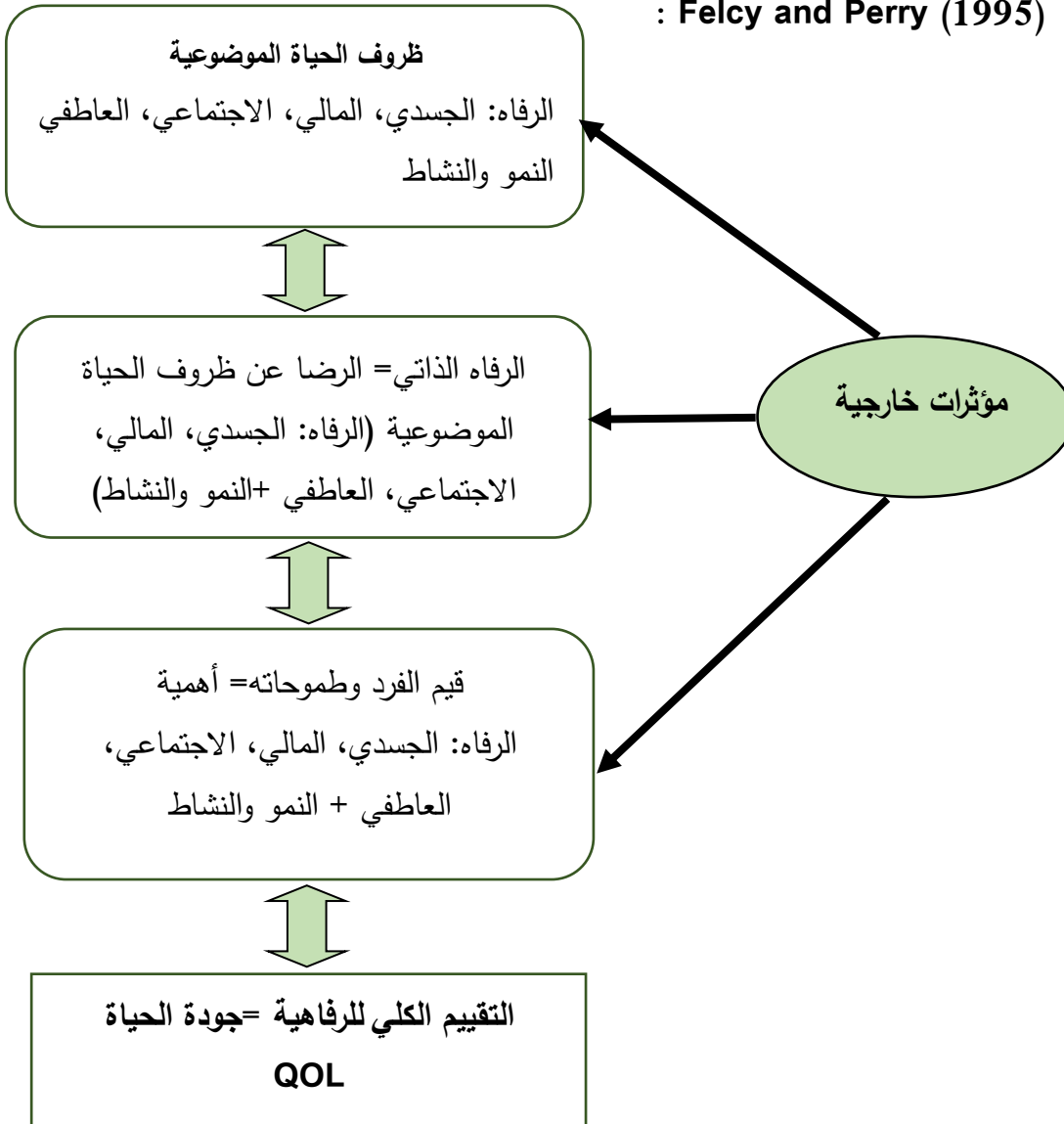
إن هذا التوجه الايجابي ليس بالجديد وهو ما يبرر تحيز المصطلح لدى العامة للكمال والمثالية، فقد ربط أرسطو منذ زمن بعيد السعادة بالفضيلة ورأى أن ممارستها تشكل أبرز مكونات الايديومونيا، إضافة إلى الوفرة المادية والصحة والجمال (مصطفى حجازي، 2012، ص40) وهو ما أكده علماء نفس السعادة في وقت قريب، مقرين بأن حسن الحال باعتباره حالة من الاستمتاع والرضا والسعادة الذاتية هو الدافع الأساسي للنشاط الإنساني وبالتالي هو تعبير صريح عن جودة الحياة في بعدها الذاتي الذي يتحقق عندما يختبر الأفراد تجارب ممتعة في الحياة أكثر من تلك المؤلمة كما يؤكد كل من (Dienner و Lucas (1999 و Nathalie (Leroy,2015,p10

أما (Cowen (1994 فيرى أن جودة الحياة المعبر عنها بحسن الحال هي أكثر من مجرد الشعور بالسعادة وهو ما شاطره فيه الرأي كل من Singer و Ryff، وأنها أي جودة الحياة تنتج السعادة بشكل ثانوي لكنها لا تعرفها، وهو ما أدى بهم إلى إضافة عناصر أخرى كالتحكم في البيئة، العلاقات الايجابية، الاستقلالية، النمو الشخصي، تقبل الذات ومعنى الحياة والتي تعود جذورها إلى نظرية كارل روجرز الإنسانية. (Jennifer (Laguardia,2000,p283

3. أبعاد، مكونات ومجالات جودة الحياة: بعض النماذج

يظهر جليا لأي باحث اطلع على بعض من التراث العلمي حول مفهوم جودة الحياة أن الحل الذي تم تبنيه علميا لمواجهة معضلة صعوبة وضع تعريف دقيق، كان اقتراح نماذج تجمع بين المؤشرات الموضوعية والذاتية المدركة (الأبعاد)، في مجالات الحياة الرئيسية (الجسدية، النفسية والاجتماعية) ومع هذا لم تفي هذه النماذج بالغرض المطلوب، إذ تعتقد الباحثة أن السبب هو في اختلاف أولويات المجتمعات حول مؤشرات جودة الحياة التي تعيشها، وهذا بسبب طبيعة الأنظمة التي تحكمها وطبيعة مواردها وثرواتها. وسنورد فيما يلي على سبيل المثال لا الحصر بعضا من النماذج العالمية والمحلية (العربية).

1-3 نموذج (1995) Felcy and Perry :



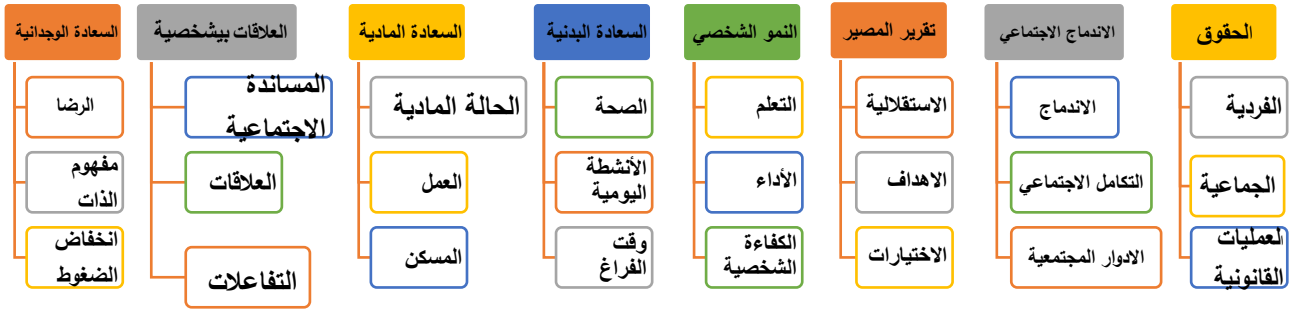
مخطط رقم 08: نموذج جودة الحياة لـ (1995) Felcy and Perry

المصدر: (زعطوط رمضان، 26، 2014)

2.3. نموذج Shalok (2000):

اقترح Shalok في إطار نظريته حول جودة الحياة نموذجا يعكس جملة الظروف التي يتمناها الفرد أو يرغبها في حياته والتي ترتبط بثمانية مجالات تحدها ثلاث مؤشرات أساسية تغطي عليها المؤشرات الذاتية كما تظهر في الشكل التالي:

الفصل الثالث: جودة الحياة



المخطط رقم 09: نموذج جودة الحياة لـ Shalok (2000)

المصدر: (Shaok ,R,2000, 166)

3-3 نموذج Akranavicituti وزملائه (2010)

أما Timossi (2007) Akranavicituti & Ruževitius (2010) فقد اتفقوا على نموذج يشمل

مجالات جودة الحياة والمؤشرات المعبرة عنها، القابلة للملاحظة والقياس وهذا من خلال النموذج الموالي:



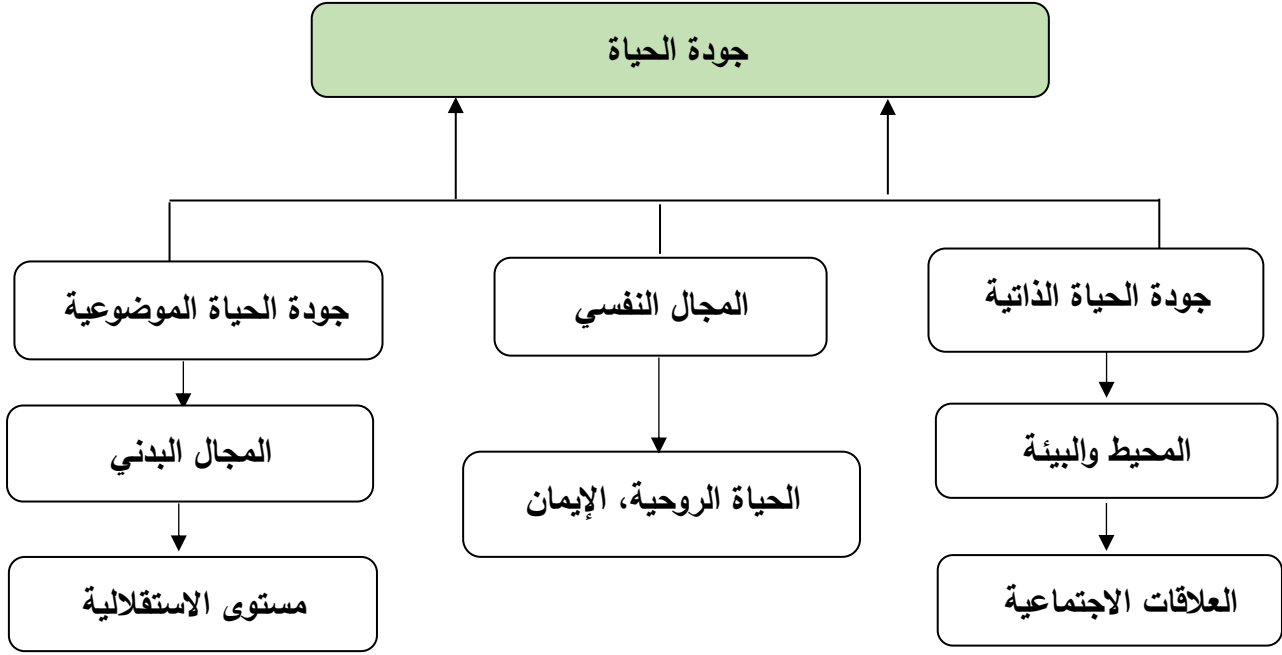
المخطط رقم 10: نموذج جودة الحياة لـ Akranavicituti وزملاؤه (2010)

المصدر: (Juoz Ruzevicius ,2013, 8)

4.3. النموذج التكاملي لـ Urzúa و Caqueo-Urizar :

اعتمد Urzúa و Caqueo-Urizar (2012) على تعريف منظمة الصحة العالمية (1995) والذي مفاده أن جودة الحياة لدى الأفراد هي "مفهوم جد واسع يتأثر بشكل معقدة بصحتهم البدنية، حالتهم النفسية، علاقاتهم الاجتماعية، درجة استقلاليتهم وعلاقاتهم مع العوامل المهمة في بيئتهم " في نموذجها التكاملي والتراكمي لجودة الحياة، آخذين بالحسبان نظرة الأفراد الذاتية والموضوعية للمجالات المكونة للنموذج.

المصدر: (Marilou Bruchon ,2014,44)



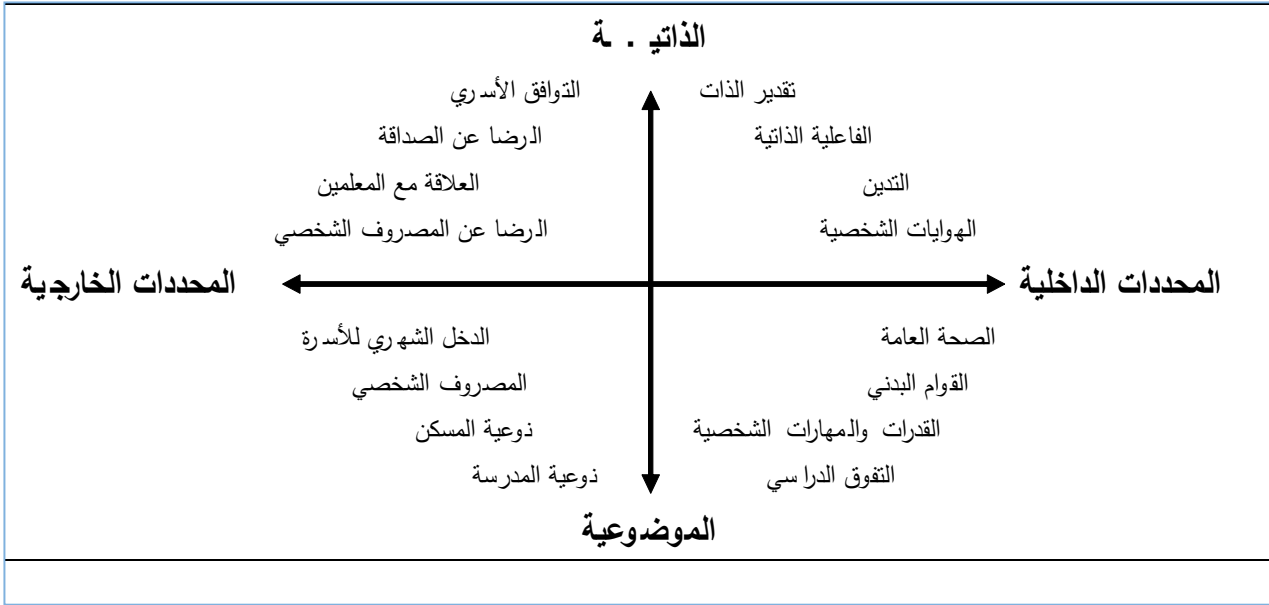
المخطط رقم 11: النموذج التكاملي لـ Urzúa و Caqueo-Urizar

المصدر: (Marilou Bruchon, 2014,45)

3-5 نموذج أبو سريع وزملاؤه

أما على المستوى العربي فقد كان النموذج الذي اقترحه أبو سريع وزملاؤه وشوقي وأنور ومرسي (2006) أكثر النماذج تداولاً في الأدبيات العربية حول مفهوم جودة الحياة وهو نموذج لتفسير وتقدير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تشكيل جودة الحياة موزعة على بعدين متعامدين، يشمل البعد الأفقي قطبي توزيع محددات جودة الحياة حسب كمونها داخل الشخص أو خارجه، وتسمى "بعد المحددات الشخصية الداخلية في مقابل المحددات الخارجية" Internality vs. externality dimension، ويمثل البعد الرأسي توزيع تلك المحددات وفق أسس قياسها وتقدير مدى تحققها، والتي تتوزع ما بين أسس ذاتية يقدرها الفرد من منظوره الشخصي كما يدركها ويشعر بها، إلى أسس موضوعية تشمل الاختبارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية، أو اعتماداً على معايير كمية وكيفية أخرى مثل الملاحظة ومقاييس التقدير، ويسمى "بعد الذاتية في مقابل الموضوعية" Subjectivity vs. objectivity dimension، ويتضمن الشكل بعض الأمثلة لمحددات جودة الحياة، والشكل التالي يبين ذلك

الفصل الثالث: جودة الحياة



المخطط رقم 12: نموذج جودة الحياة لأبو سريع وزملائه

المصدر: (كاظم، علي مهدي والبهادلي، عبد الخالق نجم، 2006، 5).

4- مناقشة عامة للنماذج:

بشكل عام تشكل النماذج المقترحة لجودة الحياة، نظاماً تفاعلياً يجمع بين جودة خصائص الإنسان من حيث تكوينه الجسمي، النفسي المعرفي، الاجتماعي والأخلاقي ودرجة توافقه مع ذاته والآخرين في إطار جودة البيئة المادية التي يعيش فيها والتي تقاس بمدى قدرة هذا الإنسان على الوصول إلى الحياة المترفة. إن قدرة الإنسان على توظيف معظم إمكانياته وتطوير مهاراته لتحقيق جملة أهدافه والتي تصب في مجملها في الاقتراب بذاته ومجتمعه إلى المثالية في كل مجالات الحياة، ماهي في الحقيقة إلا سبيلاً لتجويد الحياة، وهو ما يؤكد Good كما ورد في (هشام ابراهيم عبد الله، 2008، ص 139) فجودة الحياة لديه ما هي إلا نتائج تفاعلات فريدة بين الفرد والمواقف الحياتية الخاصة والتي تقدر بدرجة استمتاع الفرد بإمكانياته الهامة في حياته أو بصورة أخرى إلى أي حد يرى الفرد حياته جيدة، مضيفاً أن البعض يرى جودة الحياة كمفهوم يعكس مواقف الحياة المرغوبة لدى الفرد في مجالات رئيسية للحياة هي: الحياة الأسرية، المجتمعية، المهنية، الصحية والمدرسية ويعتمد هذا الحكم على الإدراك الذاتي لمواقف الحياة الموضوعية وإدراك الآخرين المهمين للفرد وهو ما تتبناه منظمة اليونسكو، حيث حددت جودة الحياة في المؤشرات التالية: (أسماء ادم، ياسر الجاجان، 2014، 352)

1- الإحساس بجودة الحياة: هي حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادراً على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة)، والاستمتاع بالظروف المحيطة به.

الفصل الثالث: جودة الحياة

2- المؤشرات النفسية: وتتبدى في مدى شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.

3- المؤشرات الاجتماعية: وتظهر من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

4- المؤشرات المهنية: وتتمثل في درجة رضا الفرد عن مهنته وحبها لها، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته والقدرة على التوافق مع واجبات عمله.

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

5- جودة الحياة المرتبطة بالصحة

لا يختلف اثنان منذ عقود من الزمن على الصلة الوثيقة بين حسن الحال، الصحة وجودة الحياة (الموضوعية والذاتية) لدى الأفراد وهذا لاشتراكهم في الارتباط بعوامل متعددة، وراثية (بيولوجية) كانت أو سلوكية (نمط وأسلوب الحياة) أو بيئية (فيزيائية-اجتماعية)، أضف إلى ذلك تلك (أي العوامل) ذات العلاقة مع السياسات الصحية المطبقة للتحكم في المرض أو الترويج للصحة وهو ما يؤكد Carmelo وزملاؤه (2009) (Carmelo Vazquez and all,2009,p15) مشيرا إلى أن الهدف الأساسي لكل التدخلات العلاجية نفسية كانت أو طبية هو تنمية وتطوير جودة ونوعية حياة الأفراد، نظرا لتكلفة المرض الباهظة والتي قدرت الندوة الاقتصادية العالمية لسنة 2012 أنها ستتجاوز 32.7 تريليون دولار أمريكي بحلول سنة 2030 (www.weforum.org)

إلا أن Cummins(2005) كما جاء في (67, Marilou Bruchon-Schweitzer,2014) عارض هذا الطرح مستندا في ذلك على الارتباطات الضعيفة بين كل من المفاهيم المذكورة أعلاه، خاصة وأن طرق بحثها (تعريفها، قياسها وتقديرها) تعتمد في الغالب على النموذج البيوطبي الذي يختزل الصحة في مجرد الخلو من الأمراض والإعاقات ومع هذا فان دراسة الحالة الصحية لأفراد المجتمع وجودة حياتهم، وسيلة فعالة لتحديد التدخلات المناسبة لتطوير صحتهم وتجويد حياتهم، لأنها:

1. ستقدم تفسيرات حقيقية وواقعية عن عزوف الأفراد مثلا عن النظام الغذائي الصحي وممارسة الرياضة والإصرار على التدخين رغم تأثيرها السلبي على مؤشرات جودة حياتهم وإن لم يدركوها أو يحسنوا تقديرها.

2. ستفتح دون شك أفقا جديدة لتعديل طبيعة المعلومات المجمع حول المفهومين ونمط تجميعهما، كان تتجه إدارة المستشفيات لتجاوز مجرد تدوين الأمراض المشخصة للأفراد المترددين على مصالحتها وطرق علاجها وتهتم بسلوكياتهم وعاداتهم الصحية.

الفصل الثالث: جودة الحياة

3. استدراك ضعف الارتباط بين المعايير الطبية وتقييمات المرضى أو محيطهم الأسري المتعلقة بجودة الحياة، وهو ما أشار إليه Jachuk وزملاؤه كما ورد في (شيلي تايلور، 628، 2002) من خلال إحدى الدراسات التي أكدت على أنه وبالرغم من أن 100% من الأطباء أكدوا على أن نوعية حياة مرضاهم قد تحسنت مع الاستعمال المنتظم لدواء ضغط الدم إلا أن نسبة من أيد ذلك من المرضى كانت 50% في الوقت الذي لم يؤيد أحدا من المحيطين بهم ذلك، وهو ما يتوافق مع بعض الأبحاث التي تؤكد أن بعض المرضى يدركون بعض الأمراض ومعالجتها على أنها قدر أسوأ من الموت وذلك لأنها تهدد جوانب أو نشاطات حيوية ومهمة في الحياة وفي ضوء هذه الدراسات أصبح يفترض أن لجودة الحياة عناصرها التي تشمل: الوظائف الجسمية، الوضع النفسي، والوظائف الاجتماعية والأعراض ذات الصلة بالمرض والعلاج.

4. تقييم جودة الحياة من خلال وضعيات صحية معينة وخاصة كوضعية المرض أو البحث والخضوع للعلاج.

5. تقييم جودة الحياة في فترات زمنية حرجة واستثنائية، تمتد من جودة الحياة الجنينية إلى جودة الوفاة.

6. تقييم دور جودة الحياة في مآل مختلف الأمراض، خاصة وأن نتائج الأبحاث في هذا السياق أثبتت هذا الدور، ففي دراسة طويلة دامت من سنة 2001 إلى 2018 على عينة من 673 مريض بسرطان البروستاتا، قام بها Braum وزملاؤه، مستعملين مقياس الاتحاد الأوروبي لجودة الحياة EORTC QLQ-C30، أكدت على أن معرفة مستوى جودة الحياة في بداية المرض يمكن أن يستعمل كمؤشر على طول العمر لدى مرضى السرطان. (زعطوط، 2014، 42)

لقد حددت منظمة الصحة العالمية أولويات حيوية للسياسة الصحية التي يجب أن توفر لكل فرد وتمثل في: التغذية السليمة، التزود بالمياه الصالحة للشرب، توفير شروط الصرف الصحي، صحة الأم والطفل، التلقيح، تنظيم النسل، العلاج من الأمراض، التكفل بالصدمات. <http://www.who.int/fr> بشكل عام وكما يشير إليه L.Nordenflet فان الشروط التي تستجيب لحاجات الفرد الأساسية في الحياة (كالأكل، الشرب، الحركة... الخ) هي ما يجب أن يكون ليصل الفرد إلى مستوى مقبول من الحياة والسعادة. (Caroline, Guibert Lafaye, 2010, 41)

ولقد أعلنت منظمة الصحة العالمية سنة 1986 حرفيا: "إن الوصول إلى حالة كاملة من حسن الحال البدني، النفسي والاجتماعي تستدعي أن يكون الأفراد والجماعات قادرين على: تحديد وتحقيق طموحاتهم، إشباع حاجاتهم، تغيير بيئتهم أو التأقلم معها. ومن هنا تصبح الصحة مصدرا للحياة اليومية وليس هدفا للعيش، إذن الصحة هي مفهوم ايجابي يؤكد على المصادر النفسية والاجتماعية على غرار القدرات البدنية". يذكر Wider واخرون (2000) أن هناك إجماعا على وجود أربعة أبعاد أساسية لجودة الحياة الصحية هي: ✓ البعد الجسمي: وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.

الفصل الثالث: جودة الحياة

- ✓ البعد الوظيفي: وهو خاص بالرعاية الطبية ومستوى النشاط البدني.
 - ✓ البعد الاجتماعي: وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيط.
 - ✓ البعد النفسي: وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية والإدراك العام للصحة والصحة النفسية والرضا عن الحياة والسعادة. (علي حسين الحلو، 2016، 323)
 - من الملاحظ أن القاسم المشترك والمؤشر الأكثر تكرارا في تحديد مكونات كل بعد هو الجانب الصحي ولذا ترى الباحثة أن ادني مخزون من الصحة (الجسدية، النفسية والاجتماعية) يجب أن يدركه الأشخاص ليس لتحقيق أقصى درجات الاستمتاع بالحياة والإحساس بحسن الحال بل هو فقط للوقوف على عتبة مؤشرات جودة الحياة المتوقعة والمرغوبة.
 - كما تركز دراسة جودة الحياة المرتبطة بالصحة على البحث في جودة حياة الأفراد في سياق طبي وبالتحديد دراسة أثر: الصحة والعافية، المرض والعلاج على الشعور بحسن الحال والراحة الجسدية والنفسية والاجتماعية للمريض، والتي تقيم وتقدر بناء على:
 - ✓ القدرة على أداء النشاطات اليومية.
 - ✓ رضا المريض على أدائه الوظيفي ومدى التحكم في المرض والأعراض الناتجة عن العلاج.
- (Anne Lise, 2015, 10).

بتفصيل أكثر، نجد أن دراسة جودة الحياة المرتبطة بالصحة تعتمد أولا على قياس جملة من المؤشرات البدنية، النفسية والاجتماعية ك: مستوى الحيوية، التعب، النوم، الألم، الأعراض المرضية، المؤشرات البيوطبية (التي توفرها التقنية الطبية المتاحة)، الحركة، الحالة المزاجية، القدرات/الاضطرابات المعرفية، طبيعة الانفعالات مستوى الاتصال، مستوى العزلة والاندماج الاجتماعي، فعالية الأداء المهني، ممارسة الهوايات ودرجة الاستمتاع بها الخ، لتمتد إلى كل ما يترتب عنها من آثار على مجالات جودة الحياة العامة. (Marilou Bruchon 2014, 46-49)

6-العوامل المؤثرة في العلاقة بين الصحة وجودة الحياة

لما كانت الصحة من المكونات الأساسية للشعور بحسن الحال ومؤشرا مهما لتقييم جودة الحياة ومن خلال ما تم الاطلاع عليه من تراث علمي حول علاقة الصحة وجودة الحياة أو علاقة الصحة والشعور بالهناء والسعادة لدى الأفراد، يمكن أن نصنف نوعين من العوامل التي تؤثر في هذه العلاقة

1-1 العوامل الذاتية: وتضم العوامل الذاتية:

الخصائص الديموغرافية: كالسن، الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي والمستوى المعيشي وغيرها.

العمر: مع العمر يزداد كم المرض زيادة بطيئة ويظل احتمال الموت ضئيلا حتى سن الخمسين ثم يرتفع بعد ذلك، وبهذا يصبح المجال الأساسي الذي يحدث فيه تدهور مع العمر هو الصحة وإن كان من جهة أمرا

الفصل الثالث: جودة الحياة

طبيعياً فهو مرتبط بالتدهور البيولوجي التدريجي الذي يطال مكونات أجسامنا، أضف إلى ذلك تراكم المشاكل الناتجة عن عادات صحية سيئة ومشقات الحياة. لقد ساد الاعتقاد لعقود كثيرة بعدم جدوى الاهتمام بجودة حياة المسنين أو الارتقاء بصحتهم كاتجاه متعصب لهذه المرحلة المتقدمة من العمر إلا أن الأمر اختلف حديثاً خاصة مع نتائج الأبحاث التي تدل على فعالية النتائج التي يقود إليها تغيير العادات الصحية والتي ستقرر ما إذا كان الفرد سيعيش في الثمانين من العمر شيخوخة يتمتع فيها بالقوة أم سيكون واهناً (شيلي تايلور، 2002، 628). أن نعيش طويلاً شيء ممتاز لكن أن نعيش طويلاً بصحة جيدة أو ما يصطلح عليه متوسط الحياة بصحة جيدة هو ما تسعى حالياً معظم الدول المتقدمة ومنها الأوروبية لزيادة متوسط سنتين من الحياة بصحة جيدة لسكانها بحلول سنة 2020. (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2014, 99)

انه من المجحف اختزال العلاقة بين العمر وجودة الحياة في مراحل العمر المتقدمة، فمرحلة كالطفولة المبكرة والمراهقة والشباب لا تقل أهمية، إلا أن الاختلاف يكمن في طبيعة المخزون الصحي الذي يميز هذه المراحل وطبيعة الاضطرابات التي قد تطال الصحة في هذه المراحل، ففي الوقت الذي ترتبط فيه جودة الحياة لدى الأطفال والتي عادة ما يعبر عنها القائمين عليهم من أولياء وسلطات بمدى استفادتهم من الرضاعة الطبيعية، التغذية التكميلية المناسبة، اللقاحات الضرورية، الرعاية الطبية، اللعب، التعليم وغيرها، نجد أن المراهقين يقدرونها بمدى شعورهم بحسن الحال ورضاهم عن أجسادهم، قدرتهم على ممارسة الرياضة، قدرتهم على تجاوز أزمات المراهقة بكل ما تحويه من مخاطر على الصحة بل وعلى الحياة.

كما يؤثر العمر في العلاقة بين الصحة وجودة الحياة يؤثر الجنس كذلك فيها، حيث توحى اغلب المؤشرات أن النساء أكثر تنبها لجودة حياتهم في بعدها الجسمي (الراحة البدنية) وأكثر تردداً على الطبيب في مراحل مبكرة من المرض وإن كان خفيفاً وبالتالي أكثر تناولاً للدواء، فهن أكثر مبالغة في تقدير أمراضهن ولعلها احد الأسباب في أنهن يعمرن أكثر من الرجال الذين لا يكادون ينتبهون لحالتهم البدنية أو يتغافلون عنها بالرغم من ارتفاع إصابتهم بالأمراض المزمنة والخطيرة بسبب هرموناتهم الذكورية التي تضعف أداء جهازهم المناعي وتجعلهم أقل مقاومة للعدوى، حيث توصل Kalf 1970 في دراسته للغلوبينات المناعية كما ورد في (قنون خميسة، 2013، 32) أن معدل وجودها لدى النساء مرتفع مقارنة بالرجال وهو ما يفسر كون النساء أكثر مقاومة للأمراض الانتانية، ناهيك عن ديمومة تعرضهم للعنف وضغوط الحياة وقلة استفادتهم من شبكات الدعم الاجتماعي مقارنة بالنساء والتي أقل ما توفره لهن هو نصائح طبية، أين تكون الصحة والجمال أهم مجالات اهتماماتهن وحديثهن، بالإضافة إلى سرعة التعافي من المرض كنتيجة لاستبدال الانفعالات السلبية بالانفعالات الايجابية التي توفرها شبكات الدعم الاجتماعي والتي ترفع من كفاءة الجهاز المناعي وكذا بسبب تقليص الممارسات المضرة بالصحة التي يقوم بها الرجال عادة بسبب عزلتهم كالتدخين وتناول الكحول... الخ. وسواء كان رجلاً أو امرأة يساهم **المستوى التعليمي** المرتفع لدى كلاهما في السعي وراء مقومات الحياة الجيدة الهنيئة وتساعدهما الحصيلة المعرفية من تحديد الأولويات في الحياة فيكون الامتثال إلى شروط الصحة وحفظ

الفصل الثالث: جودة الحياة

الحياة والاستمتاع بها بشكل موضوعي مرتفعا مقارنة بأشخاص مستوياتهم التعليمية أقل وإن كانوا أكثر ثراء أو ما اصطلح عليه بـ: "الأثرياء المحبطون"، وهو ما أكدته مشيرا إلى أن الدخل لا يمثل سوى 2 أو 3 % من التباين في جودة الحياة، كما يجادل Diener و Cummin في أن الدخل إذا زاد عن الحاجات الضرورية يتناقص ارتباطه بجودة الحياة وهنا نتساءل عن سبب هذه المفارقة فنجد أنه نوع من الانتظام وفق آليات داخلية توجه اتجاه الأفراد نحو الحياة من خلال جملة من الخصائص غير المادية هي:

1-2 الخصائص أو السمات الشخصية التي يتأثر بها إدراكه لمفهوم الصحة وارتباطه بجودة حياته، وذلك عبر آليات معرفية، انفعالية وسلوكية متداخلة تصقل خبرته في هذا المجال الحيوي. إن صدمته ومعاشته للمرض بكل إفرازاته وتبعاته السلبية ستحطم حتما صيرورة العافية لديه وتقوض إدراكه الايجابي لجودة حياته ولذا تصبح خصائص الكفاءة الذاتية مثلا من العوامل الشخصية ذات الوزن في تحديد جودة الحياة المرتبطة بالصحة، باعتبارها بعدا ثابتا من أبعاد الشخصية كما يؤكد (Schwarzer & Renner, 2000, 19).

بالإضافة إلى كونها فئات ذاتية تدل على قدرة التغلب على المشاكل المتاعب والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد بما فيها المرض أو العوامل المسببة له كالضغوط الحياتية. وليس ببعيد عن طرح Schwarzer & Renner يشير (Bandura 84, 1977) إلى القدرة على الثبات والمثابرة ومدى استطاعة الفرد للحفاظ على سعادته كمكون أساسي للكفاءة الذاتية وفي رأبي بالتعدي تصبح أحد أهم مكونات الكفاءة الذاتية مؤشرات رئيسية في تقدير وتقييم جودة الحياة العامة أو تلك المرتبطة بالصحة. لقد رأيت أن أستهل هذه الخصائص بالكفاءة الذاتية لأنها وفقا لتعريفها تحمل ذلك التقييم المعرفي والانفعالي الذي يحدد جملة الوظائف التنفيذية التي يسير بها الأفراد يومياتهم وحياتهم ويديرون من خلالها ذواتهم خاصة في مواجهة الكروب وعلى رأسها مختلف العلل التي تطال صحتهم وبالتالي إدراكهم لجودة حياتهم المرتبطة بالصحة.

يرى Lazarus أن الكفاءة الذاتية ما هي إلا عملية ثانوية لتقييم قدرات الفرد على تخطي الصعاب ومواجهة بعض العراقيل، كذلك التي تمس الصحة وبالتالي جودة الحياة، ففي دراسة عرضية قام بها Sarkar, Ali و Whooley (2007) على عينة تعدادها 1024 مريض باضطرابات قلبية وعائية لتقييم حالة عضلة القلب لديهم (من خلال جهاز قياس جهد القلب) وجدوا أن الكفاءة الذاتية لهذه العينة ارتبطت إيجابيا بقوة مع جودة حياتهم وتحسن أداء عضلة القلب لديهم. (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2014, 321).

إن الطرق والاستراتيجيات التي يوظفها الأفراد في حياتهم اليومية لمواجهة الخبرات الحياتية المتنوعة تؤثر على كل مجالات جودة الحياة (Jieun , Royown and all, 2016, 163)، ويعتبر الجلد بالرغم من عدم كونه سمة في الفرد بل خاصية نفسية قابلة للتعلم والبناء عبر الزمن احد الطرائق التي يمكن للأفراد توظيفها عند مواجهة صدمة المرض، أو مشقة العلاج والالتزام به، حيث تشير الدراسات إلى أن الجلد يعمل كآلية دفاع تمكن الأفراد من علاج الأمراض والوقاية منها والتخلص من الآثار الجانبية والمضاعفات المصاحبة

الفصل الثالث: جودة الحياة

للمرض، بل انه يساعد حسب الدراسات من ثلث إلى ثلثي من يتميزون بجلد مرتفع في تخفيض ظهور الأعراض لتصل إلى 10%. (بوسنة عبد الوافي زهير ، بن جديدي سعاد)، وهو ما يعزز جودة الحياة خاصة لدى فئة المرضى، وهو ما يتفق ضمناً مع تعريف Rutter للجلد حيث اعتبره جملة عوامل: الحماية ضد كل ما هو مضر بالصحة والمسئولة لتنمية حسن الحال وجودة الحياة. (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2014, 315)

كما يساهم مدى تقدير الأفراد لذواتهم على غرار الكفاءة الذاتية في تحديد مدى جودة حياتهم، باعتبار أن الإصابة بالمرض وضعف الصحة من الخبرات الحياتية التي يجب على الأفراد تقبلها ومواجهتها، والتي لن تتحقق إلى من خلال نظرة الفرد إلى ذاته نظرة تتضمن الثقة بالنفس بدرجة كافية وتتضمن إحساسه بكفاءته وجدارته واستعداده لمواجهة هذه الخبرات الجديدة، إن هذه النظرة هي في الواقع ما يصطلح عليه بتقدير الذات وتتلخص في شعور الفرد بالقدرة على التعامل مع التحديات والشعور بأنه يستحق السعادة التي تعتبر أحد المكونات المحورية لجودة الحياة، وأحد عوامل الحماية للحفاظ على الصحة، ففقط ذوو تقدير الذات المرتفع من يتميزون بالقدرة على السيطرة على أنفسهم والتحكم في حياتهم من خلال التحكم في سلوكياتهم بما فيها تلك المرتبطة بالصحة، ففي دراسة قامت بها منظمة الصحة العالمية توصلت إلى نسبة 75% من الناس يمكنهم المحافظة على صحتهم والوصول إلى مستوى مرض من جودة الحياة بإتباع عادات وسلوكيات صحية (OMS, 2015)، كما أن انخفاض تقدير الأفراد لذواتهم سيخفض قدرتهم على التحكم بسلوكياتهم اليومية (كالتدخين، قلة الحركة، التغذية غير الصحية، قلة النوم... الخ) وهو ما يرفع من احتمالات إصابتهم بشتى أنواع الأمراض، العجز والوفاة المبكرة (Fanny Artaud, 2016, 38) وبالتالي انخفاض معظم مؤشرات جودة الحياة .

وكخلاصة الصحة حالة والسلوك الصحي دليل توفرها وأهم مؤشر لتحقيقها (فاطمة الزهراء الزروق، 2015، ص36) وتحقيقها أحد المؤشرات الدالة على جودة الحياة.

وفي الطرف المناقض نجد أن سوء تقدير الذات الذي يعتبره فروم شكلاً من أشكال العصاب لما يحمله من انفعالات سلبية يشكل أحد عوامل الخطر على الصحة، فقد وجد Cohen, Tyrell و Smith أنه بعد حوالي 72 ساعة من اختبار الانفعالات السلبية تتراجع كفاءة الجهاز المناعي بشكل ملحوظ ما يرفع من احتمالات الإصابة ببعض الالتهابات (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2014, 99) وهو ما يؤثر بالضرورة سلباً على مستوى جودة الحياة، فقد وجد سليجمان أن تعليم الأطفال في سن العاشرة مهارات التفكير والسلوك الايجابي كالتفاوض، يؤدي إلى خفض معدل الاكتئاب إلى النصف عندما يصلون لسن البلوغ (سلاف مشري، 2014، ص233) وهو ما من شأنه تخفيض احتمالات الإصابة بالأمراض العضوية والنفسية وبالتالي تحقيق الكثير من مؤشرات جودة الحياة.

الفصل الثالث: جودة الحياة

ما سبق كان عينة من العوامل الشخصية التي تؤثر في العلاقة بين جودة الحياة والصحة، وهناك عوامل أخرى لا تقل أهمية ك: الصلابة والمرونة النفسية، مركز الضبط، التفاؤلية... الخ.

2-العوامل البيئية: تضم المكونات المادية للبيئة: البيئة الطبيعية (الماء، الهواء، التربة، التضاريس، المعادن ومصادر الطاقة... الخ)، والبيئة الحضرية المصطنعة والتي تعتبر نتاج ما استحدثه الإنسان من أدوات، وسائل وتقنية تسمح له بالتفاعل مع البيئة الطبيعية. وتضم هذه البيئة العمران، المواصلات، البنى التحتية، إمكانات الرعاية الصحية... الخ، في حين المكونات البشرية تعبر عن: الشبكات الاجتماعية، العلاقات الاجتماعية، الدعم والمساندة الاجتماعية، العمل وغيرها من التفاعلات التي ينتجها احتكاك الجماعات البشرية فيما بينها داخل بيئات محددة.

تساهم مكونات البيئة المادية والبشرية بكل تفاعلاتها في العلاقة بين الصحة وجودة الحياة بطرق متنوعة وذلك من خلال:

2-1 البيئة الطبيعية:

تؤثر الطبيعة بكل محتوياتها على الحياة الإنسان، لما توفره مكوناتها من موارد للعيش والاستمرارية كالماء، التربة، المناخ، التضاريس وغيرها، إلا أن هذه الموارد في حد ذاتها قد تشكل في الوقت عينه مصدرا للمشقة، وربما المرض والموت، فتموقع بعض مناطق العيش في مناطق مرتفعة النشاط الزلزالي، متاخمة للبراكين النشطة أو معرضة لضربات التسونامي... الخ من شأنه أن يخفف من شعور الأفراد بجودة الحياة بسبب تخوفهم المستمر من مفاجآت الطبيعة المدمرة، خاصة في حال غياب إمكانات الحماية والسلامة.

هذا التأثير السلبي لا يقتصر على حالات غضب الطبيعة فقط، بل يصاحب كذلك ما تجود به من موارد للثروة (كالمعادن الثمينة، الموارد البحرية... الخ)، فعلى سبيل المثال نجد عمال المناجم، وأولئك ممن يزاولون نشاطهم لإنتاج البترول في المناطق القاسية، سيكونون عرضة لمخاطر وأمراض مختلفة بسبب طبيعة عملهم التي تضطرهم إلى: الاحتكاك بمواد خطيرة، التعرض لخطر الإصابات بشكل مستمر، انقراض الحياة الاجتماعية خاصة العائلية... وغيرها من العوامل التي ستهدد صحتهم، سعادتهم وجودة حياتهم.

تتفق الأدبيات كما ورد في (إيمان محمد حمدان الطائي، 2014، ص 60) على أن الطبيعة بما تحويه من هواء، ماء، تربة، مناخ، نباتات وحيوانات هي أحد مظاهر جودة الحياة وهي مقومات الحياة في حد ذاتها بما في ذلك الحياة الصحية.

2-2 البيئة الحضرية (المدينة والريف):

تعتبر الأمراض الناتجة عن التحضر والتي نجدها خاصة في المدن المزدهمة من بين أهم آثار البيئة الحضرية على الصحة، فبالرغم من حالة الترف التي توفرها هذه البيئة كالمواصلات، المنتجات الاستهلاكية الجاهزة، وسائل الراحة (كالمساعد الكهربائي، الأجهزة الكهرومنزلية... الخ)، أماكن الترفيه والتي تعد مؤشرات لقياس جودة الحياة نجد أنها في الوقت ذاته تساهم في ظهور أمراض نفسية وجسمية بسبب، تزايد العبء

الفصل الثالث: جودة الحياة

الحسي، الضوضاء، قلة الحركة وسوء الأنظمة الغذائية، ارتفاع معدلات التلوث بكل أنواعه، الاكتظاظ السكاني وكل ما ينجر عنه من بطالة، فقر وانتشار للمناطق العشوائية والفضاءات الحضرية المهترئة بالإضافة إلى تدني جودة هوائها، وقلة تعرضها للأشعة فوق البنفسجية، ارتفاع نسبة الضباب والحرارة (لطرش فيروز، عماري سارة، 2016، ص267) وهو ما يؤثر سلبا على صحة الأفراد ودرجة استمتاعهم بحياتهم بسبب معاناتهم من الضغوط التي تفرزها هذه البيئة، ولما كانت الضغوط من أهم العوامل المنتجة لما يعرف بالأمراض البيئية (Ibrahima, 2015, 358) فإنها (أي البيئة) ستشكل في هذه الحالة عائقا أمام الشعور بجودة الحياة ،وهو ما ظهر جليا من خلال دراسة هناك الجوهري سنة 1994 حول العوامل المشكلة لجودة الحياة لدى سكان القاهرة والتي أسفرت على أن الصحة تحتل المرتبة الأولى من بين هذه العوامل، خاصة في ظل ما توفره مدينة القاهرة التي يصل تعداد سكانها إلى 20 مليون نسمة من عوامل خطر على الصحة وهو ما يتفق مع نتائج دراسات أجرتها (EPA)(environmental protection agency) حيث توصلت إلى أن الأفراد ينفقون ما بين 80 و 90 % من وقتهم خارج المنازل، وهو ما يجعلهم عرضة لشتى أنواع التلوث (Wissam J, Rajaa.i, 2014, 43)، المضر على الأغلب بصحتهم وبالتالي بجودة حياتهم.

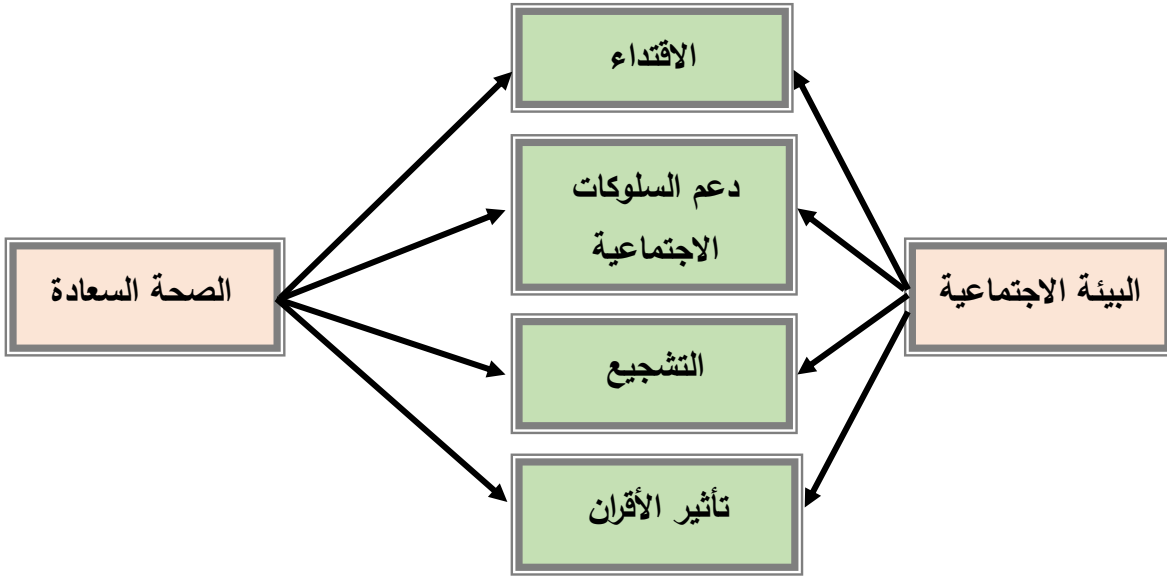
مع هذا فإن للبيئة الريفية كذلك مساوئها على جودة الحياة والصحة وإن ساد الاعتقاد بأن طبيعتها توفر الهواء والمياه والأغذية النقية، كما توفر الهدوء والتناغم البيئي الذي تفتقر إليه المدينة، فسكان الأرياف عادة ما يعانون من نقص التهيئة العمرانية وخاصة تصريف ومعالجة مياه الصرف الصحي وقد يلجئون لاستعمال مياه الوديان، الآبار وغيرها من المياه غير المعالجة وهو ما يساهم في انتشار أوبئة يفترض أنها لم تعد موجودة كالكوليرا والتيفوئيد. (بن غنفة، 97، 2007) إن هذه المشكلات لا تقل خطورة عن العمل الفلاحي الذي يمارسه القرويين، فتواجههم المستمر بالقرب من الحيوانات، استخدامهم المتكرر للأسمدة الزراعية، وتناولهم الخضر والفواكه المعدلة وراثيا (خاصة في أرياف البلدان الصناعية) قد يكون مسببا رئيسا في الإصابة بأمراض مستعصية كالسرطانات وهو ما من شأنه خفض مستوى جودة الحياة لديهم.

2-3 البيئة الاجتماعية:

وتشكلها جملة العلاقات والاتصالات والتفاعلات القائمة بين الأفراد في نسق اجتماعي -ثقافي، مولدة لجملة من الإفرازات المؤثرة في صحة الأفراد وجودة حياتهم، فمثلا يشكل انقطاع الأفراد عن التواصل فيما بينهم أو ما يصطلح عليه بالاغتراب الاجتماعي والذي نجده شائعا في المدن الكبرى، أحد العوامل المعيقة للاستمتاع والاستفادة من وجود الآخر، في الوقت الذي تعزز فيه الروابط الوثيقة الكفاية الذاتية وتقدير الذات التي تخدم صحة الفرد الجسمية والنفسية (يخلف، 2001، ص146)، وتساعد العلاقات الاجتماعية الطيبة على تلقي الدعم الاجتماعي الذي ينمي ويحافظ على الصحة الجسمية والنفسية ويرفع من مستويات شعور الأفراد بالسعادة، التي تعتبر مكونا محوريا في شعورهم بجودة الحياة وهو ما اختبره امبريقيا جاب الله وهريدي (2001)

الفصل الثالث: جودة الحياة

من خلال النموذج التالي، والذي يظهر جملة التفاعلات التي تحدث بين مختلف المتغيرات الاجتماعية وكيفية بنائها لجودة الحياة.

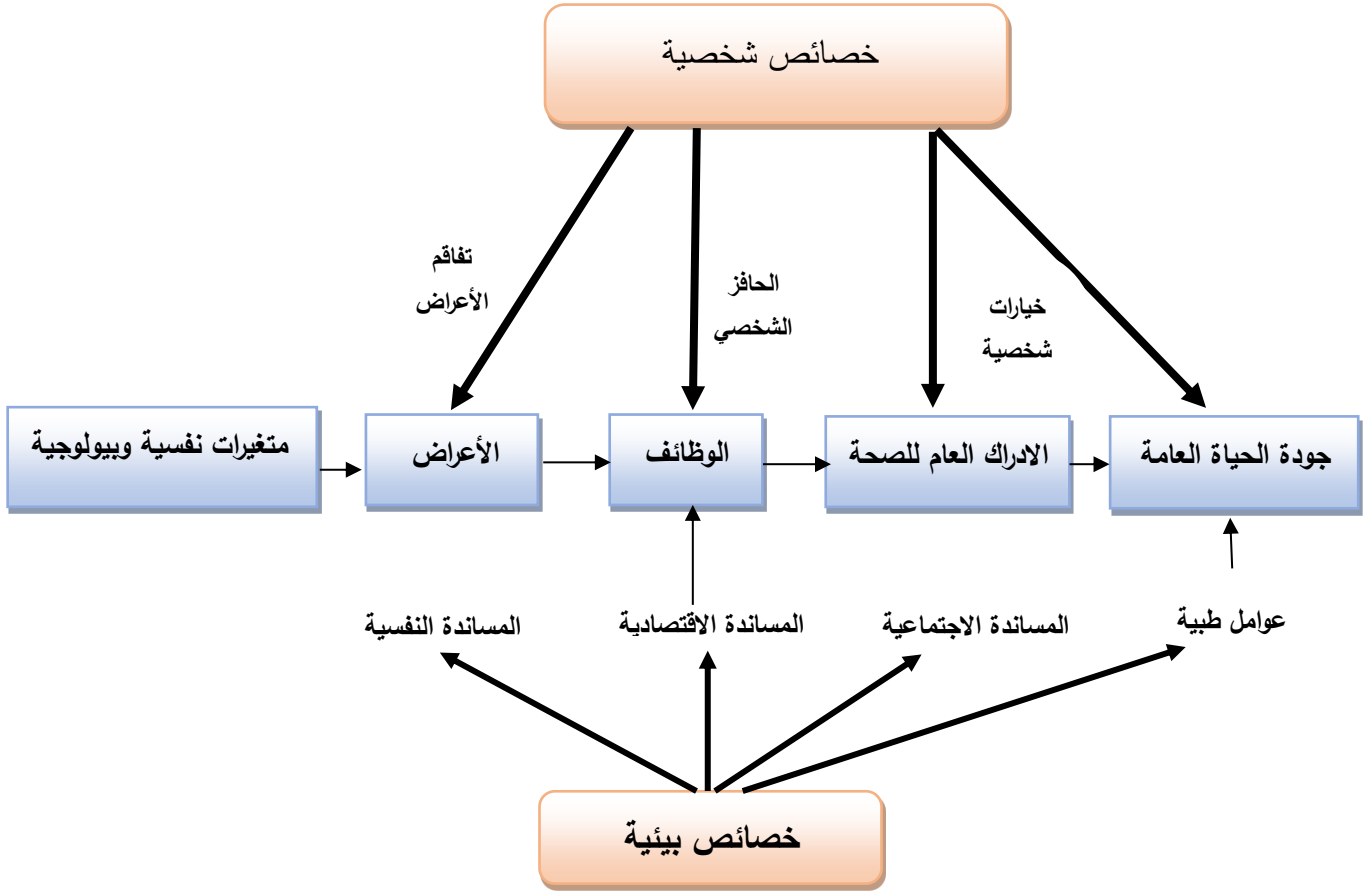


مخطط رقم 13: نموذج الآثار الرئيسة للدعم الاجتماعي

المصدر: (قنون خميسة، 2013، ص81)

مما سبق، يمكن القول بان هذه العوامل تتفاعل بشكل مستمر لينتج بعضها الآخر، بشكل تسبب فيه الصحة السعادة والشعور بحسن الحال وجودة الحياة الجيدة مثلما العكس صحيح. تتضمن نماذج جودة الحياة المرتبطة بالصحة العلاقات الموجودة بين مختلف العوامل المؤثرة في العلاقة صحة-جودة الحياة، وفي هذا السياق اقترح Wilson و Cleary نموذجا مفاهيميا يتضمن العلاقات السببية والتفاعلات بين هذه العوامل.

يعتبر هذا النموذج من بين تلك النماذج التي تداركت أحادية الاتجاه في دراسة المفهوم كما هو الحال في النماذج الطبية لأنه جمع بين الواجهة الإنسانية-الاجتماعية والبيولوجية ويتكون من خمسة مستويات توضح الترابط بين جملة العوامل: الإكلينيكية، الجسدية، النفسية والاجتماعية. تجدر الإشارة إلى أن هذا النموذج كان بمثابة نموذج مرجعي لفرق بحثية أخرى.



مخطط رقم 14: نموذج Wilson و Cleary لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة
المصدر: (Anne ,Lise, Septans ,2015 ,p11)

7- جودة الحياة وحسن الحال والصحة لدى المراهقين:

تعتبر المراهقة من الفترات الزمنية الحرجة في عمر الإنسان لما يصاحبها من تحديات تفرضها جملة التغيرات البيولوجية، المعرفية، والنفس واجتماعية التي يتعرض لها المراهقين، والتي تضع دراسة جودة حياتهم على المحك لسببين اثنين:

أولاً: طبيعة جودة الحياة شديدة التركيب والتعقيد والتي يعتمد في رصدها على عدد معتبر من المؤشرات في مجالات حياتية مختلفة.

ثانياً: طبيعة المرحلة في حد ذاتها وشدة دقة المتغيرات التي تشكل هذه المرحلة والتي يجب دراسة تأثيرها على مستوى جودة الحياة بشكل يختلف عن دراسات جودة الحياة لدى الراشدين أو المرضى، (Ulrike Ravens.S and all, 2014,P793)

الفصل الثالث: جودة الحياة

يشير David Waters وزملاؤهما إلى عدم إمكانية تطبيق التعريف العام لجودة الحياة (OMS) على فئة المراهقين وهو ما أدى إلى اعتماد توجه يختزل جودة حياة المراهقين في إدراكهم الذاتي للسعادة والإحساس بحسن الحال. (Chun-Hsia Huang, 2017, p2)

تتراوح حاجات المراهقين بين الحاجة إلى الأمن، الحب والقبول، تأكيد الذات، النمو العقلي والابتكار والإشباع العاطفي، إلا أن إشباع هذه الحاجات التي أقل ما يمكن أن توصف به هو كونها شديدة الإلحاح باعتبارها جسور عبور من الطفولة إلى الرشد ليس بالسهولة بمكان، كما أن اصطدام هذه المتطلبات بما توفره الأنظمة الأسرية، المجتمعية، المدرسية، الاقتصادية والقيمية سينتج مشكلات:

✓ **صحية (عضوية ونفسية):** تتمظهر من خلال الشعور الدائم بالتعب والصداع، ناهيك عن المشكلات النفسية من البسيطة كتذبذب المزاج إلى الأكثر تعقيدا كاضطرابات الشخصية أو الادمانات وغيرها.

✓ **مدرسية:** حيث لا يعرف المراهق كيفية مذاكرة دروسه، وقد يحس بتحيز المعلمين، أو يرغب في العمل أو يسرف في ممارسة الهوايات أو شغل وقت الفراغ على حساب الدراسة.

✓ **الأسرية:** وتكون من خلال ضغط الأسرة المستمر على المراهق بضرورة النجاح الدراسي والتضييق عليه في اختيار الأصدقاء ومنعه من خوض التجارب الجديدة لحمايته وغيرها من الضوابط التي تحد من استقلاليتها.

✓ **الدينية:** وتكون من خلال عدم قدرة المراهق على الانضباط والنقيد بتعاليم الدين ما يجعله في حالة من الصراع والشعور بتأنيب الضمير والضييق.

✓ **الاقتصادية:** وتظهر عندما تتجاوز متطلبات المراهق المادية إمكانات أسرته أو عندما يصل إلى حالة من التشبع يفقد بسببها تقدير الأشياء والاستمتاع بها.

✓ **النفسية:** والتي تظهر من خلال تقلب المزاج وصعوبة ضبط الانفعالات وتشتت التركيز والانتباه وضعف القدرة على التعبير عن ذاته.

إن التكفل بهذه المشكلات هو النواة الأساسية لتنمية **جودة حياة المراهق**، ولخصه Perkins وزملاؤه (1995) في تنمية الأبعاد التالية: (النوى، عبد المالك، 11، 2016-16)

✓ **جودة الصحة العامة:** ويكون ذلك من خلال رفع المستوى المعرفي والخدماتي وتنمية الوعي الصحي خاصة فيما يتعلق بالأمراض والاضطرابات المصاحبة للمراهقة.

✓ **جودة الحياة الأسرية والاجتماعية:** وتكون ذلك من خلال تحقيق علاقات أسرية مجمعة، بناء وإيجابية تمتاز بالديمومة والاستمرارية، تساعد المراهق على التكيف الجيد مع المجتمع من خلال تعلم مهارات التواصل، ادارة العلاقات، لعب الأدوار وغيرها.

✓ **جودة التعليم والدراسة:** التي تتحقق من خلال جودة البرامج التعليمية ومفهوم الصحة المدرسية.

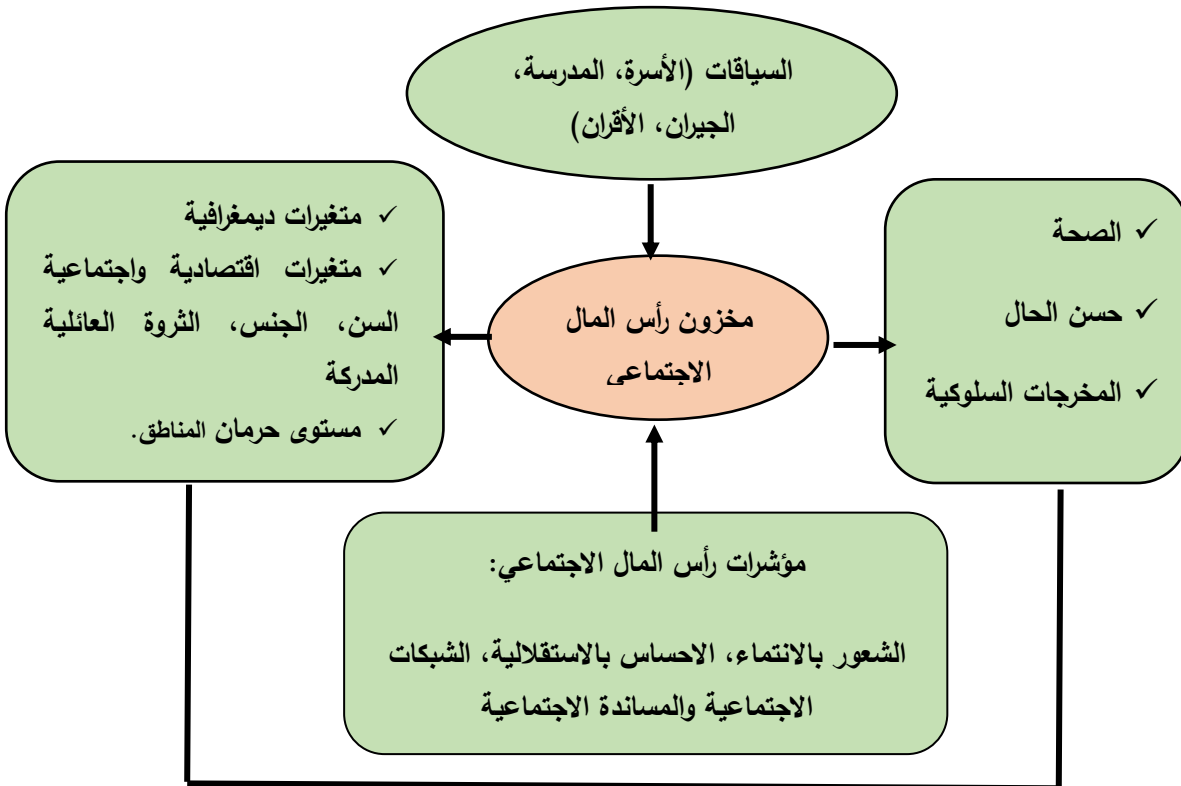
الفصل الثالث: جودة الحياة

- ✓ **جودة الانفعالات:** من خلال الانتباه إلى ظهور المشكلات الانفعالية والمبادرة إلى حلها وعلاجها قبل أن تستفحل وتؤثر على حياته.
- ✓ **جودة الحياة النفسية:** ويكون ذلك من خلال التدريب على اكتساب المهارات والقدرات التي تمكن المراهق من التعامل مع التحديات اليومية بالشكل المناسب وتشمل كل جوانب الوقاية والاكتشاف المبكر للمشكلات النفسية الشائعة في هذه المرحلة.
- ✓ **جودة شغل الوقت وإدارته:** من خلال إرشاد المراهق إلى طرق إدارة الوقت، قصد تحقيق متطلبا نموه وتطلعاته ورغباته المعقولة.
- إن جودة الحياة لدى المراهق هي محصلة جودة حياته: النفسية، الاجتماعية، الأسرية، الاقتصادية، الصحية، المدرسية، التي تتأثر وتؤثر في بعضها بشكل مستمر على اختلاف مؤشراتها، وهو ما جعل من قياسها قضية تفرز حالة من التحدي العلمي كما يشير إليه Alison J, carr وزملاؤه (2003)، وهو ما يبرر إلى حد ما كثرة النماذج النظرية المقترحة، مقابل قلة النماذج المختبرة امبريقيا، فضلا عن إشكالية تداخل دراسة جودة الحياة لدى المراهق بتلك المتعلقة:
- ✓ **بالصحة** وما يرتبط بها من عوامل سلوكية (السلوكيات ذات العلاقة بالصحة: النشاط البدني، السلوك الغذائي، النوم، الحفاظ على الوزن المناسب، سلوكيات الخطر... الخ)، والتي تشير الدراسات إلى الارتباط القوي بينها وبين جودة الحياة لدى المراهقين (Gang Chen and all , 2014)
- ✓ **حسن الحال الجسدي** في مواجهة ما تفرضه التغيرات البيولوجية للانتقال نحو **النضج البيولوجي** لمختلف أجهزة الجسم. (John S. Fuqua and Alan D. Rogol, 2014, 245)
- ✓ **حسن الحال النفسي** في مرحلة غير مستقرة تميزها حالة من الهشاشة النفسية الناتجة عن تسارع التغيرات المعرفية، الانفعالية والاجتماعية والتي قد تكون في بعض الحالات أرضية خصبة لظهور بعض الاضطرابات النفسية أو العقلية (Katherine A. Fowler and Stuart F. White, 2014, 463) التي ستعيق حتما إدراك جودة الحياة أو الشعور بها.
- ✓ **الارتياح** في مختلف البيئات الاجتماعية على اختلاف أنماط تفاعلاتها، باعتبارها من الدعائم الأساسية لبناء هوية المراهق الأسرية (العلاقة مع الوالدين والأخوة)، المجتمعية (كالعلاقة مع الأقران)، المدرسية (كالانتماء للمدرسة والتحصيل الدراسي).
- ✓ **الارتياح المادي** وما يتضمنه من شروط الحياة اللائقة.
- ✓ **تتميز المراهقة** بالحاجة للاستقلال والتفرد والانتماء، ويعتبر عدم تمكنهم من تحقيق هذه المطالب خلال هذه المرحلة خاصة في ظل بيئة غير ملائمة قد يشعروهم بالإحباط الفشل، والتوتر وكلها تؤثر على جودة حياتهم، كما تعد الصداقات والميل إلى رفقة الأقران من العلامات المميزة لهذه المرحلة، حيث أن شبكة العلاقات الاجتماعية تأخذ في الاتساع لتتجاوز بذلك نطاق العلاقات الأسرية ولان الحميمية في الصداقات

الفصل الثالث: جودة الحياة

تساهم ولو جزئيا في تحقيق المراهقين لذواتهم، فتجدهم تواقين للحفاظ عليها وعلى مكانتهم التي تحدد جودة حياتهم الاجتماعية والنفسية في الوقت ذاته (علي عبد الحسن بريسم، 2014، 55) ، وهو ما نجده حاضرا في نموذج Chun-Hsia Huang وزملاؤه (2017) الذي تضمن ستة عوامل أساسية لتقييم جودة الحياة لدى المراهقين وهي: وظيفة الأسرة، وظيفة المدرسة، الحياة البيئية، حيوية الحياة، العلاقة مع الأقران، القدرات التعلمية أو التحصيلية.

✓ كما سبق الإشارة إليه سابقا يمكن الاتفاق على أن جودة حياة المراهق هي ذلك المزيج من العوامل المتفاعلة فيما بينها في سياق يخضع لمتطلبات المرحلة، ففي الوقت الذي نجد فيه: الاحتفاظ بالاستقلالية، المشاركة الاجتماعية، زيادة الحاجة للإشباع المادي، تحقيق الذات في مجالات غير الأسرة... الخ من المطالب المستجدة في حياة المراهق، ستكون في حد ذاتها مؤشرات لتقييم جودة حياته في مجالاتها الثلاثة الأساسية التي أشار إليها Craig A. Jackson (2001) وهي: الكينونة (النفسية والعضوية والاجتماعية)، الانتماء والضرورة. وفي هذا السياق اقترح Morgan نموذجا اختبر علميا ودعم امبريقيا لتحليل العوامل الاجتماعية والنفسية أو كما أسماه Social Capital Stocks، هذا النموذج يدعم فرضية كون العوامل النفسية والاجتماعية عوامل حماية سواء بالنسبة للسلوكيات المرتبطة بالصحة أو جودة الحياة والشعور بحسن الحال لدى فئة المراهقين. (Ulrica P and all ,2017 ,p2)



مخطط رقم 15: نموذج Morgan لدراسة جودة الحياة لدى المراهق.

المصدر: (Ulrica Paulsson and all,2017,p3)

إن قوة هذا النموذج لا تكمن في مقدار ما يشمله من مؤشرات لجودة الحياة لدى المراهق بقدر قوة اختباره العملية.

تم اختبار هذا النموذج عالميا من خلال تطبيقه على عينات (مراهقين) من مختلف دول العالم، باستخدام النمذجة بالمعادلات الهيكلية وتباينت من بلد لآخر. (Ulrica Paulsson and all,2017,p2)

8-جودة الحياة المرتبطة بالتغذية:

يلعب السلوك الغذائي وما يقترن به من ممارسات يومية تشكل أسلوب حياتنا (كما هو الحال بالنسبة لممارسة النشاط البدني) دورا شديدا حساسية في رسم معالم صحتنا وطبيعة إدراكنا لها، وبالتالي مدى شعورنا بحسن الحال وجودة حياتنا.

تشكل جودة الحياة المرتبطة بالسلوك الغذائي أو كما يصطلح عليه جودة الحياة المرتبطة بالتغذية جزءا محوريا من جودة الحياة المرتبطة بالصحة من جهة واحد ومؤشرات السلوكيات ذات العلاقة بالصحة من جهة أخرى. ومع هذا ترى الباحثة "في حدود ما اطلعت عليه أن الدراسات قليلة في هذا الاتجاه لسببين:

✓ **أولهما:** التغطية الضمنية لجودة الحياة المرتبط بالتغذية في دراسات جودة الحياة المرتبطة بالصحة وفي الإطار الإكلينيكي البحث هو ما يظهر جليا من خلال الدراسات الاستقصائية التي تقوم بها الدول لرصد مستوى جودة الحياة لمجتمعاتها، إذ نجد محور التغذية من المؤشرات الرئيسية لتقييم جودة الحياة (مثل دراسة CNR الفرنسية والكندية لتقييم جودة الحياة)

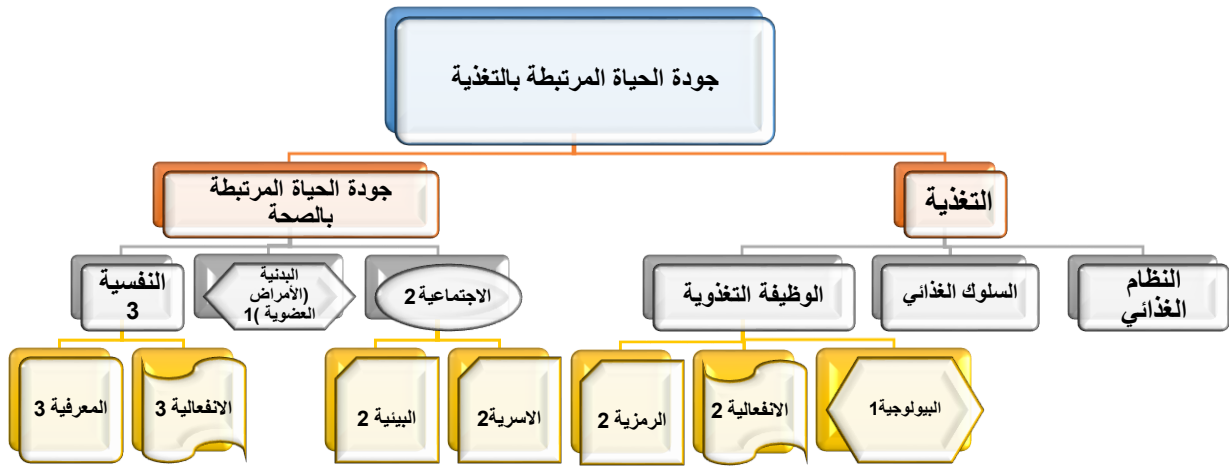
✓ **وثانيهما:** عدم تطوير الأدوات الملائمة (مقاييس) لدراسة الموضوع بدقة.

ولقد دعمت Cristina Ruaro Rodriguez (2015) هذا الطرح من خلال بحثها عن الدراسات في هذا الاتجاه والذي أسفر عن وجود دراستين فقط لغاية سنة 2015 تعنى بتطوير المقاييس المناسبة لقياس جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وما يصاحبها من سلوكيات وهما:

- دراسة Guyonnet وزملاؤه (2008)، حيث تم تطوير مقياس FBA المكون من 41 بند يقيس أثر النظام الغذائي اليومي على المجالات الثمانية لجودة الحياة كما يدركها الأفراد ويضم المحاور التالية :
راحة الجهاز الهضمي (9 بنود)، الوقاية من الأمراض (6 بنود)، حسن الحال (6 بنود)، الجانب الجمالي (5 بنود)، المظهر الجسدي (3 بنود)، تناول الوجبات الخفيفة (بندين)، الاستمتاع (بندين).
يتميز المقياس بخصائص سيكومترية جيدة.
- دراسة Schünemann وزملاؤه (2010)، حيث تم تطوير مقياس من 29 بند يقيس 5 مجالات لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية وهي أسلوب الحياة الصحية (10 بنود)، الأعراض المرضية (6 بنود)، الإحساسات (6 بنود)، الوظيفية الاجتماعية (4 بنود)، التدوق (3 بنود). تم التحقق من خصائصه السيكومترية على عينات ممثلة من المجتمع الإيطالي.

الفصل الثالث: جودة الحياة

إن دراسة جودة الحياة المرتبطة بالتغذية، كما ترى الباحثة، يجب أن تركز على محورين أساسيين، الأول يتعلق بطبيعة التغذية (مكوناتها -وظائفها -السلوكيات المرتبطة بها في شقيها الإيجابي والسلبي) والثاني يقوم على ارتباطها بجودة الحياة الصحية البدنية، النفسية (الانفعالية والمعرفية) والاجتماعية (الأسرية والبيئية). ويبرر هذا الطرح جملة من الدراسات وإن كانت لا تصب بشكل مباشر في مفهوم جودة الحياة المرتبطة بالتغذية كما وصفتها لكنها تصب في المحاور المشار إليها سابقا. وفيما يلي مخطط يلخص المحاور التي تشكل وجهة نظر الباحثة حول الموضوع:



مخطط رقم 16: جودة الحياة المرتبطة بالتغذية حسب تصور الباحثة

ينتج عن ممارسة الأفراد لمختلف السلوكيات الغذائية في سبيل اشباع الحاجة الأساسية للتغذية نوعين من الاحساسات: (Holger and all,2010,3) الأولى: مرتبطة بالاستمتاع المرتبط بالتذوق (الاطعمة المريحة comfort food: كالكشكولاتة، الحلويات، الأطعمة التقليدية... الخ) والتفاعلات الاجتماعية المصاحبة (الوجبات العائلية، اللائم... الخ). الثانية: مرتبطة بطريقة تفاعل اجسامنا مع نوعية، وقت وكمية الأغذية التي نتناولها، من خلال طبيعة الهضم (يسر/عسر الهضم)، طبيعة امتصاص المغذيات، طبيعة الأيضوما يرتبط به من زيادة/ نقصان في الوزن. ان ما يمارسه الأفراد من سلوكيات غذائيةوما يتبعونه من انظمة غذائية من شأنه التأثير بشدة على جودة الحياة لأنه يساهم مع عوامل أخرى في تحديد:

- ✓ احتمالات الإصابة بالأمراض.
- ✓ مدى التحكم في الأمراض من خلال تدعيم العلاجات الطبية والنفسية بالانظمة الغذائية المناسبة.
- ✓ متوسط العمر.
- ✓ نسبة الوفيات.

الفصل الثالث: جودة الحياة

تؤكد الدراسات ان الأفراد الذين يمارسون سلوكيات غذائية صحية، تتخفف احتمالات اصابتهم بالأمراض، كما أنهم يتعافون منها بسرعة في حال اصابتهم بها، ويعيشون لفترات اطول، تسمح لهم بتخطيط وانجاز اكبر قدر من الأهداف الحياتية ما يجعلهم يشعرون اكثر بجودة الحياة.

وفي هذا الاطار يوصي خبراء التغذية في منظمة الصحة العالمية بالترويج لنظام البحر المتوسط الغذائي (الغني بالخضرواتوالفاكهة)، والرجوع الى العادات الغذائية التقليدية (كالوجبات العائلية، توزيع الوجبات، الصوم... الخ)، لما تحمله هذه التغييرات من أثر ايجابي على الصحة النفسية والجسمية (OMS, 2015). الا أنه لا يجب اغفال أن أي محاولة للتغيير قد تؤثر بشكل غير مرغوب على ادراك الافراد لجودة الحياة التي ارتبطت لمدة طويلة مع ما نسلكه نحو تغذيتنا، فقد يفقد احدهم الاحساس بجودة الحياة لمجرد انه يجد نفسه مضطرا للتخلي عن عادة شرب القهوة مباشرة بعد تناول وجبة الغداء وان كان هذا سيجنبه حالة عسر الهضم التي يعاني منها، كما قد لا يستسيغ البعض الآخر، خاصة ممن يعانون اضطرابات أفضية ان يتنازلوا عن المتعة التي توفرها بعض الأطعمة النشوية والدهنية التي دأبوا على تناولها، ولا يختلف الأمر كذلك عندما يجد احدهم نفسه مضطرا للتخلي عن المشروبات الغازية والعصائر المحلاة وان كان ذلك في سبيل علاج حالة اضطراب العصارة المعدية لديه.

ولقد اكد Holger وزملاؤه على ضرورة التعامل الحذر مع العادات والسلوكيات الغذائية لشدة ارتباطها الوثيق بمفهوم جودة الحياة، سواء من خلال التدخلات لتعديل النظم الغذائية وما يرتبط بها من ممارسات، من خلال تطوير وانتاج أغذية جديدة مفيدة لصحة، ومن خلال توجيه الدراسات والجهود البحثية نحو مفهوم جودة الحياة المرتبطة بالتغذية لما ستوفره من مؤشرات تنبؤية بمدى نجاح هذه التدخلات، كما انها ستحدد طبيعة العوامل والسياقات التي يجب اخذها بعين الاعتبار، فعلى سبيل المثال التدخل من اجل رفع مستوى جودة الحياة من خلال السلوكيات الغذائية في سياقه الاجتماعي، سيكون من خلال تشجيع اللقاءات العائلية على مائدة مغذية وصحية وهو ما من شأنه رفع الشعور بالرضى والسعادة لدى الأفراد وبالتالي رفع مستوى الشعور بجودة الحياة.

تشير نتائج العديد من الدراسات الى ارتباط الشعور بالرفاهية الاجتماعية والنفسية وحسن الحال وجودة الحياة ب: ماذا، كيف ومتى نأكل، ففي دراسة لـ Oneil وزملاؤه على عينة قوامها 7675 فرد (2007-2008) وجد أن الأفراد ممن يتبعون نظاما غنيا بالحبوب المكررة منزوعة النخالة، اللحوم المصنعة، الأغذية السريعة، المشروبات الغازية والمحلاة، المقلبات والأغذية الغنية بالدهون، يضعف لديهم الاحساس بالرفاه وجودة الحياة على المدى الطويل، الا أن IDEFICS

(Identification and Prevention of Dietary and life style –induced health effects in children and infants study)

نشرت حديثا أن هذه المدة قد تصل الى 16 شهرا فقط. (Louis , Gabriel, 2017).

الفصل الثالث: جودة الحياة

كما أكدت دراسة GangChen وزملاؤها (2014) والتي تم إجراؤها على 3353 ممتدرس (2588 ابتدائي، 765 ثانوي) للتعرف على أكثر العوامل المؤثرة في جودة الحياة لدى هذه الفئة من بين: السلوكات الغذائية، مؤشر كتلة الجسم، النوم، السلوك الحضري (ضعيف النشاط البدني)، على أن السلوك الغذائي ثم النوم كانا الأكثر ارتباطا بجودة الحياة لدى هذه الفئة.

وفي دراسة أخرى لـ (Jieun Kim 2016) وزملاؤها، اهتمت بقياس أثر بعض المتغيرات النفسية، أساليب المواجهة والسلوكات الغذائية على جودة النظام الغذائي وجودة الحياة لدى 144 امرأة كورية، وأسفرت على الارتباط القوي الذي ظهر بين البعض المتغيرات النفسية، الوزن والسلوكات الغذائية يؤثر بقوة على جودة النظام الغذائي المختار وجودة الحياة لدى العينة.


كما جاءت نتائج دراسة تركية، تم إجراؤها على 640 تلميذ يزاولون الدراسة بالثانويات الحكومية بتركيا وتتراوح أعمارهم بين 15 و 18 سنة، مؤكدة على العلاقة الطردية القوية بين السلوكات الغذائية الممارسة من طرف العينة وجودة حياتهم من جهة بالإضافة إلى القدرة التنبؤية لمستوى جودة الحياة لدى العينة على نوع السلوكات الغذائية التي سيمارسونها. (Hatice. K, 2017).

إن ما سبق من نتائج، يعزز من الاعتقاد بأن السلوكات الغذائية الممارسة سواء كانت صحية أو غير صحية من العوامل المؤثرة في جودة الحياة لدى شرائح متنوعة من المجتمع وبهذا يصبح هذا الطرح من المواضيع التي تستحق الدراسة والتمحيص.

خلاصة:

إن مفهوم جودة الحياة على المستوى الفردي مفهوم متعدد الجوانب والأبعاد، كما أنه مفهوم نسبي يختلف من فرد إلى آخر وفقا لطبيعة إدراكه وطبيعة استيعابه للمؤشرات التي اتفق الباحثون على وضعها لدراسة المفهوم، فكل ما يشبع متطلبات الأفراد على المستوى البدني، النفسي، الاجتماعي، الروحي العقائدي والاقتصادي يصب في تحقيق حياة أجود.

إن هذه النسبية في التعامل مع المفهوم تحددها عوامل شخصية كالنوع والفئة العمرية والطبقة الاجتماعية وعوامل اجتماعية وثقافية كالمنظومة القيمية والإيديولوجية، فما تعتمد النساء من مؤشرات لوصف جودة حياتهن قد يعتقد الرجال أنها ليست بالضرورية، وجودة الحياة التي يصبوا إليها المسنين في نهاية العمر مثلا ستختلف عن تلك التي يدركها المراهقين أو الأطفال، كما أن المعايير التي يقيم بها المريض حياته ستختلف حتما عن تلك التي يتبناها الرياضي ذو اللياقة البدنية المرتفعة، والأمر لا يختلف على مستوى الجماعات ففي الوقت الذي قد يختصر فيه اللاجئ جودة حياتهم في الحصول على مأوى وبعض المساعدات الطبية، لا يكتفي به غيرهم ممن يستمتعون بالأمن والرفاه في بلدانهم وهو ما يبرر تعقيد دراسة مفهوم جودة الحياة التي تواجه الباحثين.



الفصل الرابع

المتفوقين

1- القدرات العقلية العالية، التفوق، الموهبة والإبداع عبر التاريخ

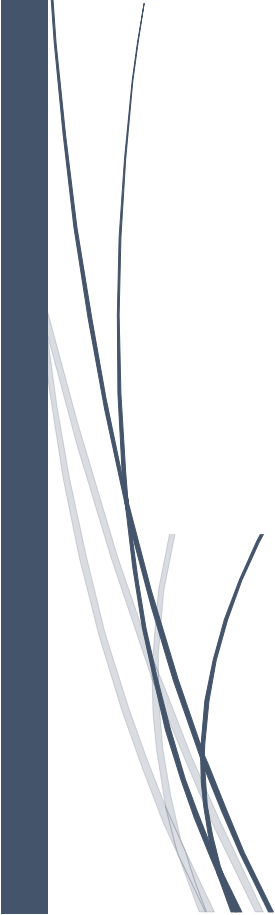
2- ذوي القدرات العقلية العالية

3- الموهوب المبدع المنتج

4- المتفوق دراسيا

5- المتفوقين والموهوبين بين الصحة والاضطراب

6- التفوق والسلوك الغذائي



تمهيد:

لا طالما تبادر إلى ذهني سؤال ملح، وأنا في حالة من الشغف، الاستغراق، الذهول والاستمتاع بمشاهدة لوحة عباد الشمس لـ فنسنت فانجوج، وهو: أي نوع من الأشخاص هو؟ وأي سحر يجعل من هذا الرسام قادرا بريشته أن يأسر أفئدة الملايين بتلك الحركات الساكنة التي تبث الحياة في الجماد الذي يرسمه؟ وكيف لغيره من الموسيقيين والرياضيين والعلماء أن ينتجوا للعالم أشياء وأفكار غاية في الجمال والدقة والحدثة و... الخ؟ كلهم كانوا أطفالا، لكن أطفالا استثنائيين "أسطوريين" يظهرون جانبا مشرقا من الإبداع المعرفي، الحدس السليم، سرعة البديهة ومع هذا فهم مفرطي الحساسية، منعزلين أحيانا، متألمين من ثقل ما تحمله أدمغتهم لكن ما الذي يسم هذه القدرات الاستثنائية؟ هل يتعلق الأمر بالقدرات الفكرية فقط، وهو ما نجده شائعا في تاملنا، أو انه يتعلق بمهارات شديدة التنوع، تترجم براعتهم في ميادين مختلفة؟

ماهي حقيقة هذه النوعية من الأفراد؟ كيف يتكيفون مع مختلف السياقات، ماهي مكامن قوتهم وضعفهم؟ هل يحتاجون لرعاية خاصة؟ وإن كان الأمر كذلك فكيف؟ ومتى؟

البحث عن إجابات لهذه التساؤلات كانت موضوع قراءات، تمخض عنها هذا الفصل من الجانب النظري.

1- القدرات العقلية العالية، التفوق، الموهبة والإبداع عبر التاريخ:

لقد كانت فئة ذوي القدرات العقلية العالية، أو ما يصطلح عليه بالمتفوقين أو الموهوبين أو العباقرة محط انتباه واهتمام منذ فجر الإنسانية وهذا لخروجهم عن المألوف ولاعتبارهم ثروة بشرية على غرار الثروات المادية، فقد تحدث أفلاطون (348-423 ق م) عن هذه الفئة مشيراً إلى ضرورة توفير الرعاية اللازمة باعتبارهم النخبة، ودعا إلى انتقاء المتفوقين والمبدعين والبحث عنهم في فترة مبكرة من عمرهم كما ربط أفلاطون استمرارية الإمبراطورية الإغريقية بالكشف عنهم وتربيتهم، كما أكد على أن من أهم واجبات الحكام إمعان النظر في معدن كل طفل، من أجل الكشف عن الأطفال الذهبيين حتى لو كانوا من أصل آباء فضيين أو نحاسيين وتعزيز نموهم وحسن رعايتهم (فؤاد على العاجز، 2012، 213). وتعتبر رعاية الموهوبين والمتفوقين من المواضيع الإنسانية الضاربة في عمق التاريخ، فمنذ أكثر من 2200 سنة قبل الميلاد اهتم الصينيون بتطوير نظام مفصل يتضمن مهارات تنافسية عديدة لاختيار الفائزين والمتميزين للمواقع الحكومية الراقية، فقد أشار الفيلسوف الصيني كنفوشيوس 551-479 ق م إلى ضرورة الاهتمام بهذه الفئة وتشجيع قدراتهم العقلية حتى أن الصينيين اعتبروهم "أبناء الآلهة" واعتبروهم مصدراً أساسياً للتقدم الحضاري الوطني، أما في العصور الوسطى فقد أطلق عليهم اسم "الأطفال الشيوخ" الذين عادة ما كان يتم إرسالهم إلى الأديرة أين توظف قدراتهم العقلية لخدمة الرب، أما في القرن الخامس عشر (1432-1481) قام السلطان العثماني محمد الفاتح بإنشاء أول مدرسة متخصصة للأطفال الموهوبين وفي عصر النهضة الأوروبية اقترح مونتاني (1533-Montaigne) (1626) بيداغوجية مبتكرة للأطفال المتفوقين المتحمسين للدراسة، لاحقاً اقترح توماس جيفرسون (Tomas Jefferson) (1734-1826) في الولايات المتحدة الأمريكية مدرسة خاصة لذوي القدرات العقلية العالية، تقوم على الكشف عن المتميزين وتربيتهم على نفقة الحكومة الأمريكية سواء كانوا من طبقة الأغنياء أو الفقراء واخذ الاهتمام بالمتفوقين ورعايتهم طريقه اعتباراً من 1866 عندما اعد برنامج مدرسي خاص للتلاميذ المتفوقين في أمريكا و تحديداً في ولاية ماساشوستس في مرحلة التعليم الأساسي بالفصول السابعة والثامنة والتاسعة بهدف العمل على تسريع اعدادهم في سنتين بدل ثلاث واعدادهم للمدرسة الثانوية (عبد الرحيم محمد البديري، 2010، ص453) وفي نفس الفترة تقريبا قام محمد علي بمصر بإرسال نخبة الطلبة للدراسة بأوروبا. (Pereira.F, 431, 2006)، إلا أن الدراسات العلمية لم تبدأ فعلياً إلا مع أعمال جالتون (Galton) (1869) حول الذكاء ثم الأطفال الموهوبين، تلتها دراسة تيرمان Terman الطولية الشهيرة التي دامت ما يناهز 35 عاملاً والتي أسفرت عن جملة الخصائص العامة التي تشترك فيها هذه الفئة كالفصول النهم للمعرفة، سعة الذاكرة، سرعة معالجة واسترجاع المعلومات، البداهة (سرعة الفهم)، ثراء اللغة، الشغف بالعلاقات بين الأرقام وبالموسوعات واعتبر أن تعلم القراءة والكتابة قبل التمدرس هي أولى إشارات النبوغ والتفوق. (Caroline .B, 2010,1).

في بداية القرن العشرين تحدث بيني (2011) Binet على بورترزي لأطفال تحصلوا على نتائج ممتازة في مقياسه للذكاء واصفا إياهم حرفيا بالعبرة التالية: "ها هم مرة أخرى تلاميذ لا يستفيدون من التعليم والسبب مفارقة عجيبة إنهم شديدي الذكاء ... كما أنهم لا يعملون إلا وفقا لأهوائهم و لايراجعون دروسهم إلا في آخر لحظة ومع هذا يقومون بواجبات لم تطلب منهم فقط ليتميزوا". (Vrignaud.P,2006,439)، تلتها في أواسط الأربعينات دراسات هولينغروث Holingrowth حول التفوق العقلي، وعندما ظهر الاهتمام بمفهوم الإبداع أجرى تورانس دراسات في ذات المجال في أواسط الستينات ومع تنامي حركة رعاية الموهوبين أجرت إيرليك دراسات أخرى في بداية الثمانينات تلتها عشرات بل مئات الدراسات في الموضوع. (ابراهيم بن سلامة الصبحي، 2011، 10).

أما المساهمة العربية في رصد تاريخية وتطور المفهوم فقد أشار إليها العالم العربي ابن خلدون أثناء تناوله لرعاية الموهوبين والمتفوقين بأن فسر تفاوت الناس في العلوم والصنائع إلى ما يحصل في النفوس من آثار الحضارة والثقافة والبيئة، ويظهر تفوق العرب بشكل واضح خلال العصور الوسطى إلى اهتمامهم بهذه الفئة فقد أفردت كتب الأدب القديمة فصولا عن النجباء وما روي عنهم في طفولتهم من قصص نادرة و أعمال باهرة، وقد عرف أحد قادة العرب الطفل الموهوب بأنه هو الذي يجب أن يؤهل للقيادة والأعمال الجليلة وبأنه الأقوى جسما والرقى خلقا والمتوقد ذكاء والذي يرى خصيصا مبكرا وقبل الأوان. (عبد الرحيم، 2010، 437)

ولقد لخص فتحي جروان (2009) تاريخية الموهبة والتفوق من خلال فرز مراحل متداخلة وإن بدت أنها مستقلة عبر الزمن وهي:

- ✓ مرحلة ارتباط الموهبة والتفوق والعبقرية كقوة خارقة.
- ✓ مرحلة ارتباط الموهبة والتفوق والعبقرية بالأداء المتميز في ميدان من الميادين التي اهتمت بها الحضارات المختلفة كالفروسية، الخطابة الشعر وغيرها.
- ✓ مرحلة ارتباط الموهبة والتفوق والعبقرية بنسبة الذكاء كما تقيسها الاختبارات الفردية مثل اختبار ستانفورد- بيني ووكسلر وقد تزامنت مع حركة القياس النفسي وبدأت عمليا مع ظهور اختبارات الذكاء في مطلع القرن العشرين.
- ✓ مرحلة اتساع مفهوم الموهبة والتفوق ليشمل الأدائي الفعلي المتميز في المجالات العقلية، الأكاديمية، الفنية، الإبداعية والقيادية والنفسحركية. (رندة نبيه يحي، 2015، ص 3)

مما سبق نلاحظ تلك الضبابية في استخدام المصطلحات المعبرة عن ذوي القدرات الفائقة، وسنحاول فيما يلي طرح مجموعة من التعاريف العلمية للمصطلحات السابقة (التفوق، الموهبة، الإبداع، الابتكار، القدرات العالية) في محاولة لتسليط الضوء على تداخل الاستخدامات الاصطلاحية واللغوية.

الفصل الرابع: المتفوقين

ورد مفهوم التفوق مرادفا للعبقرية و اعتبر حالة استثنائية من الذكاء و القدرات، و لقد كان السير فرانسيس جالتون أول من اهتم بدراستها مستخدما مصطلح Eminence كمؤشر رئيسي للتفوق و الإبداع (12-13 (T,Lubart,2005, ورد في قاموس أكسفورد(2003) أن المبدع هو من تجاوزت نسبة ذكائه 135 (Oxford Dictionary,2003

يذكر في الوسيط المعجم (1985) انه من الناحية اللغوية تتفق المعاجم العربية والانجليزية على أن كلمة تفوق (Talent) ترد إما كمرادفة في المعنى لكلمة موهوب (Giftedness) التي تعني القدرة الاستثنائية أو الاستعداد الفطري غير العادي لدى فرد ما، وإما بمعنى قدرة موروثه أو مكتسبة سواء كانت قدرة عقلية أو بدنية وهو ما نجده حرفيا في قاموس أكسفورد لعلم النفس، إلا أنه الصق لفظ مبدع وعبقري بالتفوق. (سامية تومي، راجية بن علي، 4، 2015).

يعرف ديهان وهافجهرست (1960) المتفوق عقليا بأنه من أثبت تفوقا في أدائه في أي مجال من المجالات التي تحظى بقبول الجماعة التي يعيش فيها (ماضي، 2011، 21)، وهو ما يوضحه (فتحي جروان، 1998، 1) في كتابه الموهبة التفوق والإبداع مصرحا انه من الناحية التربوية والاصطلاحية وبالرغم من الانجازات الضخمة التي أقيمت حول الموهبة والتفوق، إلا أنه عند مراجعة ما كتب حول الموضوع نكتشف بوضوح عدم وجود تعريف عام متفق عليه بين الباحثين والمدرسين، أضف إلى ذلك الخطأ وعدم الوضوح في استخدام الألفاظ المختلفة للدلالة على القدرة أو الأداء غير العادي في مجال من المجالات، فقد جرت العادة كما يشير جروان إلى استخدام ألفاظ مثل: موهوب، متفوق، مبدع، متميز، ممتاز وذكي... الخ بمعنى واحد أو بمعان غير واضحة وغير محددة .

2- ذوي القدرات العقلية العالية (Haut potentiel)

لقد كان السؤال حول الأسباب أو الحثيات التي تجعل من الأفراد متميزين من المواضيع التي شغلت اهتمام الكثير من الباحثين، ولقد أشار Renzulli في أحد أهم مقالاته حول الموضوع إلى أن التراث العلمي انقسم في تعريفه للأفراد فائقي القدرات إلى مجموعتين حددتهما عبارتين مختلفتين:

الأولى وهي ذو القدرة العالية المبدع المنتج (Haut potentiel creatif-productif) ويتمظهر تفوق هذه الفئة في مجال النشاط الإنساني بصفة عامة حيث نجدهم قادرين على تطوير وإنتاج أدوات ومنتجات أصيلة لسد حاجات أو لحل مشكلات، ففي الوقت الذي يقتصر فيه دور التلميذ المتفوق على تلقي، فهم واسترجاع المعلومات يقوم المبدع -المنتج بتحليلها وتجسيدها في شكل حلول واقعية لمشكلات حياتية حقيقية)

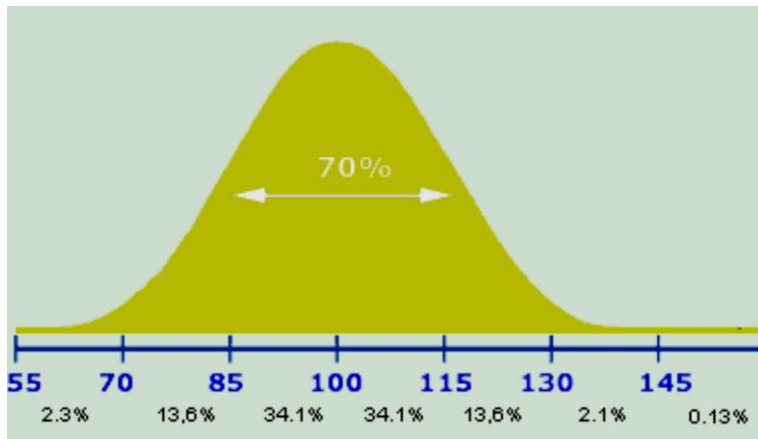
الفصل الرابع: المتفوقين

الثانية وهي ذو القدرة العالية المتمدرسين أو المتفوق دراسيا (**Haut potentiel scolaire**)، يتحدد هذا الشكل من المتفوقين من خلال اختبارات القدرات العقلية ولهذا السبب كذلك نستخدم هذا النوع من التفوق (الأكثر استخداما) لاختيار التلاميذ للالتحاق بالبرامج الخاصة باعتبار أن التلاميذ ممن يتمتعون بمستوى ذكاء مرتفع (IQ) سيكون تحصيلهم الأكاديمي على الأرجح مرتفع، مع العلم أن هذه القدرة المتمثلة في النجاح في اختبارات الذكاء وتحصيل الدروس هي ثابتة عبر الزمن.

عادة ما يكتشف المعلمين و المختصون الأكاديميين، التلاميذ المتفوقين و الذين عادة ما يقومون على تكيف البرامج الدراسية سواء بالإثراء أو التسريع أو غيرها في حين أن معامل ارتباط نسبة الذكاء بالتحصيل الدراسي لا يتجاوز المجال 0.4 إلى 0.6 و بالتالي لا يعبر إلا عن نسبة تتراوح بين 16 % إلى 36% من التباين و هو دليل على أن الاستجابة المرتفعة على اختبارات الذكاء ليست العامل الوحيد المتحكم في التحصيل الدراسي (Renzulli,2006, 464) (Todd.I , Asta.G ,2006,62)

رغم هذا التصنيف إلا أن كلاهما على قدر كبير من الأهمية وهما بشكل عام يتطلبون عناية خاصة، فهم بامتياز من فئة ذوي الحاجات لخاصة، فهم يتموقعون في أقصى يمين المنحى الجرسى (courbe de Gauss) لتوزيع الذكاء.

نلاحظ أن العاديين ممن يتوزع ذكاؤهم بين 85 و 115 يشكلون 70% من المجتمع، أما فئة المتفوقين فهم من تجاوز ذكاؤهم 130 وهم يشكلون نسبة 2.1% من المجتمع في حين أن العباقرة الذين تجاوز ذكاؤهم 145 لا يشكلون سوى نسبة 0.13%.



الشكل رقم 01: منحى غوص لتوزيع الذكاء حسب مقياس ويكسلر للذكاء.

المصدر: (Malika. A, Justine.F, 2010,9)

3 -الموهوب، المبدع المنتج:

تعج المعاجم بالمصطلحات التي عبرت عن مفهوم الطفل الموهوب، فنجد مصطلح الطفل المبدع (creative child) ومصطلح الطفل المتفوق (superior child) ومصطلح الطفل الموهوب (talented child) واستخدمت هذه الألفاظ لدى الانجلوسكسون للدلالة على مجموعة من الأفراد يتميزون بدرجة عالية من الذكاء وبتحصيل أكاديمي مرتفع أو بقدرات ومواهب خاصة (محمود حسن، زاهر عاطف، 4، 2015)، في حين يستخدم الكنديين (الكيبكيين)، البلجكيين مصطلح la douance أما في شمال أوروبا فيستخدم مصطلح Hight Ability اما الفرنسيين فيستخدمون مصطلح: enfant intellectuellement précoce, haut potentiel, doué, surdoué، والأمر لا يختلف في اللغة العربية من حيث تعدد المصطلحات فهي تتراوح بين الطفل الموهوب، المتفوق، ذو القدرات الفكرية المبكرة، ذو القدرات العقلية العالية.

من الواضح أن الزئبقية في توصيف هذه الفئة تطبع كل اللغات، فنجد على سبيل المثال Jean Charles Terasier(1981) يصف بالطفل الموهوب (doué)، كل طفل يتمتع بوتيرة نمو فكري أعلى بكثير من العادي بالنسبة لفئته العمرية، بينما يوافق نموه الانفعالي، العلائقي، والنفسوحركية المعايير المناسبة لسنه (Duha. 20, 2008, A)، في حين أن هذا التعريف يصلح أكثر لوصف ذوي القدرات الفكرية المبكرة (intellectuellement précoce).

ترى الباحثة انه لم تكن الوسائل اللغوية فقط هي السبب وراء هذا التداخل في وصف هذه الفئة الخاصة بل ساهمت كذلك المؤشرات التي يعتمد عليها في تحديدهم، فانقسمت الآراء حول مستوى الذكاء الفاصل لتحديد درجة التميز الفكري، فمنهم من اقترح المجال بين 120 إلى 140 والبعض يرى أنه يكفي أن يصل (IQ) إلى 125، إلا أن المرجح الأكثر شيوعا هو 130، و يعتبر هذا أحد أوجه التداخل، وأما الوجه الآخر فهو في ربط مختلف المصطلحات بمجالات محددة للذكاء، فيكون العبقرى هو من تجاوز ذكاؤه 145، والموهوب والمتفوق من تجاوز ذكاؤه 130، وفي حالات أخرى العبقرى من تجاوز ذكاؤه 170 والمتفوق من تجاوز ذكاؤه 135، وهو نفس الطرح الذي أشار إليه (Weisman-Arcache,2006,481).

عادة ما كان يعتمد على مؤشر الذكاء للكشف و التعرف على القدرات العقلية الفائقة المميزة لهؤلاء الأطفال الموهوبين، إلا أن الكثير من المنظرين كما أشار إليه (Gagné (1983) و Stenberg(1985) أكدوا على أن اختبارات الذكاء لا تعبر في الواقع إلا على جزء من الذكاء الإنساني ولذا اتجه الكثير من المختصين إلى تطوير النماذج أحادية البعد (الذكاء) إلى نماذج متعددة المجكات تعتمد على الإبداع و الابتكار كبعد في الذكاء ومؤشر مهم لتكملة عملية التعرف على هذه الفئة، اخذين هبة الابتكار والإبداع : تلك القدرة على تقديم منتج يتميز بالأصالة، الجودة، مناسب لمتطلبات الوضعيات المختلفة في الواقع، أو غير اعتيادي كمؤشر.

الفصل الرابع: المتفوقين

3-1 الموهبة: في كتابه عن الموهبة قدم رنزولي (1978) تعريفه المشهور للموهبة مستندا إلى مراجعة نتائج البحوث والدراسات السابقة حول الموضوع على النحو التالي: "تتألف الموهبة والتفوق من تقاطع ثلاث مجموعات من السمات الإنسانية وهي:

- ✓ قدرات عامة فوق المتوسط.
- ✓ مستويات عالية من الالتزام بالمهمة (الدافعية)
- ✓ مستويات عالية من الإبداع، فالموهوبون والمتفوقون هم أولئك الذين يمتلكون أو لديهم القدرة على تطوير هذه السمات واستخدامها في أي مجال قيم للأداء الإنساني (الأزرق، 2012، ص226).

هي تفوق في الحواس والإدراك العقلي إلى حد الابتكار والاختراع، حيث ينتج ويجسد الموهوب ما يتكون في عقله الباطن من صور وخيالات في الحقيقة حتى تتكون صورة ملموسة ومحسوسة مما يراه في عقله ويستشعره في داخله، لذل فالموهبة خلط بين الإدراك الحسي والمعنوي والعقلي. (محمود قاسم، 2015، ص4)

وتشير الموسوعات النفسية والتربوية إلى وصف الطفل الموهوب المبدع بأنه الطفل الذي يؤدي أي عمل بكفاءة عالية وبصورة أفضل ممن هم في سنه وبأسلوب ينبئ بتحقيق انجازات وإسهامات عالية في المستقبل. (حبيب مجدي، 2000، ص7)

والموهبة لها صلة بمصطلح التفوق أو ما يعرف بالألمعية أو التميز، حيث استعمل المصطلح منذ الستينات من هذا القرن للدلالة على مستوى أداء مرتفع يصل إليه الفرد في مجال من المجالات التي لا ترتبط بالذكاء أو المجالات الأكاديمية، إضافة إلى أن الموهبة وراثية أي فطرية (نداء بنت سعود الحري، 2015، ص8)، ومع هذا يتطلب تفعيلها قدرا جيدا من الذكاء وبهذا يصبح المتفوقين هم الموهوبون الذين تميزوا و تفوقوا في أدائهم مقارنة مع أقرانهم سواء في مجال أكاديمي أو غيره شريطة أن تكون هذه المجالات محل تقدير الجماعة وأن تكون ذات نفع وفائدة.

وذكر جروان تعريف باربرا كلارك (1992) حيث عرفت الموهبة على أنها مفهوم بيولوجي متأصل يعني ذكاء مرتفع ويشير إلى تطور متقدم ومتسارع لوظائف الدماغ وأنشطته بما في ذلك الحس البدني والعواطف والمعرفة والحدس. (فتحي جروان، 2008، ص68).

وترى الباحثة أن الموهبة هي تلك الخاصية التي تولد مع الإنسان، فهي ميراث تحمله الجينات وتنتقله من جيل لآخر إلا أن اضمحلالها أو نموها مرهون بمعطيات البيئة الخارجية (الأسرة-المدرسة-المجتمع) والبيئة الداخلية (الخصائص الشخصية-المعرفية-الانفعالية-السلوكية)، أما التفوق فهو ذلك الأداء المتميز الذي تمارس وتجسد به الموهبة في الواقع والذي يحتاج نسبة معقولة من الذكاء ومستوى جيد من التمرين

الفصل الرابع: المتفوقين

والتدريب وهو ما يذهب إليه توماس ايديسون الذي صرح بعد أن سجل 1093 براءة اختراع قبل وصوله إلى اختراع المصباح الكهربائي أن "العبقرية 1% و 99% عرق جبين".

يرى كوافحة وعبد العزيز (2010) و (Maria Pereira-Fradin, Céline Jouffray, 2006) أن التعريف الذي يلقي قبولاً واسعاً في أوساط الباحثين هو التعريف الذي يتبناه مكتب التربية الأمريكي حيث يشير إلى أن الموهوبين والمتفوقين هم أولئك الذين يتم التعرف عليهم من قبل أشخاص مهنيين مؤهلين ولديهم قدرات عالية في مجال القدرة العقلية العامة وقدرات تحصيلية محددة والقدرة على التفكير المنتج والقدرة القيادية ويتميزون بفنون بصرية أدائية مميزة ويحتاجون إلى برامج تربوية مختلفة عن التي تقوم في المدارس العادية من أجل تنمية والوصول إلى أقصى درجة تسمح بها طاقاتهم وقدراتهم.

إن هذا التعريف هو ما يطلق عادة على الطالب الموهوب وهو يتطابق مع تعريف التلميذ المتفوق ولذا عادة ما تقترن صفتي الموهوب والمتفوق عند كل تلميذ يصل ذكائه إلى 120 فما فوق، ويفوق مستوى تحصيله الدراسي مستوى أقرانه من نفس العمر، ويضع الطالب في فئة 15-20% من مجموع الطلاب وأن يكون مجال تفوقه موضع تقدير من الجماعة ويتمتع بقدرة عالية من التفكير الابتكاري كما أشار له (الهوري، جمل، 2003، 276).

كل ما سبق يجعل الباحثين في حالة من الضبابية عند محاولة تحديد فئة فائقي القدرات العقلية من موهوبين ومتفوقين، ولذا وفي محاولة لحل الإشكال السابق أولاً ولتوسيع مجال العمر الزمني للطلبة الموهوبين والتأكيد على توفير خدمات خاصة بهم مع عدم حصر أساليب اكتشافهم دعا الكونجرس الأمريكي إلى إجراء تعديل على تعريف ميرلاند (1982) ليصبح كالتالي: الموهوبون هم الذين يتم التعرف عليهم في مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية، أو المتوسطة أو المرحلة الثانوية من خلال ما لديهم من قدرات خاصة سواء كانت ظاهرة أو كامنة والتي تشير إلى أداء ال في مجال القدرة العقلية العامة و الابتكار والإبداع والقيادة والمهارات الأكاديمية و الفنون البصرية و الأدائية والذين يحتاجون إلى خدمات خاصة لا توفرها لهم المدارس العادية (خلاص طاهر، 2015، ص5).

يبدو أن التطبيق العملي لهذا التعريف واعداداً، فوفقاً للدراسات العلمية، تصل نسبة الأطفال الموهوبين من سن الولادة إلى السنة الخامسة من العمر 90% وتتنخفض هذه النسبة إلى 10% عندما يصلون إلى سن السابعة وما إن يصلوا إلى الثامنة حتى تتراجع النسبة إلى 20%، وفي هذا التراجع إشارة إلى سوء تأثير الأنظمة التعليمية، الأعراف، التقاليد والتربية من خلال تكريس أساليب القمع والتضييق على العقل، ولقد عبر جاردر (1989) حرفياً عن هذا الإشكال قائلاً: "بعد أن أطاح الاتحاد السوفييتي بإحساسنا المزدهر بالتفوق التكنولوجي حينما أطلق أول قمر فضاء اصطناعي (سبونيك) عام 1957، فإن التساؤل عما إذا كنا نرعى

الموهبة حق رعايتها أصبح ضرباً من الاستحواذ ليمسك بتلابيبنا في الثمانينات حينما اضطررنا لمنافسة التكنولوجيا اليابانية". (اياس نمر، يحيى أحمد، 5، 2015)، إن ما تحمله العبارة السابقة ما هو إلا إشارة واضحة إلى الخطر الذي قد تشكله مختلف النظم (الأسرية، المدرسية... الخ) على فئة الموهوبين والتي قد لا تحضى حتى بمجرد الاكتشاف.

لقد تكاثفت جهود المختصين لدرء هذا الضعف في الاكتشاف، حيث شهدت السنوات القليلة الماضية إنتاجاً وفيراً من أساليب الاكتشاف والتي صنفها المؤتمر الدولي الرابع عشر للمجلس العلمي للأطفال الموهوبين (2001) ثلاث أنواع من أساليب الكشف وهي:

3-2 أساليب الكشف عن الموهوبين والمتفوقين:

أساليب الكشف الأحادية: ومنها ما يعتمد على أحد المعايير، فقد نعتد الذكاء أو التحصيل أو الإبداع أو السمات السلوكية بشكل منفرد.

أساليب الكشف ثنائية المعايير: والتي من أبرزها تلك التي تضم معيار الذكاء إلى جانب السمات السلوكية أو الذكاء إلى جانب التحصيل الأكاديمي.

أساليب الكشف متعددة المعايير: والتي تنسجم مع التعريف المعتمد الشائع في دول كثيرة وتقوم هذه الأساليب على توظيف مقاييس القدرة العقلية العامة، واختبارات التحصيل ومقاييس الإبداع وقوائم السمات السلوكية. (حسن محمود الفلاحي، 2015، 7)

كل ما سبق من أساليب يعتمد على جملة من المقاييس التي تقيس المؤشرات التي يجب أن تتوفر في الموهوبين وهي تتوزع كما يلي: (صالح الخاليلة، 2015، ص5)

مقاييس القدرة العقلية: كمقياس ستانفورد وبييني، مقياس رافن، مقياس وكسلر وكلها تقيس القدرة العامة والتي يعبر عنها عادة بالذكاء وتبدو قيمة مثل هذه الاختبارات في تحديد موقع المفحوص على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية ويعتبر موهوباً كل من زادت نسبة ذكائه انحرافين معياريين فوق المتوسط.

مقاييس التحصيل الأكاديمي وتعتبر من المقاييس المناسبة في تحديد قدرة المفحوص التحصيلية والتي يعبر عنها عادة بنسبة مئوية (عادة ما تفوق 90%) ونذكر على سبيل اعتبار امتحانات القبول أو الثانوية العامة أو الامتحانات الدراسية.

مقاييس الإبداع تعتبر مقاييس الإبداع أو التفكير الابتكاري أو المواهب الخاصة من المقاييس المناسبة في تحديد القدرة الإبداعية لدى المفحوص ويعتبر مقياس تورانس للتفكير الإبداعي في صورته اللفظية والشكلية من

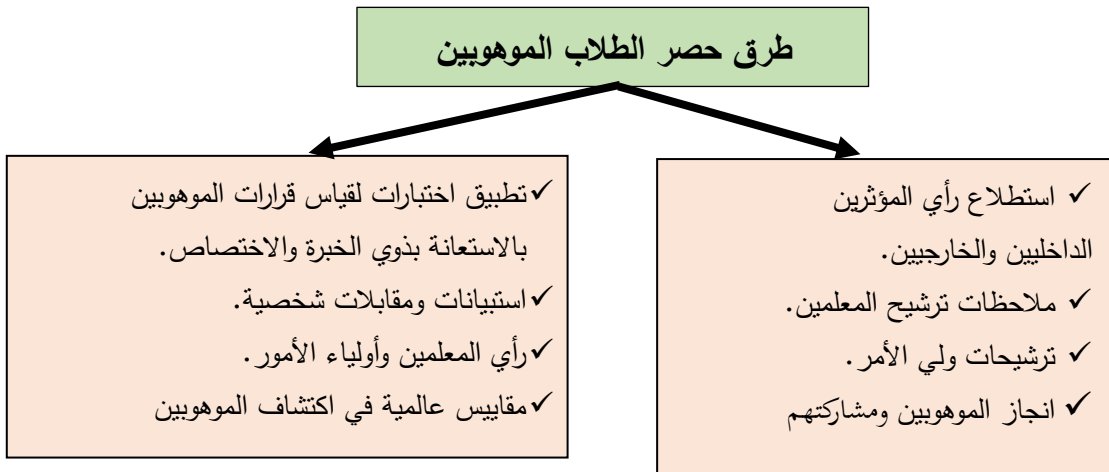
الفصل الرابع: المتفوقين

المقاييس المعروفة وكذا مقياس تورانس وجيلفورد الذي يتضمن الطلاقة، المرونة والأصالة في التفكير، ويعتبر المفحوص مبدعا إذا حصل درجة عالية مقاييس التفكير الإبداعي والابتكاري.

مقاييس سمات الشخصية: تعتبر مقاييس السمات الشخصية والعقلية التي تميز ذوي التفكير الابتكاري المرتفع من غيرهم وأحكام المدرسين من الأدوات المناسبة في التعرف على السمات الشخصية، العقلية، الدافعية والمثابرة، القدرة على الالتزام بالمهام والانفتاح على الخبرة.

ذكر الحاروني وعلي (2006) الوارد في (محمد بن عبد العزيز وآخرون، 2015، ص7) أنه حديثا اعتمد المختصون الأنشطة الاثرائية للكشف عن الموهوبين.

يتم استخدام هذه الأدوات بمنهجية معينة تسمح بحصر التلاميذ الموهوبين وتمييزهم عن المتفوقين وتكون العملية كما هو موضح في الشكل التالي:



الشكل رقم 02: طرق حصر الطلاب الموهوبين
المصدر: (وليد عيسى كردي، 2015، 231)

في حين يرى Heller Schofield (2000) أن مواضيع البحث في الحقيقة أربعة و هي :

1. تحديد الأبعاد الأساسية (القدرات العقلية، المهارات، سمات الشخصية... الخ) شديدة الخصوصية والتي ستقدم لا محال التشخيص الفارقي للموهوب والمتفوق.
2. التفكير المنهجي في أدوات التشخيص والتعرف على هذه الفئة.
3. البحث في الأهداف التالية لعملية التعرف.
4. الاهتمام بأنسب الفترات النمو التي يستحسن البحث فيها و التقصي عن الموهبة و التفوق .

مع العلم أن كل هذه المواضيع وثيقة الصلة بفترة التمدرس أو ما قبلها. (Caroff.X,2006,469)

4-الإبداع: يقترن الإبداع في التراث النظري بمفهوم التفكير الإبداعي، والذي عرفه تورانس (1969) بتلك العملية التي تجعل الفرد أكثر حساسية للمشكلات وجوانب النقص والتغيرات في مجال المعرفة والمعلومات واختلال الانسجام وتحديد مواطن الصعوبة والبحث عن حلول والتنبؤ وصياغة الفرضيات واختبارها وإعادة صياغتها أو تعديلها من أجل التوصل إلى نواتج جديدة يستطيع الفرد نقلها للآخرين.. ويوصف المبدع بأنه كل من يملك مجموعة من السمات أو القدرات التي يظهر تأثيرها في سلوكه وهي: (فارس محمد، 2015، ص8)

الطلاقة: وهي القدرة على إنتاج عدد كبير من الأفكار في فترة زمنية محددة كالقدرة على وضع الكلمات في أكبر قدر ممكن من الجمل والعبارات ذات المعنى وهي نوعان: الطلاقة الفكرية واللفظية.

المرونة: يرى جيلفورد أنها القدرة على سرعة إنتاج الأفكار.

الأصالة: تعني القيام باستجابات غير مألوفة أو معتادة والقيام بتداعيات بعيدة لأفكار وموضوعات معينة، بمعنى أن تكون غير شائعة مع عدم تكرار الأفكار والتميز والتفرد. وتختلف الأصالة عن الطلاقة والمرونة في أنها لا تشير إلى كمية الأفكار الإبداعية سرعتها بل تعتمد على قيمة تلك الأفكار ونوعيتها وجودتها.

إدراك التفاصيل: يرى جيلفورد أن هذه القدرة الإبداعية تشمل إضافة عناصر ومكونات للأشكال الأولية.

في الوقت الذي يعبر فيه مصطلح الإبداع عن حالة التحدي الشديد الذي يبديه الفرد الواعي نحو بيئته، فينتج شيئاً جديداً ملموساً، يترجم مصطلح الابتكار القدرة على خلق الأفكار الأصيلة واكتشاف العلاقات الجديدة والنادرة ضمن تصورات محددة مع السعي الدائم. ويرى تورانس (1986) أن التفكير الابتكاري يعني كذلك التوصل إلى حلول جديدة وعلاقات أصيلة بالاعتماد على معطيات محددة وذلك بعد أن يتحسس الفرد مشكلة ما أو نقصاً في المعلومات أو الفكرة ويضيف تورانس أن الإبداع هو عملية البحث عن إمكانات مختلفة والتنبؤ بتبعات ونتائج هذه الإمكانيات واختبار فرضيات وإعادة صياغتها حتى يتم التوصل إلى الحل الأفضل (أريج عيسى، 2012، ص2)، ومع هذا كلا القدرتين العاليتين لا يغيب عنهما حالة الإنتاج والتوليد المستمر لكل ما هو غير اعتيادي وهو جوهر التميز والتفوق.

5- المتفوق دراسيا:

5-1 ماهية التلميذ المتفوق دراسيا: حاول الباحثون ممن اهتموا بالتفوق تحديد المفهوم بأكبر قدر من الدقة الممكنة واعتمدوا في ذلك على ثلاث من الجوانب أو المحكات وهي: الذكاء كمظهر من مظاهر التفوق.

✓ التحصيل الدراسي كمؤشر للطالب المتفوق.

✓ القدرات المتعددة وعدم الاعتماد على مجال واحد.

وترى الباحثة بعد اطلاعها على عدد لا بأس به من المقالات باللغتين الفرنسية والانجليزية إلى اقتران التفوق العقلي بالقدرة على الامتياز في التحصيل الأكاديمي وهو ما ذهب إليه Pntly كما ورد في (سامية تومي، 2015، ص3) من خلال تعريفه التلميذ المتفوق بأنه ذو استعداد عال في الدراسة ولقد قدم مجلس تعليم ولاية ميسوري لتعليم الفائقين (Missouri National Association of Gifted Children) التلميذ المتفوق على انه الطالب الذي يتميز بالنضوج العقلي المبكر وبسعة عقلية أكبر من نظرائه من العاديين، كما أن هذه القدرات تنمو وتتطور وتزداد كلما قدم إليها منهج أكاديمي خاص ومناسب.

5-2 بروفيلات التلاميذ المتفوقين: وضع كل من ستة بروفيلات للتلميذ المتفوق وهي كما لخصتها George Betts , Maureen Neihart(1988) مقال أفردته للتعريف بهذه البروفيلات: في (2011)

Doris

✚ **التلميذ الناجح الممتثل:** هو تلميذ نموذجي وطموح، بالرغم من شعوره بالضجر والملل في الفصول الدراسية، إلا أنه لا يظهره وهو ما يجعله يواجه صعوبة في تأكيد ذاته والتعبير عنها، هو تلميذ مثالي، يحصل على أعلى العلامات سواء في الامتحانات الأكاديمية أو اختبارات المهارات والذكاء (القدرات)، بسبب حالة البحث الدائم عن الدعم والتقدير والاعتراف من طرف الراشدين تجده يتجنب المخاطرة لشدة خوفه من الفشل مع انه بأمس الحاجة لان يكون في وضعية التحدي حتى يستطيع تأكيد ذاته.

✚ **التلميذ المستفز:** هو تلميذ شديد الإبداع، يجاهر بشعوره الشديد بالضجر في فصول الدراسة على العكس من النوع السابق، هو كذلك غير عنيد، صبور ومحبط بشكل شبه دائم، مفرط الحساسية ومتأهب، يتحدى المعلمين ولا يتقبل النظام المدرسي، عادة ما تشكل علاقته مع الراشدين مصدرا للصراع لميله المستمر إلى تصحيح أفكارهم والثورة على قواعدهم. قد يظهر نوعا من الحماسة والمثابرة أمام المواضيع التي تثير اهتمامه كما يضع نفسه في مستوى عال من المنافسة، ومع هذا فهو تلميذ لا يحسن تقدير إمكاناته وهو ما يفسر تذبذب نتائجه. يجب أن يتعلم المرونة والتحكم الذاتي، فهو بحاجة إلى التقبل في المدرسة والعائلة، هذه الأخيرة التي تتيح بعض المشاريع التي تقدمه له فرصة مناسبة لتنمية ارتباطه وعلاقاته مع الآخرين واستعمال

إبداعه وبالطبع يجب أن يحظى بالاعتراف وذلك من خلال تقدير مواهبه الحقيقية. يجب أن يحظى كذلك بالكثير من العناية والحماية في المدرسة لان اغلب المعلمين لن يعترفوا بقدراته العالية أو على الأقل لن يعترفوا بها أمام سلوكاته المزعجة في القسم.

قد تساعده المدرسة في تنمية ثقته بنفسه وبقدراته من خلال السماح له بالتفوق في دراسة موضوع يثير اهتمامه والاستثمار في مشاريع معينة، كما أنه بالضرورة بمكان التواصل معه بشكل مباشر ومساعدته على تنمية مهاراته الاجتماعية

✚ **التلميذ الممحي:** يشيع هذا البروفيل لدى الإناث بكثرة. ما يميز هذا النوع هو إنكار التلميذ(ة) لقدراته العالية في سبيل أن يتقبله زملاؤه، هو سريع التكيف، محبط، تنقصه الثقة، يشعر بالذنب ويضع نفسه في وضعيات الضغط بشكل مستمر، كما يعجز عن تأكيد ذاته والتعبير عن مشاعره ويقاوم التحديات، تتأرجح علاماته بين المتوسط والحسن. كثيرا ما يتعرض لضغوط الأقران ولذا لا تمتاز علاقاته بالديمومة فهو كثيرا ما يغير الأصدقاء بحثا عن تخفيف الضغوط.

يرفض هذا النوع المشاركة في برامج الإثراء الموجهة للمتفوقين بالرغم من حاجته المستمرة لتأكيد موهبته وتفوقه ويمكن لعائلته تزويده بنماذج سلوكية للمتفوقين وتشجيعه على حسن الاختيار ومرافقته وتوجيهه وإرشاده في مشاريعه المستقبلية، كما يمكن للمدرسة أن تساعده على استرجاع ثقته بقدراته والحصول على مكانته في القسم وذلك من خلال إدماجه في برامج الإثراء.

✚ **التلميذ في خطر:** يتميز هذا النوع بمواهب ومجالات تفوق لا تظهر للعيان، هو دائم الاستياء من الراشدين، من نفسه ومن المجتمع لاعتقاده بأن النظام لم يستطع الاستجابة لتوقعاته وحاجاته طيلة سنوات، وهو ما يجعله في حالة استنفار، تقديره لذاته منخفض، محبط بشكل دائم، كما انه غير مهتم بان يكون معزولا ومحل رفض من الآخر. هو شديد الاندفاع والهيجان، ترتفع لديه احتمالات التعرض للإرهاق العصبي والاحترق النفسي. لا يؤدي هذا التلميذ واجباته المدرسية، عمله الدراسي غير منتظم ما يجعله عرضة للرسوب الدراسي بسبب ضعف وتذبذب النتائج التحصيلية وهو ما يجعل المعلمين يعتقدون بان قدراته متوسطة أو على الأكثر فوق متوسطة. كثيرا ما يغضب الراشدين، كما أنه محل انتقاد مستمر من طرف زملاؤه الذين عادة ما يرفضونه ويعزلونه. يحتاج هذا التلميذ إلى الكثير من الدعم خاصة من طرف أسرته التي يمكن أن تعيد تقييم مهاراته في بيئة غير مدرسية كما أن التكفل النفسي قد يكون جد ضروري لتجاوز هذه الصعوبات، يجب على المعلمين أن يقلصوا الفجوة العميقة بين القدرات اللفظية والكتابية التي يعاني منها وهذا من خلال إدخاله في تجارب تعليمية محفزة تأخذ بعين الاعتبار قدراته العقلية الفائقة وهذا خارج الأنشطة الصفية.

✚ **التلميذ مضاعف الموهبة والتفوق:** هو تلميذ مضطرب، يعاني صعوبات في التعلم (ضعف الانتباه مع/دون اضطراب فرط النشاط أو عسر القراءة أو إعاقة نفسية أو جسدية)، لا يدرك هذا التلميذ أن له قدرات عالية،

كما انه يعاني ضعفا في تقديره لذاته، هو شديد الحساسية، محبط، يشعر بالعجز، مشوش الأفكار ومتوتر. يشكل الفشل مصدر حصر دائم بالنسبة، قد تتظاهر عليه بعض السلوكيات المزعجة.

عمله في الفصل الدراسي غير مكتمل، بطيء وأقل بكثير من مستوى قدراته، التي يحتاج أن يعترف بها محيطه فهي تمثل مواطن قوته وهذا حتى يستعيد ثقته بنفسه وبقدرته العالية.

✚ **التلميذ المستقل:** هو تلميذ متحمس، واثق بنفسه، متعطش للمعرفة، فهو يتميز بدافعية داخلية. يتمتع هذا التلميذ بصورة ايجابية عن ذاته فهو يثق في قدراته ويتقبل الفشل بوعي كبير وبشكل يسمح له بتحقيق أهدافه فهو مثابر ومستقل وبالرغم من أنه يضع تحديات على المدى المتوسط والطويل إلا أنه يحسن المخاطرة. يعبر هذا التلميذ بشكل مباشر عن حاجاته ومشاعره، يبذل نفسه في مجال إبداعه كما أنه يدافع عن معتقداته. ينال هذا التلميذ الإعجاب بسبب تفوقه وموهبته ويتقبله أولياؤه ومعلميه وزملاؤه الذين يتمتع بايجابية كبيرة في التأثير عليهم.

يستطيع الأولياء تغذية وتطعيم فضوله وهذا بمنحه فرصا تناسب مجال اهتمامه وشغفه ومن خلال السماح له بإنشاء علاقات مع مختلف الأعمار، أما المدرسة فيجب أن تكيف له مخطط تعليمي (طويل المدى) يساعده على الإسراع والتعمق في مجالات تعليمية متنوعة.

تجدر الإشارة إلى أن النوع الثاني، الثالث، الرابع والخامس تتميز بسلوكيات تحد من إمكانية الانتباه للقدرات العقلية المرتفعة لهذه الفئة من التلاميذ.

3-5 خصائص التلاميذ المتفوقين: يعتبر المتفوقين فئة خاصة من التلاميذ، يتمتعون بقدرات خاصة تفوق ما لدى أقرانهم من العاديين، فهم يتعلمون بمعدل أسرع من غيرهم ولديهم قدرة على المثابرة والإبداع، تفكيرهم مرن ولغتهم شديدة الثراء كما أن اطلاعهم واسع ولديهم القدرة على الحفاظ على تركيزهم لفترة طويلة.

✚ **الخصائص المعرفية:** وهي تضم مجموعة من الخصائص والسمات التي تؤدي إلى أداء متميز في مجال القدرات الإبداعية والفنية والقيادية أو في مجالات دراسية محددة.

✚ **الخصائص الشخصية:** هي الإطار العام والشامل الدينامي والمتكامل لسلوك الفرد فهي تشمل عاداته وأفكاره واتجاهاته واهتماماته وأسلوبه في الحياة وكل صفة تميز الشخص عن غيره من الناس وتؤلف جانبا من كيانه تتوزع هذه الخصائص في مجالات الحياة المختلفة للمتفوق مشكلة نمطا استثنائيا يتأرجح بين الايجابية التي ترتبط عادة بمفهوم التفوق في القدرات والسلبية التي ترتبط بحالة الاضطراب الناتجة عن حالة التميز والتفرد واللاتزامن عن العاديين والتي لا تحظى بالقدر الكاف والمناسب من الرعاية والاهتمام.

▪ **المجال الفكري:** وضع علماء النفس نسبة ذكاء تفوق 125 كحد فاصل بين العاديين والمتفوقين ممن يتميزون بحيوية نفسية عالية، مستوى عال من التجريد، السعي وراء النشاطات المعقدة، الأصالة في حل المشكلات، سرعة معالجة المعلومات، سعة الذاكرة، القدرة الفائقة على التذكر، التفكير المجرد، والتفكير المنطقي كذا القدرة على توظيف القواعد العلمية والاستفادة القصوى من المعلومات التي يحصلون عليها.

الفصل الرابع: المتفوقين

▪ **المجال الانفعالي:** يتميز المتفوق بحالة من فرط الحساسية، بسبب وكنتيجة لحدسة المرتفع والصائب في اغلب الأوقات ولمستوى المرتفع للوعي بالواقع.

▪ **المجال المدرسي:** الشعور المستمر بالإحباط بسبب التخوف من الفشل والذي يغذيه:

✓ ضعف منهجية العمل.

✓ العجز في التخطيط.

✓ البطء في التنفيذ (بسبب التركيز على التفاصيل والسعي الدائم نحو الكمال والمثالية).

✓ مقاومة كل المقاربات الخطية في المناهج التعليمية.

ومع هذا فهو مستقل في تعلمه وهو في بحث دائم عن إضفاء معنى على الأحداث والظواهر.

إن تضارب هذه الخصائص قد تجعله في حالة:

✓ مقاومة للنظم المدرسية.

✓ لا استقرار نفسوحركي.

✓ الملل.

✓ أقصاها الفشل والتسرب الدراسي.

▪ **المجال الاجتماعي:** تظهر لدى هذه الفئة جملة من المشكلات العلائقية خاصة مع جماعة الأقران، لأنهم

لا يتقاسمون نفس الاهتمامات وقدراتهم العالية في التعبير تحد من تواصلهم مؤدية إلى انعزالهم ورفضهم، إلا أن الأمر قد يحدث بشكل معاكس فينبوأ التلميذ المتفوق الوضعيات القيادية.

▪ **المجال الأسري:** تصف الأسر ابناها المتمدرس المتفوق بأنه طفل مرهق، يتوق للتحكم بالوضعيات، ناقد

ومعارض للتعليمات، كما أنه في سعي مستمر لتقويض القوانين والقواعد الذين يعتقدون أو على الأقل يشكون في عدم منطقيتها. التلميذ المتفوق شديد الحماس للعدالة الاجتماعية التي يسعى لتحقيقها في بيئته الأسرية.

(Maud.B,Jaque.H,Todd.L,2006,496)

5-4 كيفية التفريق بين المتفوقين والعاديين من تلاميذ المدارس:

يتفق الكثير من المختصين على أن توفر بعض الخصائص السلوكية أو بعض منها داخل الفصل

(القسم) لدى التلميذ ومنها أنه: يسأل كثيرا و يريد أن يعرف كيف ولماذا تكون الأشياء على ما هي عليه ولديه

أسبابه المنطقية لتبرير ما يعمله وما لا يعمله و يرفض أن يقلد الآخرين وينتقد الأفكار التقليدية التي يبيدها

زملاؤه و يبدوا غير مرتاح في غالب الوقت في الفصل الدراسي، تنبؤ بتميزه وإن لم يصنف ضمن المتفوقين

لاعتبارات مختلفة.

الفصل الرابع: المتفوقين

إن أسوأ ما قد يتعرض له التلميذ المتفوق هو تجاهل إمكانياته، إنكارها، أو سوء التعامل معها من طرف المعلمين "على وجه الخصوص"، وهذا بحكم ساعات تواجده الطويلة بالمدرسة التي يفترض أنها أكثر البيئات أمنا لاستثمار قدراته العالية.

على الأغلب هذا الانحراف عن التكفل بالتلميذ المتفوق هو بسبب عدم تقطن المعلمين لقدراته التي قد تذوب في خصائص الزملاء جيدي التعلم أو التحصيل وإن كانوا من العاديين، ولذا اقترحت الجمعية الفرنسية على غرار الجمعية الكندية والأمريكية للموهبة والتفوق بعيدا عن أساليب الكشف الكلاسيكية "شديدة التعقيد" معايير واضحة يمكن للمعلمين وإن كانوا غير متخصصين في مجال التفوق أن يكتشفوا من خلالها المتفوقين في فصولهم التدريسية.

ويوضح الجدول التالي النقاط التي تساعد المعلم على عملية الفرز داخل صفه:

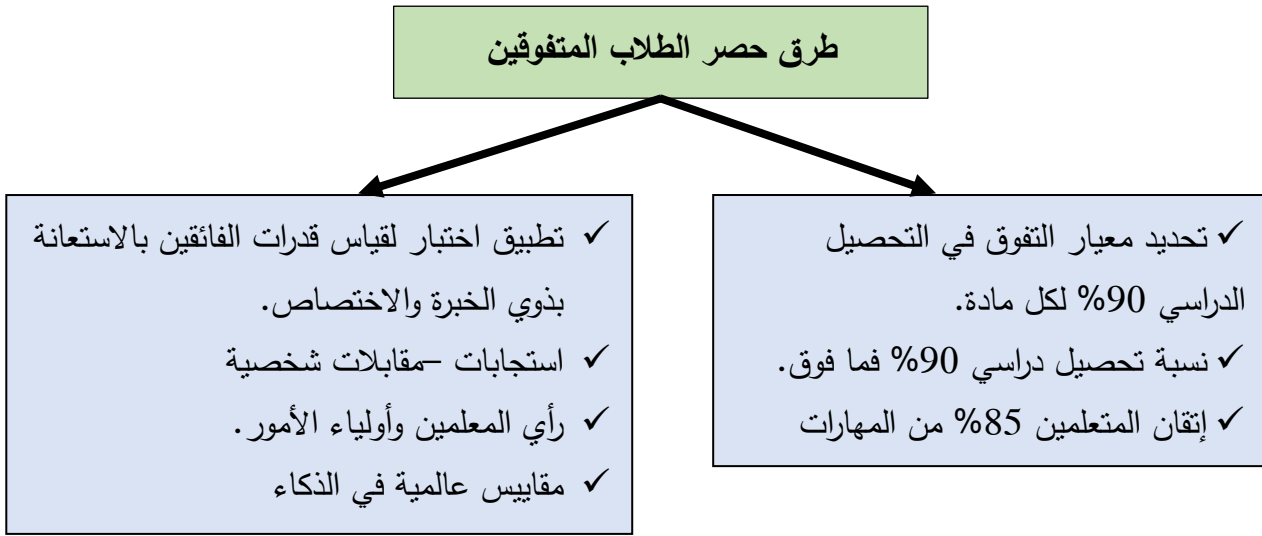
الجدول رقم 04: عناصر التفريق بين المتفوقين والعاديين في المدارس

التلميذ العادي	التلميذ المتفوق
يحب الحفظ	يريد التعلم
يخزن جيدا	يخمن جيدا
يحب الوضوح	شغوف بالتعقيد
يعرف الإجابة	يطرح الأسئلة
شديد الاهتمام	شديد الفضول
مستقبل	كثيف ومتعمق
ناسخ "طوعي"	منتج للجديد
ذوا أفكار جيدة	ذوا أفكار جديدة وغير مألوفة "مجنونة"
يحب المعرفة	يخضع للمدرسة
يجيب على الأسئلة	يناقش التفاصيل ويبني الأفكار
صبور / مترقب	مندمج عقليا وجسديا
يحتاج من 6 إلى 8 مرات إعادة	من 1 إلى 2 مرة كافية للاستيعاب
ليستوعب	
سعيد بما يتعلمه	منتقد دائم لمستوى تعلمه
يستمتع باهتمام	يتدخل بآرائه
يحب الأقران	يفضل الراشدين

المصدر: دليل المعلم للتكفل بالتلاميذ ذوي القدرات الذهنية العالية الصادر عن الأكاديمية الفرنسية للتربية (2011)

الفصل الرابع: المتفوقين

أما عن طرق حصرهم فتتحدد وفقا للمعايير الموضحة في الشكل التالي:



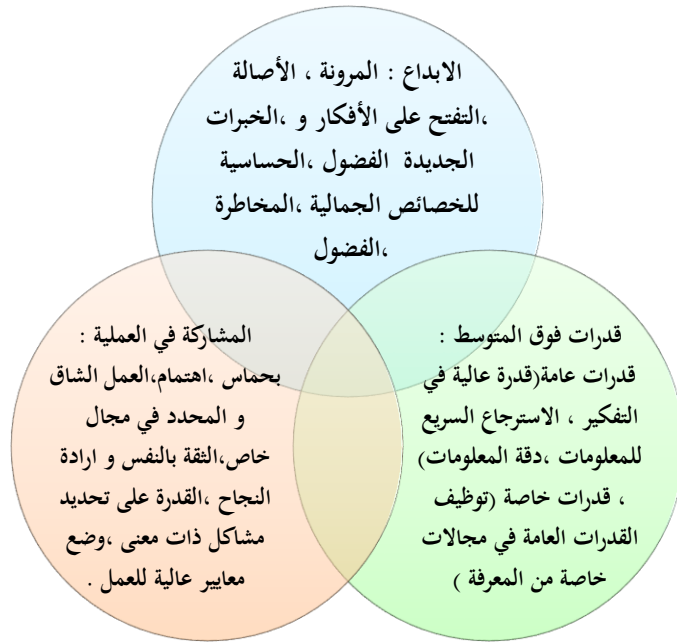
الشكل رقم 03: طرق حصر الطلاب المتفوقين

المصدر: وليد عيسى كردي، 2015، (231)

5-5 مقاربات نظرية لتحديد الموهوبين والمتفوقين:

تواتر في التراث النظري جملة من المقاربات الحديثة التي تشترك في تجاوزها أحادية البعد في التشخيص والتعرف على هذه الفئة إلى التعددية في الأبعاد. سنستعرض فيما يلي ثلاث مقاربات نظرية لتحديد الموهوبين والمتفوقين أو ما يعرف بذوي القدرات العالية وهي:

5-5-1 نظرية الحلقات الثلاث لـ (Renzulli): يرى رونزيلي أن مفهوم ذوي القدرات العالية لا يمكن اختزاله في جملة الخصائص الشخصية لهذه الفئة، بل هو تمثيل أو توصيف لجملة من السلوكيات المتواجدة في نطاق معقد من تفاعلات ثلاث مكونات أساسية وهي: المستوى فوق المتوسط من القدرات الفكرية، الإبداع و المشاركة أو الالتزام بالعمل.



شكل رقم 04: نموذج الحلقات الثلاث لتحديد الموهبة و التفوق لرونزيلي (2002)

المرجع: (Duha Aboud,2008,25)

يوسع هذا النموذج من إمكانية اكتشاف الموهوبين والمتفوقين الذين لم تستطع الاختبارات أن تظهر مجالات تفوقهم من خلالها.

2-2-2 النموذج الفارقي للموهبة والتفوق:

اقترح (Gagne (2002,2004) نمودجا متعدد الأبعاد وهو أكثر تعقيدا من نموذج رونزيلي، لأنه تضمن عددا كبيرا من المتغيرات التي كانت القاعدة التي تقف عليها عملية فرز مؤشرات الموهبة عن التفوق في هذا النموذج، الموهبة هي ذلك التعبير التلقائي للقدرات الطبيعية "الفطرية" العالية والتي تحدها العوامل الجينية (الوراثية) وتكون في أربع مجالات رئيسية هي: المجال الفكري، الإبداعي، الاجتماعي-الانفعالي، والنفسحركية. في حين أن التفوق يشير إلى الدرجة العالية من مهارة التحكم والتطوير والإنماء للقدرات والمعارف التي تنطوي عليها الموهبة، وتشمل واحدا أو أكثر من المجالات التالية (الأكاديمية، الفنية، الاجتماعية، القيادية... الخ)

ويلخص الجدول التالي هذا النموذج: (Amal.R,2013,47)

الفصل الرابع: المتفوقين

الجدول رقم 05: الفروق بين الموهبة والتفوق

التفوق	الموهبة
تشير إلى قدرات عقلية متميزة خاصة في حل المشكلات	تشير إلى المهارات المتميزة في مجالات محددة خاصة الفنية
التفوق يقابل الأداء من مستوى فوق المتوسط	الموهبة تقابل القدرة من مستوى فوق المتوسط
المكون الأساسي للتفوق بيئي	المكون الأساسي للموهبة وراثي
التفوق نتاج لهذا النشاط أو تحقيق لتلك الطاقة	الموهبة طاقة كامنة ونشاط أو عملية داخلية
التفوق يشاهد على أرض الواقع من خلال الأداء والعمل التعليمي	الموهبة تقاس باختبارات مقننة مثل اختبارات الذكاء

المصدر: (Amal.R,2013,47)

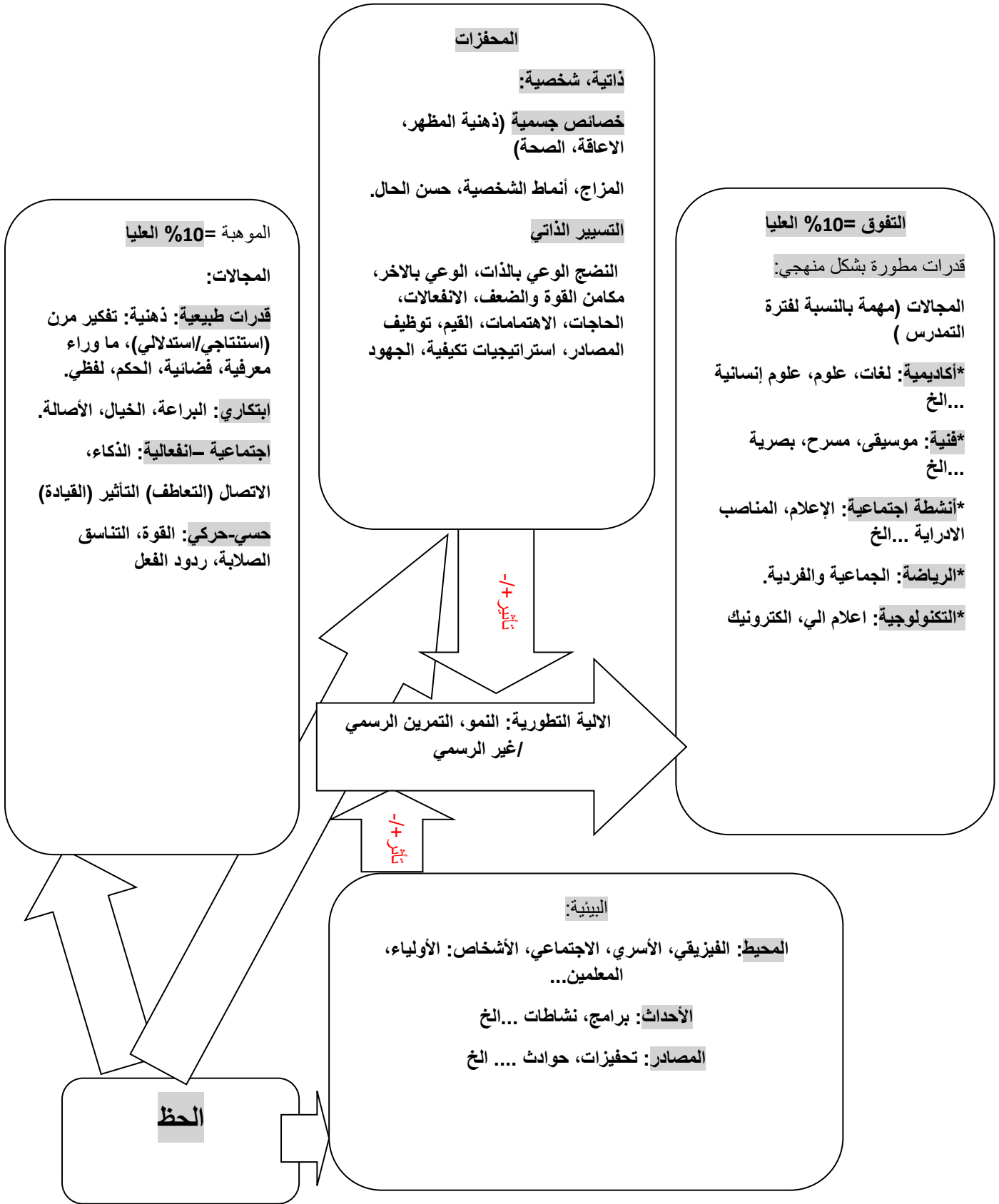
يؤكد (Gagné) من خلال هذا النموذج على أن الانتقال من الموهبة إلى التفوق تحكمه آلية تطويرية تعتمد على التعلم، التدريب، التمرن وبهذا فإن التفوق كما يشير له جروان ينطوي على الموهبة وليس العكس، فالمتفوق لا بد أن يكون موهوبا وليس كل موهوب متفوق. (سليمان عبد الرحمن، سيد مهيب، 2008، 461) وهو فعلا ما نلمسه في الواقع.

ومع هذا يجب الإشارة إلى هناك نوع من العلاقات الارتباطية التي يتقاسمها الموهوبين والمتفوقين أغلب الوقت وهي تضم ارتباط متغير التكيف الاجتماعي مع متغير تجاوز الصفوف الدراسية وإنهاء الدراسة في سن مبكر ومتغير الانتماء إلى بيئة اجتماعية وثقافية محفزة. (Caroline. G, 2010,2)

تجدر الإشارة إلى أن كل من (Baer et Kaufman, 2004 ; Porath, 2004 ; Yun Dai, 2004) وجهوا النقد لهذا النموذج، حيث أوضحوا أنه وبالرغم من صلاحية النموذج من الناحية المفاهيمية، إلا أن تطبيقه (عملية الفصل بين المفهومين عمليا) في الواقع صعب جدا. (Duha Aboud,2008,26)

وفيما يلي النموذج النظري كاملا لهذه المقاربة كما وضعه (Gagné) .

الفصل الرابع: المتفوقين



المخطط رقم 17: نموذج Gagne الفارقي للموهبة و التفوق (Duha Aboud,2008,26)

3-5-5 نموذج ميونيخ Munich (2004):

طوّر Hiller وزملاؤه هذا النموذج متعدد الأوجه، كما هو الحال في نظرية الذكاءات المتعددة لـ Gardner (1996). وهو يضم قائمة بسبعة قدرات أساسية (الأكثر تداولاً في التراث العلمي، وهي ليست نهائية) مستقلة نسبياً وهي محورية في حقول تطبيقية خاصة.

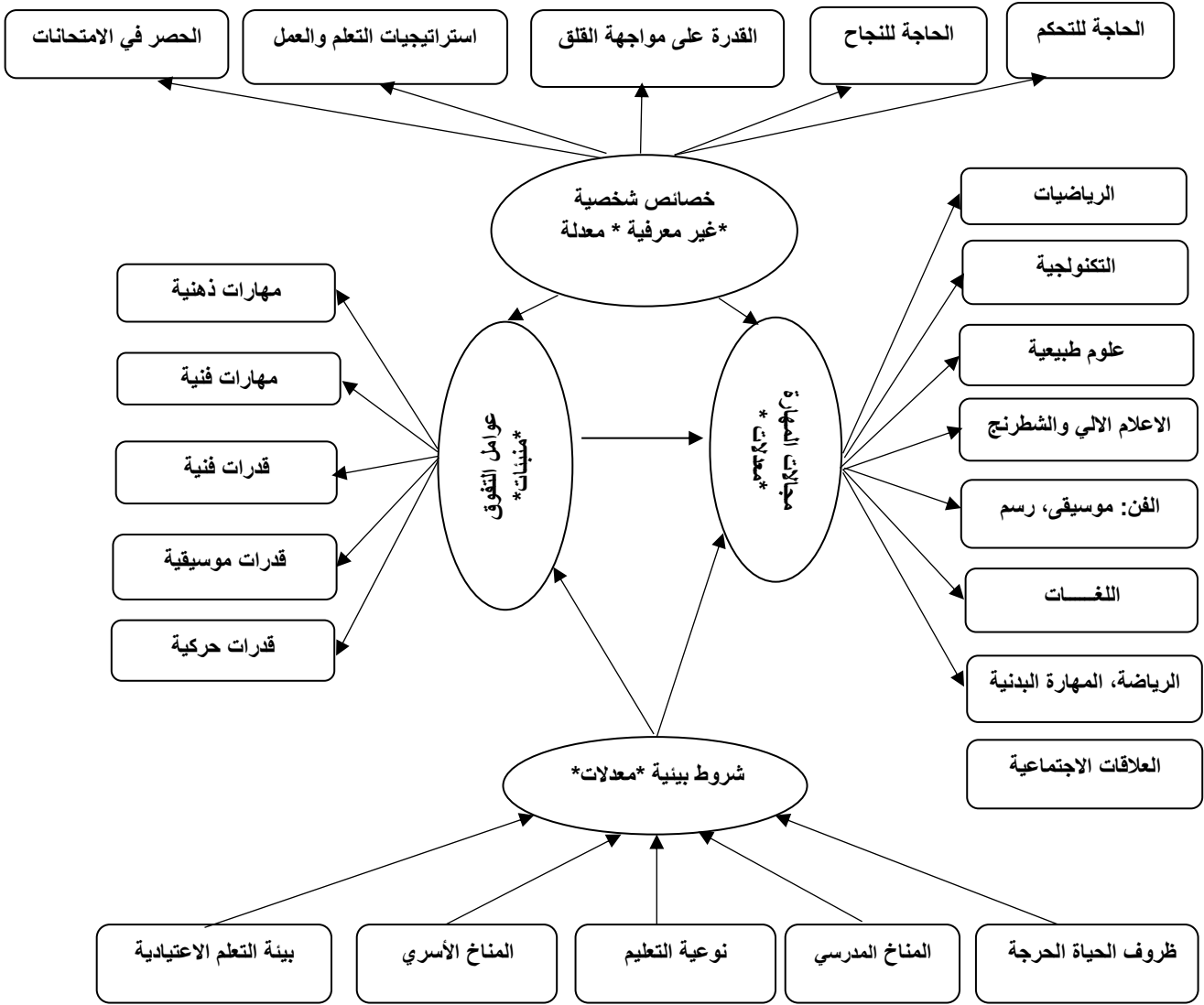
ولقد اقترح Hiller , Zigler (2004) و زملاؤهما أن تدرج هذه القدرات ضمن علاقات مع متغيرات أو عوامل متنوعة، سواء كانت شخصية (الدافعية، مفهوم الذات... الخ) أو بيئية (المناخ الأسري، طبيعة التعليم... الخ) و التي ستكون متغيرات معدلة للعلاقة بين عوامل الموهبة (المنبئات) و المهارات في أحد المجالات العملية (الشروط).

اقترح Hiller آلية تتابعية للتعرف على المتفوقين في المجال المدرسي و هذا بالاعتماد على نموذج ميونيخ، و تستلزم هذه العملية في المرحلة الأولى تحديد نسبة 10-20% من التلاميذ الذين أكد معلمهم تفوقهم في أحد المجالات المذكورة في النموذج، أما المرحلة اللاحقة فتكون بإخضاع هؤلاء المرشحين لمجموعة من اختبارات (chek-list)، بعدها يخضع الناجحون في هذه الأخيرة لجملة من الاختبارات النموذجية التي ستحدد بدقة مجالات التفوق.

يشير Hiller الى أن فقط ما نسبته من 2-5% من المرشحين هي التي ستحصل على برامج رعاية المتفوقين. (Duha Aboud, 2008,28)

ويمثل المخطط أدناه كما أورده Hiller (2004) نموذج ميونيخ للموهبة والتفوق.

الفصل الرابع: المتفوقين



المخطط رقم 18: نموذج ميونيخ للتفوق والموهبة (Duha Aboud,2008,29)

تعتقد الباحثة أن النماذج الثلاث السابقة تشترك في جملة من العناصر وهي:

- ✓ الاعتماد على مقارنة تنوع الذكاء الإنساني.
- ✓ تميز بين القدرة التي يعبر عنها مستوى الذكاء وعن المهارة في ممارسة تلك القدرة من خلال مجالات حياتية.
- ✓ الالتزام بمحاولة الفصل بين الموهبة والتفوق.
- ✓ الفصل بين القدرة العالية والمهارة ذات المستوى العالي.
- ✓ إدراج المتغيرات الشخصية والبيئية في وضع النماذج.
- ✓ تعتمد كل النماذج على مفهوم التفاعلات بين مختلف المتغيرات التي يفترض أنها تعبر عن الموهبة ومختلف المتغيرات الشخصية والبيئية التي يفترض أنها تترجم التفوق، وهو ما يضيف مرونة على كل النماذج السابقة، حيث يمكن إضافة متغيرات مستجدة أو مغلقة.

6- المتفوقين والموهوبين بين الصحة والاضطراب:

بغض النظر عن الفروق بين الموهوبين والمتفوقين سنتناول فيما يلي خصائص هذه الفئة على أساس ما يشتركون فيه من قدرات عالية فكرية كانت أو أدائية أو غيرها في شتى المجالات، ولقد اتجهت أغلب الدراسات حول فئة الموهوبين والمتفوقين ذوي القدرات العقلية العالية حول طرق التعرف والآلية المعرفية التي تطبع معالجتهم للمعلومات وطرق التدريس و بدرجة أقل الدراسات حول النمو الاجتماعي والانفعالي والتي عادة ما نجدتها في المقاربات المرضية. (Amelie.C,2006,70)، ومع هذا تباينت نتائج الدراسات حول خصائص الموهوبين والمتفوقين، بل وفي بعض الأحيان جاءت على طرفي نقيض فنجد أن بعضها يؤكد أن هذه الفئة تتمتع بمستوى مرتفع من اللياقة البدنية والصحة الجسمية بوجه عام، في هذا السياق تحدث تيرمان في دراسته للأطفال فائقي القدرات عن خصائص جسمية محددة، كالوزن الكبير عند الولادة، المشي والكلام في وقت مبكر، البلوغ في وقت مبكر، الظهور المبكر للأسنان، زيادة في الطول والوزن واتساع الكتفين، القدرة الحركية العالية، درجة أقل من عيوب النطق و الأعراض العصبية وتغذية أعلى من المتوسط، كما توصل من خلال دراسته إلى أن الأطفال الذين يتمتعون بمستوى عقلي عال يفوقون أقرانهم في الطول بما يعادل (2-6سم) و في الوزن بين (2-5كغ)، كما تبين أنهم أكثر صحة وأقل عرضة للأمراض (مصطفى نوري، 2013،87) كل ما سبق كان عكس ما كان متداولاً بأنهم يعانون الضعف والهزال وقصر القامة والضعف البدني وصفات في مجملها غير حسنة، فقد كان يعتقد قديماً أن الموهوبين والمتفوقين يتصفون بضعف أجسامهم وانعزالهم وربما انطوائهم من الناحية الاجتماعية وعدم استقرارهم الانفعالي والعصبي، إلا أن الدراسات الحديثة كما ذكره (إبراهيم بن سلامة، 2012،10) ناقضت ذلك الاعتقاد حيث توصلت الدراسات إلى أن الموهوبين والمتفوقين يتصفون عكس ما قيل عنهم بالنشاط والحركة كما يتمتعون بصحة جيدة وبنية سليمة وليس معنى ذلك أن كل المتفوقين والموهوبين يتصفون بالقوة والنشاط لكن هذا في متوسطهم مع ملاحظة انه يوجد من الموهوبين من يتصف بالضعف الجسمي.

إن التناقض في تحديد طبيعة الخصائص البدنية العامة يبدو واضحاً، فهل سينطبق هذا التباين في نتائج الدراسات حول الجهاز العصبي لهذه الفئة؟ وللإجابة على هذا السؤال يجب أن نعرف انه يوجد في مخ الإنسان حوالي 100 مليار خلية عصبية ومن 1 إلى 100.000 مشبك في الخلايا العصبية، في المتوسط نجد 7000 تشعب /النيرون ومحور عصبي لكل نيرون وما بين 1000 و10000 ارتباط عصبي بين الخلايا العصبية و1000 رسالة عصبية/ ثانية أي ما يقدر بمئة مليون مليار من الرسائل العصبية /ثانية على مستوى المخ. تتشكل حوالي 250.000 خلية عصبية كل دقيقة خلال أشهر الحمل الأولى وحوالي 20 إلى 30 % من الارتباطات العصبية تتشكل عند الميلاد. مما سبق يمكن القول أن الجهاز العصبي وبالتحديد المخ هو نفسه لدى كل الأفراد وهو ما يشير إليه (Habib,2014) كما ورد في (Caroline Mann.k,2015,20) حيث

الفصل الرابع: المتفوقين

يعتقد أن مخ الموهوبين والمتفوقين لا يعمل بشكل مختلف عن مخ العاديين، إلا أن نتائج الفحص الإشعاعي الوظيفي أسفرت عن عدد من النقاط التي قدمت تفسيرات عن السبب وراء سرعة معالجتهم واستجابتهم للمثيرات، هذه المؤشرات تختلف عن تلك التي أكدت نتائج الأبحاث في العلوم العصبية على بدائية الاعتماد عليها لتحديد مدى نضج الجهاز العصبي والتنبؤ باحتمالات الإبداع المعرفي والذكاء بصفة عامة لدى المواليد والأطفال كقياس قطر الجمجمة وحجم الرأس (وإن كانت ضرورية) وإن كان بروكا يعتقد أن مستوى الذكاء مرتبط بحجم الأعضاء الدماغية (Marie.G,Catherine.R,2013,2)

وسنحاول فيما يلي استعراض بعضا من هذه المؤشرات:

- ✓ أن مخ المتفوقين والموهوبين يتميز بدرجة عالية من المرونة العصبية تجعل معالجته للمعلومات فعالة جدا.
- ✓ نوعية وكثافة النوم لدى الموهوبين والمتفوقين خاصة نوع: نوم حركة العين السريعة Rapid-Eye Movement (REM) والذي يعتقد انه مرتفع وهو السبب وراء سهولة تخزين المعلومات على مستوى الذاكرة الطويلة لديهم. (مسعد شتيوي، 2003، ص139)
- ✓ أظهرت نتائج قياس النشاط الكهربائي (EEG) أن الريتم الفا المقاس لدى المتفوقين والموهوبين هو اقل من ذلك الذي نجده لدى العاديين.
- ✓ ارتفاع نشاط السيالة العصبية في القشرة المخية بشكل ملحوظ لدى الموهوبين والمتفوقين مقارنة بالعاديين خاصة أثناء عملية المعالجة المعرفية للمعلومات، وتشير الدراسات إلى انه حتى في حالة غياب أي نشاط أو ما يعرف بحالة الراحة المعرفية فانه يلاحظ نشاطا معتبرا واتصالات عصبية نشيطة داخل الفص الجبهي وبين هذا الأخير والفص الصدغي.
- ✓ استهلاك الجلوكوز يكون أقل في حالة ETP Témographie par émission de position عندما يقوم الموهوبين والمتفوقين بأي نشاط لفظي أو غير لفظي، إلا إن هذه النتيجة تناقضت مع نتائج دراسات أخرى تؤكد على أن هذه الفئة هي الأكثر استهلاكا للطاقة العصبية والأكثر عرضة للتعب العصبي. (بن قونية عبد الوهاب، 2015، ص2)
- ✓ يتمتع مخ الموهوب بما يعرف بحالة تساوي الطاقة (équipotentialite) والتي يقصد بها حالة الاستثارة والنشاط المتزامن لكلا الفصيين المخيين الأيمن (المسئول عن: المعالجة المتعاقبة، المعالجة اللفظية، التحليل، التفكير المنطقي، التبرير) والأيسر (المسئول عن: المعالجة المتزامنة، وغير اللفظية، الحدس، الإبداع، التفكير التشعبي) وهو ما يفسر فعالية المعالجة العامة للمعلومات. إلا أن دراسة فرنسية (2010) توصلت إلى زيادة معتبرة في نشاط النصف الأيمن وهو ما قد يفسر حالات الضعف والصعوبة في

التحصيل الأكاديمي لدى هذه الفئة بسبب عدم تجانس المعالجة التي يفترض أن تكون متزامنة وتستثمر فيها نفس كمية الطاقة العصبية. (Caroline Mann.k,2015,2)

✓ منذ أعمال جالتون لوحظ أن مدة الاستجابة هي أحد طرق تحديد مستوى الذكاء وذلك من خلال تقييم سرعة التدفق العصبي ومن خلال تقييم كمية المادة البيضاء (الميلين)، كما توصل حديثا Thompson وزملاؤه (2001) إلى أن هناك تأثيرا جينيا على المادة الرمادية خاصة في منطقة بروكا وفرنيكي والباحات الجبهية ووضعوا فرضية مفادها ارتباط كمية المادة الرمادية في هذه المناطق من الجهاز العصبي ومستوى الذكاء، نفس الافتراض أكده Posthuma وفريق عمله من خلال عملهم على عينة من التوائم الحقيقية وغير حقيقية (monozygotes , hétérozygotes) وأكدوا الارتباط القوي بين مظاهر التفوق المختلفة وعلى رأسها مستوى الذكاء وكمية المادة الرمادية والبيضاء. (مصطفى نوري، 2013، 86)

أما دراسات الشخصية و الميول فقد أشار (محمد بن عبد العزيز، نوف بنت عبد العزيز، 2015، ص4) إلى أنها توصلت إلى أن هناك تفاوت وربما تضارب في النتائج التي توصل إليها العلماء، فأبحاث درغول وكاتل أشارت إلى أن المتفوق شخص ذكي مسيطر يميل إلى المخاطرة و اقتحام المجهول، كما يميل إلى الانطواء وهو مكثف ذاتيا، متوتر لا يحب المخالطة أو إنشاء علاقات اجتماعية مع غيره مكتئب إلى حد ما، أما الدراسة التي أجراها عبد الغفار، فأظهرت صورة مخالفة، إذ تبين أنه شخص مرح سريع النكتة حاضر البديهة اجتماعي سهل المعاشرة والتكيف متعاون صريح يمكن الاعتماد عليه و الثقة به وهو سعيد بنفسه وحياته يعبر عن نفسه بسهولة وهو ما يتسق مع أبحاث لويس تيرمان التي أجراها على المتفوقين عقليا، فأظهرت بان هؤلاء أكثر تكاملا في شخصياتهم وأكثر صحة واتزاناً من الناحية الانفعالية عن زملائهم العاديين واتجاهاتهم الاجتماعية أكثر سلامة وأقل نزوعا إلى المفاخرة والمباهاة من العاديين رغم تفوقهم وتميزهم في معظم النواحي، أما الدراسة التي أجراها لاتفوت والتي قارن فيها بين الصفات الشخصية لمجموعتين الأولى من المتفوقين والثانية من العاديين فوجد أن مجموعة المتفوقين تتميز عن مجموعة العاديين بالقيادة والمبادرة في النشاط الاجتماعي والثقة بالنفس وحب الاستطلاع والشجاعة والاعتماد على النفس والثبات الانفعالي، هذا الأخير لم تؤيد توفره كل الأبحاث إذ يشير Lonenstein كما ورد في (J.H, Zenasni.F.F, Guignard 2004,302) إلى أن هناك جملة من الاضطرابات الانفعالية التي تظهر لدى الأطفال المتفوقين والموهوبين ومن بينها عدم الاستقرار الانفعالي الذي يرجع في الأصل إلى عدم أو على الأقل صعوبة تكيفهم مع النظام التربوي بالإضافة إلى كمية ونوعية التجارب الانفعالية التي يعيشونها. وفي هذا الصدد أشار (1985) Janos و Robinson إلى أن 20 الى 25 % من المتفوقين والموهوبين يعانون من صعوبات انفعالية واجتماعية، مشيرا إلى أن نتائج ستون سنة من الدراسات وقفت على حالة الحصر الشديد التي تواجه بها هذه الفئة قلقهم، احباطاتهم، والتي تعود على الأرجح إلى حالة الكثافة الانفعالية حيث يميل الموهوب والمتفوق إلى معايشة الانفعالات بشدة كعرض لسوء معالجته للمعلومات الانفعالية، وغيره من الصعوبات التي تمس

الفصل الرابع: المتفوقين

الخصائص الانفعالية الأربعة المتفق عليها وهي: المهارات الانفعالية، الأنماط الانفعالية، السمات الانفعالية والخصوصية الانفعالية (Zenasni and all, 2003, 20)، والتي تتم عن تراجع مستوى الذكاء الانفعالي من جهة وحالة اللاتزامن التي أشار إليها P.Debroux و F.Percelle.

ويقصد باللاتزامن، التفاوت الحاصل في مختلف مجالات النمو ويشار إليه في بعض المراجع بتعدد الأعمار (multi-âges) وهو نوعان:

اللاتزامن الداخلي: وينتج عن عدم تجانس النمو المعرفي والإبكار الفكري مع النمو النفسي حركي، حيث يكون النمو النفسي حركي متوافق مع العمر الحقيقي الذي هو أقل من العمر العقلي، ففي الكثير من الحالات يكون المتفوقين والموهوبين ضحية عسر الكتابة والرسم وهذا بسبب عدم تجانس كثافة وسرعة الأفكار مع سرعة حركة اليدين، وهو ما يجعلهم عرضة لإحباط شديد فهم كما يقول (Siaud-Facchin, 2002) الوارد في (Malika .A, Justine.F, 2010, 15): "هم أطفال محبطون لأنهم يفكرون أسرع مما يكتبون".

اللاتزامن الخارجي: يسببه دائما حالة الإبكار المعرفي والتي تجعله غير قادر على الاستقرار والاندماج خاصة في المدارس العادية فهو يشعر بسوء الحال (un mal être) فيها، لان النظام الدراسي لا يسمح له بالخروج من القالب العام المحدد مسبقا والموجه لعامة التلاميذ وهو ما يجعله يعيش إحباطا شديدا قد لا يقوى على التعامل معه، خاصة في بعض الحالات التي يساء فيها تفسير كثرة حركته وقلة انتباهه وضعف تركيزه (كتعبير عن مله) والتي قد تصل إلى افتراض إصابته باضطراب فرط النشاط وغيرها من الاضطرابات المصاحبة. (Caroline Maan.K , 2015, 53)

مئة سنة بعد تيرمان قام P.Debroux و F.Percelle بدراسة على عينة من 94 موهوب بلجيكي وتوصل الباحثان إلى أن كل العينة تعاني بشدة، حيث أن نظامهم الانفعالي بالكاد يقوى على تحمل الاحباطات، ما يجعل الأعراض الاكتئابية سائدة بقوة، بل وتظهر حتى بعض المحاولات الانتحارية وإن كانت قليلة ويؤكد الباحثان أنها ترجع بالدرجة الأولى حالة اللاتزامن (المفصل فيها سابقا) بين مستويات النضج المختلفة (النضج الانفعالي أقل من النضج المعرفي الذي هو أكبر من النضج الاجتماعي) والتي فصل فيها Terasier.J.c(1981) في كتابه "les enfants surdous ou la précocité embarrassante" بالإضافة إلى حالة الهوس بالإنتاج الإبداعي.

رأى Roeper منذ الثمانينات من خلال دراساته للموهوبين والمتفوقين أنهم لا يختلفون عن العاديين فقط في إدراكهم وفهمهم وطريقة معالجتهم المعرفية للمثيرات المختلفة بل يكمن اختلافهم كذلك في إحساسهم بالوضعيات والمثيرات المختلفة وطريقة معالجتهم للمعلومات الانفعالية وتوصل إلى فرز ست بروفيلات، ما

الفصل الرابع: المتفوقين

هي في الواقع سوى انعكاسات لصورتهم عن ذواتهم "على حد تعبيره" وهي: المثالي، الطفل -الراشد، الفائز في المسابقة، الاستثنائي، الناقد لذاته والمندمج. (Guignard.J.H ,Zenasni.F.F,2004,313).

إن طبيعة هذه البروفيلات تجعل من أصحابها عرضة للمزيد من الاحباطات وحالات الكدر وهذا بسبب ما تستنزفه من طاقة نفسية وعصبية فعلى سبيل المثال قد تعطل حالة الزهو التي عادة ما ترافق بروفيل الفائز بالمسابقة إمكانية ربطه لعلاقات أو تدخله في صراعات أو تجعله متمسكا بحالة التفوق والتربع على القمة وبهذا تنقلص فرص استمتاعه بالحياة والأمر لن يكون أحسن لدى بروفيل الطفل -الراشد الذي لن تسعفه خبراته في التمتع ضمن دائرة الراشدين وإن كانت قدراته العقلية مرتفعة، هذه الأخيرة التي ستشكل في الوقت ذاته حجر عثرة أمام اندماجه مع أطفال أقصى ما يميزهم خبراتهم البسيطة، وهكذا تتحول نعمة الموهبة والتفوق إلى عوامل مضرة بالصحة خاصة في حال لم يتم التكفل بها بالشكل الملائم وفي الوقت المناسب.

أما على المستوى المعرفي فيتميز الموهوبين والمتفوقين بقابلية للتعلم وقوة التفكير والتميز والاكتشاف السريع والقدرة على التحليل والتفسير والاستنتاج والتنظيم والاكتشاف السريع للمعلومة والمعرفة.

كما تتسم هذه الفئة بالقدرة العقلية العالية فهم يتربعون على قمة السلم الهرمي في إجاباته على اختبارات الذكاء واختبارات التفكير الإبداعي بسبب ما يمتلكونه من قدرة على أداء الأعمال بكفاءة عالية وذلك بما تمتلكه من مهارات متميزة تنبئ بتحقيق انجازات عظيمة مستقبلا وبما تمتلكه من طاقة وحيوية هائلة يسخرها للسيطرة على الأشياء، ناهيك عن القدرة العالية على الفهم والإدراك في تصور العلاقات بمختلف مستوياتها كالعلاقة الزمانية والمكانية وتلك الموجودة بين الأشياء والأفكار والوقائع ويظهر مرونة في التفكير في إنتاج البدائل الجديدة والحلول التي تتصف بالجدية والأصالة والحدثة، فهم يتعلمون عن طريق الاكتشاف ويرفضون أساليب الحفظ والتقليد (Amélie Cxourtinat-Camps ,and all,2006,318)

ويحافظون على مستوى مرتفع من الاستقلالية والثقة بالنفس إلى درجة المخاطرة والمغامرة في القيام بالمهام الصعبة وفي تناول الأشياء وتجربتها وتلعب دافعية الموهوب المتزايدة دورا في رغبته في التعلم وفي الاكتشاف والفضول المعرفي في فهم كثير الأسئلة والتساؤل مما يسبب الإزعاج والقلق لوالديه ومعلميه في أحيان كثيرة. (Malika .A,Justine.F,2010,15)

ويساهم فرط حساسيتهم للمشكلات الاجتماعية والمواقف التعليمية فرصة لتقوية ميلهم إلى اكتشاف التناقض في المواقف وإظهار العناصر المفقودة في حل المشكلات.(Muller .N, Kurry.A,2013,22)، ويدعم ذلك تميزهم بحب الاستطلاع والواقعية للمعرفة وتنوع الاهتمامات والرؤية الثاقبة لتحليل الأشياء الصعبة والقدرة على المتابعة التفصيلية للأحداث والرغبة الجامحة في معرفة الأشياء، قوة الملاحظة والرغبة في تجريب

الأشياء غير المألوفة والاهتمام بحل المشكلات وحب النظام. ويتميز بالمهارة اللفظية والاهتمام بالقراءة والاطلاع وطرح الأسئلة، التفكير الناقد، قوة التركيز والمثابرة والحس المرهف ومع هذا يعاني الموهوبون والمتفوقون من مشكلات انفعالية ترتبط بتدني تقدير الذات والذي يبدوا بمثابة نواة ومصدر لمعظم المشكلات السلوكية، فنجدهم يكرسون استراتيجيات التجنب الدفاعي مع الواجبات المدرسية التي تضعهم تحت التهديد والضغط النفسي الشديد وهذا من خلال التقليل من أهمية النجاح في المدرسة، وكذا تدني مستوى الضبط الذاتي وعدم وضوح العلاقة بين الجهد والنتيجة، بالإضافة إلى ممارسة عادات دراسية رديئة وعدم إتقان المهارات عمدا وعدم التركيز والانضباط بالمدرسة وهو ما يجعلهم متدنيي التحصيل الدراسي (سليمان عبد الرحمن، 2008، ص 19).

وفي هذا السياق أوضحت هيوكس (Heacox, 1991) في كتابها النهوض من التدني في التحصيل بأنه "في أي مكان 5 إلى 50% من الطلبة ممن تم تحديدهم بأنهم موهوبون هم أيضا من ذوي التحصيل المتدني"، كما ذكرت بأنها تحققت من أن ذوي التحصيل المتدني يريدون أن تكون المدرسة مختلفة وبعضهم يغضب، الآخر يتألم وتقريبا كلهم لديهم مشاعر سلبية عن أنفسهم ولكن لديهم الرغبة في أن يكونوا ناجحين في المدرسة لكنهم ببساطة لا يعرفون كيف يتم ذلك. (وفاء مسند، 2015، ص 6).

أما فيما يتعلق بخصائصهم الاجتماعية فتشير نتائج بعض الدراسات إلى أنهم أكثر انفتاحا وأكثر نقدا لما يجري حولهم وأكثر التزاما بالمهمات التي توكل إليهم وأكثر واقعية في أدائها وأكثر حساسية لمشاعر الآخرين، وبالرغم من كونهم متسامحين، حيويين ويتميزون بطلاقة لفظية ممتازة، إلا أنهم، شديدي الحساسية و شديدي الاهتمام بالوقت، ويعيشون حالة من الألم تستدعي إحاطتهم بالكثير من المساندة الاجتماعية، هذه الأخيرة التي ترى (Isabelle.J, 2006, 55) أن ضعفها أو غيابها يساهم في تفاقم حالة الهشاشة النفسوانفعالية خاصة لدى المتفوقين و الموهوبين الذين يتصفون باستجابات انفعالية شديدة وحاجة ملحة للعزلة والذين عادة ما يصدر عليهم المجتمع أوصافا ك: متطلبين، متعبين، متسلطين، وذوو سلوكيات غير مستقرة.

ودائما في السياق الاجتماعي تبرر نتائج الدراسات وضعية الصراع الدائم التي يعيشها المتفوقين والموهوبين مع كل الأنظمة خاصة تلك التي يسودها جو الاحتكار والقوة، بحالة الابتكار المعرفي التي تجعلهم غير قادرين على الشعور بالانتماء لأقرانهم ولا لمجتمع الراشدين وعلى رأس هذه الأنظمة المدرسة التي يشعر فيها بالضجر والإحباط لأن سرعة تدفق المعلومات فيها لاتجاري ولا تشبع متطلباته وحاجاته المعرفية. (Cindy,D.and all, 129-130)

يعترف الكثير من الأخصائيين إلى ارتفاع احتمالات تطور الخصائص السلبية السابقة إلى خصائص مرضية تمس كل مجالات صحتهم فيرى G.Prat أن الأعراض العصابية تنتشر أكثر لدى الموهوبين والمتفوقين مقارنة بالأطفال العاديين، كما أنه يعتقد أن المستوى المرتفع من الذكاء الذي يتمتع به هؤلاء هو الذي يعجل

الفصل الرابع: المتفوقين

من إنتاج الأعراض الاكتئابية لمواجهة الحصر والقلق الدائم الذي تتسبب فيها حالة الإبداع المعرفي واللاتوازن وعدم التكيف البيئي وما يصاحبها من احباطات.

كما تشير L.Roux Du Ffort الى أن نسبة معتبرة من الأطفال المتفوقين المراجعين لمصحات الطب العقلي يعانون من اضطراب الوسواس القهري، أما S.Lebavici فيذهب إلى ما هو أسوأ من مجرد الاضطرابات العصبية إلى احتمالات الإصابة بالأمراض الذهانية وأضاف فرضية التنبيه لاحتمالات الإصابة بالذهانات خاصة لدى من يمتلكون الخصائص التالية : المعرفة الموسوعاتية الكبيرة، التعلم الذاتي، السلوكات القهرية، حالة القلق غير المبرر (غير الواقعي) المرافقة للتحصيل الأكاديمي المنخفض والاضطرابات السلوكية الخطيرة (السرقه، السلوكات المضادة للمجتمع، السلوكات العظامية، وبعض الأعراض الحدية... الخ) .

مما سبق يظهر ذلك التآرجح بين الصحة الجيدة والمرض/الاضطراب في كل أبعادهم (الجسدي، الاجتماعي والنفسي)

7-التفوق والسلوك الغذائي:

يرى كل من أرنولد وسيبوتونيك (2000) أن الدراسات حول المتفوقين والموهوبين منذ أعمال جالتون (1869)، اهتمت على وجه الخصوص بعلاقة هذه الفئة مع المدرسة وذلك من خلال البحث في نقطتين أساسيتين غالبا ما يثيرهما الأولياء والمعلمين وهما:

- ✓ المفارقة بين كون هذه الفئة المتميزة تعاني صعوبات تحصيلية أكاديمية رغم قدراتهم الفكرية العالية.
- ✓ طرق تكييف البرامج المدرسية بما يتوافق مع متطلبات هذه الفئة و التي عادة ما تفوق بكثير مستوى البرامج التي توفرها المدرسة (Pereira.F, 2006,43)، تلتها موجة جديدة من الأبحاث ركزت بدرجة كبيرة على طرق الاكتشاف والتعرف من جهة وعلى الآلية المعرفية التي تتمتع بها هذه الفئة من أجل تكييف طرق التدريس، وبدرجة أقل الأبحاث حول النمو الاجتماعي والانفعالي والتي عادة ما كانت مواضيع في الدراسات ذات المقاربات المرضية (Ameli.C ,Myriam.L, 2006,7)

تبدو النمطية في البحوث المتعلقة بهذه الفئة واضحة، وهو ما لمستته الباحثة من خلال تفحصها لعدد لا بأس به من المقالات العلمية، حيث كان التركيز بشدة على طرق وأساليب الكشف، طرق التكفل التربوي والأكاديمي، أما باقي المواضيع كتلك المرتبطة بمجال الصحة أو التغذية فلم توجه بشكل موسع لهذه الفئة على وجه الخصوص بالرغم من غزارة تناولها بشكل عام لدى عينات ذات خصائص مرضية أو نمائية محددة كما هو الحال لدى عينات المرضى أو الأطفال والمراهقين أو الشيوخ وغيرهم.

7-1 التغذية وأثرها على مهارات المخ:

لا طالما سمعنا جملا تحفيزية من أبائنا وأمهاتنا لتناول أطعمة معينة ك: "كل التمر سيساعدك على التركيز" أو "لا تنسى تناول كبسولات الاوميغا 3 قبل الذهاب إلى المدرسة" أو لا تكثر من السكاكر ستجعلك غيبيا" أو "لا أدري كيف ستركز وتستوعب دون غذاء" وغيرها.

تبدوا هذه العبارات المتكررة على أسماعنا صحيحة وحقيقية وإن كانت لا تصدر من أخصائيين، هؤلاء طرحوا للبحث العلمي جملة من التساؤلات ليحصلوا على إجابات حول طبيعة العلاقة بين الغذاء، المخ والذكاء ومن أمثلة تلك الأسئلة نذكر: كيف يواصل المخ أداء مهامه (التفكير، التحكم في أجهزة الجسم وغيرها) حتى في حالات الجوع أو سوء التغذية؟ كيف يمكن للغذاء أن يؤثر في معدلات الذكاء وبالتالي القدرات الفكرية والمهارات المختلفة.

في الواقع تحتاج الخلايا العصبية التزود بالكميات المناسبة من المغذيات، خاصة وأن الجهاز العصبي الذي تشكله هو من يتحكم ويسيطر على أجهزة العضوية، ولذا اعتقد العلماء في يوم ما أن المخ يأخذ حاجته من الغذاء بصرف النظر عن احتياجات الأعضاء الأخرى، وسبب هذا الاعتقاد أن الإنسان يظل قادرا على التفكير والتصرف حتى لو كان جائعا أو يعاني من سوء تغذية، ما عدا في حالات المرض الخطير والجوع الشديد المزمن.

وقد اتضح فيما بعد أن المخ يتأثر بما يأكله الإنسان، لكنه تغذيته تخضع لخاصية الاختيارية (اختيار الأغذية التي تدخل المخ من تيار الدم). ويعتبر هذا الميكانيزم بالضرورة بمكان لحماية المخ من المواد الضارة التي قد تنتقل عبر الدم والسؤال المطروح الآن هو كيف تحدث هذه الاختيارية؟ وهو ما سنجد إجابة عليه في الفقرة الموالية.

7-1-1 حاجز الدم الدفاعي: يحيط بالمخ شبكة من الأوعية والشعيرات الدموية، يصل طولها إلى حوالي 400 ميل، تحمل إليه المواد الغذائية والأكسجين وتزيل منه المخلفات والحرارة الزائدة، حيث لا تسمح هذه الشبكة المتناسكة والمترابطة بمرور أي شيء تقريبا بسوى ما يحتاجه المخ، ولذا أطلق اسم حاجز الدم على هذه المنطقة **Blood Brain Barrier** وتختصر (**BBB**)، وتتمثل وظيفة هذه المنطقة في حماية المخ من السموم والتغيرات الكيميائية السريعة التي تحدث في الدم.

إن هذه الوظيفة أشبه بإشارة المرور البرتقالية التي تحذر من تغلغل بعض المواد الخطيرة إلى المخ، لكنها لا تمنعها تماما وهو ما يفسر بعض حالات الخلل التي تصيب المخ جراء نفاذ بعض المواد السامة إليه.

يشكل **BBB** حاجزين متداخلين: الأول يتكون من الشعيرات الدموية لبقشرة المخ والتي تختلف عن غيرها في أي مكان آخر بالجسم، فهي ليست سائبة بل مترابطة ومنتاسكة ولا تحوي ثقبوا (Split Pores) بحيث لا تسمح بمرور أي شيء إلى المخ إلا عن طريق ما يعرف **بالنقل النشط** (Active Transport) الذي يحتاج إلى طاقة وإلى جزيئات بروتينية تسمى حوامل (Carriers) وليس مجرد مرور عبر الثقب.

أما الحاجز الثاني فيحيط بالشعيرات الدموية الموجودة بالمخ و يتكون من خلايا دعامية تسمى Neuroglia أو Glial Cells وهي النوع الثاني من الخلايا الموجودة (خلاف النيرونات) ويفوق عددها عشرة أضعاف النيرونات، هذه الخلايا تعترض السموم و تمنع دخولها من الدم إلى المخ، كما أنها تقوم بتنظيم مرور المواد الغذائية إلى المخ. (مسعد شتيوي، 2003، 132-134)

7-1-2 المخ بين عوامل الخطر والحماية الغذائية: وزن الدماغ 2% من وزن الجسم، يستهلك الدماغ 20% من وزن الطاقة و 20% من الأوكسجين الوارد إلى الجسم ويصل الدماغ الذي يتكون من 100 بليون خلية عصبية 8 جالونات من الدم في الساعة، ومع هذا لا يستخدم الإنسان إلا جزءا بسيطا من طاقتنا الدماغية بما يعادل 1/100.

يعتبر الدماغ نظام حي يبحث عن البقاء وحماية نفسه، كما انه ينمو ويتطور ويتكيف مع بيئته ويمتلك هذا النظام وقاية و قدرة سريعة على التعافي حيث يمكن أن يستوعب مؤثرات قوية، 'فالعقل والجسم مترابطان و يؤثران و يتأثران ببعضهما'. (مصطفى نوري، 2013، 52).

لعل أسوأ ما قد يواجهه المخ هو زيادة عوامل الإجهاد والضغط النفسي، وما يصاحبه من وضعيات الإحباط، الكدر والقلق التي من شأنها خفض كفاءة الجهاز العصبي على استقبال المعلومات من البيئة ومعالجتها بالشكل الأمثل، وهذا لأنها تساهم بشكل كبير في زيادة نفاذية الشعيرات الدموية الدماغية وتراجع أداء الحواجز الدماغية ما يسمح بمرور الكثير من المواد الكيميائية إلى المخ، وتعتبر المعادن الثقيلة أحد أشكال المواد الكيميائية السامة التي قد تنفذ إلى المخ، حيث أكد كلود روليو Claud Relieu على إمكانية ترسب معادن ثقيلة كالزئبق، الكاديوم، الرصاص والمبيدات الحشرية في المخ، متخطية حاجز الدم الدماغية بعد نفاذها عبر الأعصاب الحسية (كالأعصاب الشمية)، وأكد أن احتمالات ارتفاع ترسب هذه المواد السامة ترتفع مع ارتفاع حالة الضغط والقلق.

ليست المعادن الثقيلة فقط هي من تشكل خطورة على الدماغ، بل حتى ما نعتبره غذاء قد يتحول إلى عامل خطر في حال نقصانه أو زيادته، فعلى سبيل المثال فسرت نتائج بعض الدراسات العلاقة بين ما نتناوله وبين حالات العدوانية والضغط النفسي والإحباط وكلها عوامل مثبطة للإنتاج الفكري الجيد، من خلال نسبة

توفر مضادات الأكسدة التي تحويها الخضر والفواكه داكنة اللون، فحسب دراسة تومي تولمونان Tolmunen بقسم الطب النفسي لجامعة كيويو Kuopio بفنلندا، والتي أكدت أن نقص أو انعدام الاستفادة من حمض الفوليك الموجود بالخضر والفواكه كالقريبط، السبانخ و الأفوكادوا والذي توفره كذلك الحبوب الجافة كالعدس والفاصولياء والفول يرفع من مستويات القلق، الإحباط (فاطمة الزهراء مرياح، أمنة ياسين، محمد حديين 2017، 175،

والأمر لا يخلو من الخطورة بالنسبة للمخ إذا ما انخفضت نسبة جلوكوز الدم إلى 20مغ/100ملل أو أقل، حيث يصاب الإنسان بغيوبة وتحدث تغيرات خطيرة في وظيفة المخ وربما بطريقة مستديمة يصعب معالجتها، ذلك لأن المخ يستهلك 30% من السعرات الحرارية التي يستهلكها الفرد يوميا (90كيلوكالوري/ساعة في حالة العمل الفكري)، كما انه أي المخ لا يحتوي إلا على القليل من الجلوكوجين لذا فهو بحاجة ماسة إلى الجلوكوز الواصل إليه عن طريق الدم باعتباره من الكربوهيدرات عالية الجودة ووقود سريع وسهل الاحتراق، خاصة وأن المخ يستعمل 20% من الأكسجين الذي يستهلكه الفرد في توليد الطاقة، وهذه تعتبر كمية كبيرة إذا ما قارنا حجم المخ بالنسبة للجسم، و هو ما يفسر تلف وموت مناطق في المخ في حالة نقص الأكسجين فيه كما يحدث في الجلطة الدماغية (Stroke). (Brown ,1998, 9–10)

إن المقدار الكبير من الأكسجين الذي يستخدمه المخ يزيد كذلك من خطر الشوارد الحرة (الجنور الحرة) التي تهاجم الخلايا وتحطمها، مما يؤدي إلى الفقد التدريجي في الذاكرة والتفكير بتقدم العمر، إلا انه ولحسن الحظ تحتوي أغذيتنا على الكثير من مضادات الأكسدة كالفيتامين E,C والبيتاكاروتين وبعض الكيماويات النباتية ك phytochemicals والإنزيمات ك مساعد الأنزيم (Co-enzyme Q10) الذي يوفره غذائنا والذي لا يمكن لأجسامنا الاستغناء عنه لأنه يلعب دورا هاما في تحويل الغذاء إلى طاقة و لذا توفره جد مهم خاصة بالنسبة للمخ بسبب حاجاته المرتفعة للطاقة ، ولقد اتضح أن هذا الأنزيم يخفض من أعراض الزهايمر وهو دليل على أن توفره يساعد في الحفاظ على لياقة المخ و بالتالي مستوى التركيز، سعة الذاكرة و التفكير السليم (مسعد شتيوي ،151،2003).

تجدر الإشارة إلى أنه وبالرغم من عدم إمكانية المخ بناء خلايا جديدة أو تجديد الخلايا التالفة، إلا أنه في حاجة دائمة إلى الطاقة والأحماض الأمينية لتصنيع البروتينات التي تدخل في بناء النواقل العصبية والشعيرات الدموية، ويعتبر كل حمض الجلوتاميك والأسبارتيك من أهم الأحماض الأمينية التي يتم استهلاكها أثناء النشاط الفكري ولا يستطيع المخ استعمالها إلا بوجود فيتامين B6 (الذي يوفره بنسب متساوية البيض، العدس، حبوب الصويا، الفستق... الخ).

الفصل الرابع: المتفوقين

ولقد اكتشف العلماء أن اتحاد الجلوكوز مع الجلاكتوز، مكونا اللاكتوز، والذي يعتبر الحليب الغذاء الوحيد الذي يوفره في الطبيعة، من العناصر الغذائية المهمة للإنسان والمخ على وجه الخصوص خاصة في مراحل الطفولة المبكرة، حيث رجّح العلماء وجود علاقة طردية بين نسبة اللاكتوز في الحليب وحجم المخ بالنسبة لوزن الجسم، ولقد وضع العلماء جملة من الافتراضات حول أهمية الحليب وخاصة حليب الأم (الرضاعة الطبيعية) للمخ نذكر منها:

✓ نسبة 70% من نمو المخ يحدث في أولى سنتين من عمر الإنسان، أين يكون تكاثر الخلايا العصبية في أوجّه.

✓ أن اللاكتوز الذي يوفره الحليب يحتوي على الجلاكتوز الذي يدخل في تركيب الجلاكتوسربروسيدات التي تدخل في تركيب أغشية خلايا المخ. A. Bocquet وزملاؤه (2003).

✓ يحتوي الحليب على حمض يسمى (DHEA Doccosa-Hexa-Enoic Acid) وهو احد الأحماض الأمينية طويلة السلسلة وغير المشبعة من النوع أوميغا3 وهو مهم بالإضافة إلى الكوليسترول والكالسيوم الذي يوفره ذات الحليب لنمو وتطور النسيج العصبي في المخ، كما أنه يوفر الأحماض الدهنية التي تدخل في تركيب أغشية خلايا المخ والأغلفة التي تحيط بالخلايا العصبية.

إنّ كل ما سبق الإشارة إليه سابقا يبرر إلى حد كبير، نتيجة الأبحاث التي تؤكد على أن الأطفال الذين حضوا برضاعة طبيعية قد حققوا معامل ذكاء (IQ) أعلى بمقدار 7 إلى 10 درجات مقارنة بالأطفال الذين كانت رضاعتهم اصطناعية.

لقد اعتقد العلماء ولفترة طويلة أن الدهون الغذائية ليس لديها تأثير يذكر على المخ ووظيفته ، ولكن الأبحاث الحديثة أثبتت أن الأحماض الدهنية تؤثر على المخ منذ الحياة الجنينية إلى الشباب والشيخوخة، وأن هناك أحماض دهنية أساسية كـ DHEA الذي يصنعه الجسم لحسن الحظ والذي يتميز بتأثير فعال على الذاكرة والحالة المزاجية، ونذكر كذلك حمض EFA (Linoleic لينولييك و ألفا-لينولينيك α -Linolenic) المهم في تصنيع مركبات هامة والذي لا يمكن الحصول عليه إلا من خلال الغذاء، وتبقى القائمة طويلة لكن تجدر الإشارة إلى أنه وبالرغم من أهمية الدهون والزيوت للمخ إلا أن التعامل معها يخضع لشروط أساسية وهي: مراعاة كمية الدهون المستهلكة، التوازن بين الأحماض الدهنية المشبعة، الغير مشبعة، 3-التوازن بين أنواع أوميغا 3، أوميغا 6 فالنسبة بينهما تتراوح بين 1:1 وتصل إلى 3:1 ([www.youtub.com/watch?H-. 3:1](http://www.youtub.com/watch?H-.))

etkYBfiE&feature=share)

الفصل الرابع: المتفوقين

يوصي العلماء بتناول الطعام الغني باللاوميغا3 الذي توفره الأسماك الزيتية و ذلك، لتعزيز تدفق الدم إلى الدماغ وتحسين أدائه أثناء المهام العقلية، كما أنه يساهم في تحسين أوقات رد الفعل، وكذلك الحد من مستويات التعب في الدماغ بعد أداء المهام الصعبة.

تحتوي أغذيتنا كذلك على العناصر المعدنية والتي لا يقل توفرها أهمية عن المواد سابقة الذكر، فعنصر كالسيوم الموجود بهيموغلوبين الدم هو من يحمل الأكسجين إلى المخ على غرار الأعضاء الأخرى وهو ما يفسر حالة الإعياء الفكري، تراجع الإدراك الذي نجده عند المصابين بالأنيميا (فقر الدم).

إن سلامة الجهاز العصبي تعتمد كثيرا على اتحاد الفيتامين "B" وعنصر المنغنيز وكذا مع عنصر الزنك الذي توفره فاكهة الأفوكادوا، السلطة الخضراء، البيض، الحبوب الكاملة، المكسرات، الأغذية البحرية، أما السيلينيوم وهو من مضادات الأكسدة المهمة للحفاظ على الجسم وبالأخص الجهاز العصبي من السموم فيشكل اتحاده مع الفيتامين "E" درع وقاية مهم بالرغم من توفره بكميات ضئيلة في الجسم.

وكما يعتبر اليود الذي توفره الأغذية البحرية، من العناصر المهمة في تطور ونمو الجهاز العصبي لأنه يدخل في تركيب هرمون الغدة الدرقية (الثيروكسين) والذي وجد أن نقصه يسبب البلادة والتخلف العقلي لدى الأطفال.

كما تؤثر بعض الأغذية والمشروبات على أداء الجهاز العصبي ووظائفه، ففنجان القهوة يساعد على التفكير والعمل بكفاءة أكثر لكن الإكثار منها يحدث العكس تماماً، ويؤدي إلى ضحالة التفكير والتوتر العصبي.

أما الكحول يقلل الاستفادة من بعض الفيتامينات ويخرب الذاكرة، ولقد أثبتت دراسة كندية انخفاض قدرة عينة بـ 30% عن حل مشكلة منطقية تعلموا حلها يوم قبل تناولهم الكحول مقارنة بعينة لم تتناول الكحول.

ولقد أثبتت بعض الدراسات السريرية أن بعض الأعشاب مثل الجنكو والجنسنج والجوتوكولا تساعد على تحسين القدرات الذهنية مثل التركيز وزيادة اليقظة وحسن التصرف وأحيانا يضاف إليها الذكاء.

إن ما سبق الإشارة إليه من معلومات حول تأثير مختلف العناصر الغذائية على فعالية أداء المخ والذكاء، يوثق بشكل علمي النصائح التي يتلقاها المتعلمين حول ضرورة الاهتمام بنوعية غذائهم والتي عادة ما يقابلونها بالتامل واللامبالاة لأنها على الأغلب تسبب لهم الشعور بالتحكم وبالتالي بالانزعاج.

خلاصة

يبدو لي من خلال ما تم تقديمه في هذا الفصل، أن الاهتمام بفئة فائقي القدرات العقلية، يجب أن يبدأ في وقت مبكر من الحياة، لان التعاطي مع هذه القدرات هو أشبه بالعمل على نحت قطعة جليد، قبل أن تذوب بفعل الحرارة، وإن كان ما سيعرض هذه القدرات للذوبان هو مزيج من المخاطر التي تبدأ من الأسرة، المدرسة والمجتمع.

في تقديري يجب أن تتوفر مجموعة من الشروط العضوية، النفسية والاجتماعية من اجل حماية وتطوير العقول مهما كان مستوى القدرات التي تحملها، فعندما تبدأ العناية بالأطفال وهم أجنة من خلال توفير حياة رحمية صحية تعكس سلامة الأم وتنتهي بولادة آمنة، وتكفل بفترة رضاعة طبيعية كافية، يكون شوطا مهما قد تم قطعه في سبيل ذلك، بالإضافة إلى ذلك يجب أن تصاحب عملية التربية والتنشئة، اليقظة لاكتشاف القدرات المميزة لكل فرد أولا ولوضعها في أنسب أطر الرعاية، لتحقيق أقصى استفادة.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

1-الدراسة الاستطلاعية الأولى

2-الدراسة الاستطلاعية الثانية

3-الدراسة الاستطلاعية الثالثة

4-الدراسة الأساسية

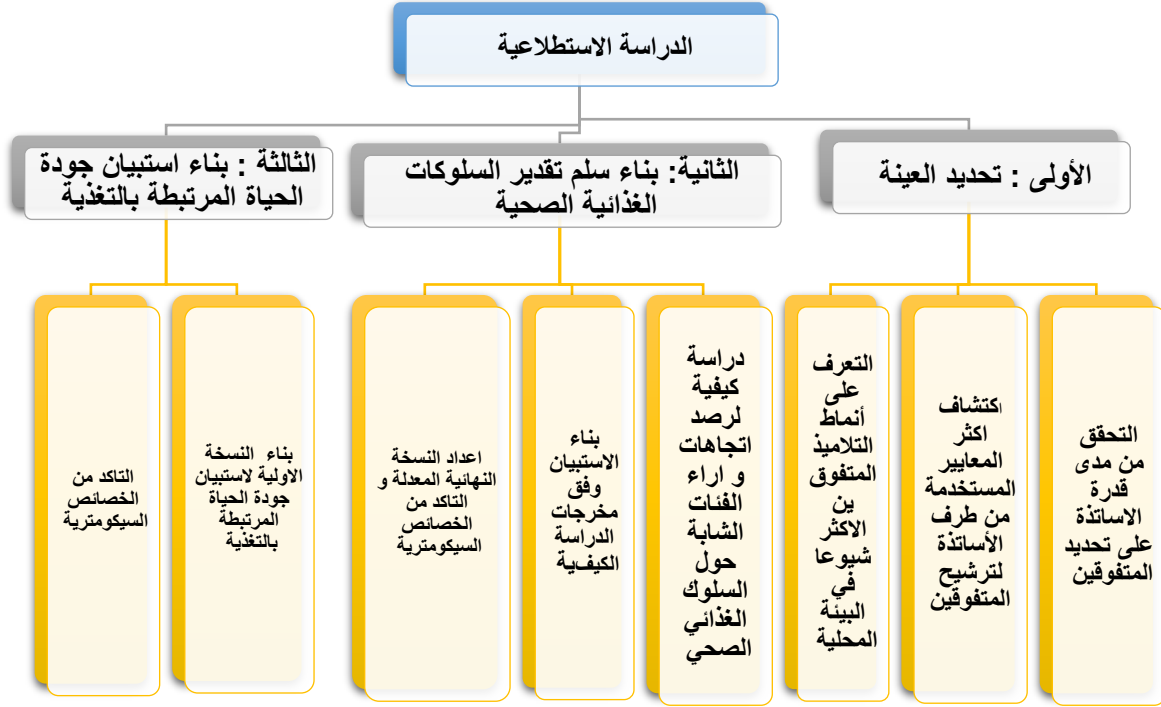
تمهيد:

لقد تطلبت الإجابة على تساؤلات الدراسة والتحقق من فرضياتها القيام بمجموعة من الإجراءات والتي بدأت من جمع المادة العلمية والاطلاع على الدراسات التي مست موضوع الدراسة من أوجه مختلفة ولقد تطلبت هذه الفترة أكثر من ثلاث سنوات تمخض عنها تصميم البحث الحالي وإخراجه بالصورة الحالية، وسنتناول في الفصل الحالي كل الخطوات المتبعة سواء على مستوى الدراسات الاستطلاعية والدراسة الأساسية بما في ذلك المنهج المتبع، الحدود المكانية والزمانية والبشرية والأساليب الإحصائية التي تم توظيفها والنتائج المتوصل إليها.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

1-الدراسات الاستطلاعية: جاءت الدراسة الاستطلاعية لتحقيق هدفين أساسيين يخدمان بشكل مباشر الدراسة الأساسية وهما: ضبط عينة الدراسة والتحقق من صلاحية أدوات الدراسة.

تضمنت الدراسة الحالية ثلاث دراسات استطلاعية صممت كما هو موضح في الشكل الموالي:



1-1 الدراسة الاستطلاعية الأولى: تحديد العينة الأساسية (معايير الترشيح والتنميط):

لم يكن تحديد العينة أمرا هينا، وإن كانت لا تبدوا بهذا القدر من التعقيد، إذ أنه كان كافيا استخدام سجلات التلاميذ والاعتماد على معدلاتهم السنوية (التي تساوي أو تفوق 20/16 في السنة الدراسية الجارية، إلا إن هذه الطريقة في الاختيار كانت ستهمل فئة هامة من التلاميذ المتفوقين من ذوي الصعوبات التعليمية، هذا من جهة ومن جهة أخرى كنا سنهمل التواصل مع الكادر البشري المتمثل في المعلم الذي سيتجاوز حكمه على تفوق تلاميذه مجرد أرقام (المعدلات التحصيلية) ليمدنا بذلك الجانب المخفي للتفوق والذي قد لا يستشعره سوى ذوي الخبرة من المعلمين والمربين.

أضف إلى كل ما سبق نجد أنفسنا أمام ضبابية المعايير التي يجب الاعتماد عليها في تقديم ترشيحات للتلاميذ المتفوقين، فقد يكتفي أستاذ بمستوى تحصيل مرتفع في مادته في حين يزيد آخر المستوى التحصيلي العام، كما قد يقدر أستاذ آخر التفوق بعيدا عن ما سبق ذكره مؤكدا على تفوق التلميذ وإن لم يكن من ذوي المعدلات المرتفعة بل قد يكون من ذوي التحصيل المنخفض وهو ما وقفت عليه أكثر من مرة مع بعض

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

الأساتذة الذين اتصلت بهم، حيث أنهم رشحوا أسماء لتلاميذ بالرغم من أنهم في الرتب الأخيرة في الصف، ناهيك عن جملة من الصعوبات والمشاكل المدرسية التي يعانون منها.

ومن هذا المنطلق وتقديرا بالقدر المستطاع لما رأيت أنه قد يخف من مصداقية اختيار العينة جاءت هذه الدراسة الاستطلاعية للإجابة على سؤالين أساسيين، وهما:

1- ما مدى قدرة عينة من أساتذة التعليم الثانوي على تحديد المتفوقين في أقسامهم؟

2- ما هي أكثر بروفيلات المتفوقين شيوعا وهذا من وجهة نظر أساتذتهم؟

وبناء على هذا تضمنت الدراسة الحالية جملة من الأهداف:

1-1-1 أهداف الدراسة:

- 1- التحقق من مدى قدرة الأساتذة على تحديد المتفوقين في أقسامهم.
 - 2- اكتشاف أكثر المعايير المستعملة من طرف الأساتذة لترشيح المتفوقين.
 - 3- التعرف على أكثر أنماط التلاميذ المتفوقين شيوعا.
 - 4- ضبط عينة الدراسة الأساسية بشكل دقيق، خاصة في ظل غياب قاعدة معلومات دقيقة لا تقتصر على المحكات التقليدية لتحديد المتفوقين والتي يمكن استغلالها بشكل مباشر.
- 1-1-2 حدود الدراسة: تم تنفيذ إجراءات الدراسة منذ بداية الثلاثي الأول من العام الدراسي 2016-2017، ليكون لدى أساتذة العينة الفرصة اللازمة للتعرف ومراقبة تلاميذ فصولهم واستمرت إلى غاية الأسبوع الثاني بعد العطلة الشتوية، حتى تتوفر للعينة نتائج الفصل الأول باعتبار نتائج الاختبارات أحد المحكات المقترحة لتقديم ترشيحاتهم.

أما عن الحدود المكانية، فقد تم الاتصال بأساتذة الثانوية الوحيدة بالمدينة الجديدة حملة 1 والأخرى الموجودة بالمدينة الجديدة حملة 3 باعتبار أن هذه التجمع الحضري يقع ضمن محيط المدينة. كما تم التواصل مع أساتذة ست ثانويات على مستوى وسط مدينة باتنة حيث شكلت الثانويات المقصودة مجتمع بحث الدراسة، أما عينة الدراسة فقد اختيرت بشكل قصدي حيث كان شرط الخبرة التي لا تقل عن خمس سنوات وصفة الديمومة في التدريس الثانوي: المعايير التي تم تطبيقها في تشكيل عينة الدراسة، وهذا بالطبع بعد الحصول على الموافقة.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

1-1-3 منهج الدراسة: اتبع المنهج الوصفي باعتباره المنهج المناسب للدراسة الاستطلاعية للتعرف على مدى إمكانية الأساتذة من تحديد تلاميذهم المتفوقين وطبيعة الأساليب المستخدمة في ذلك، بالإضافة إلى التعرف على أنماطهم.

1-1-4- الأساليب الإحصائية المستخدمة: تم استخدام التكرارات والنسب المئوية.

1-1-5 خطوات إجراء الدراسة:

1- ترجمة مقالة Dorris Perodin عضوالمجلس العالمي للمتفوقين والموهوبين، المقدمة في إطار عمل الجمعية الوطنية للأطفال فائقي القدرات المعتمدة من طرف وزارة التربية الفرنسية لسنة 2011.

2- تحضير ملخص نظري باللغة العربية يحوي: تعريفا للتلميذ المتفوق، شروط ترشيحه وأنماطه. (ملحق رقم 01).

3- الاتصال ب 76 أستاذ ثانوي بمدينة باتنة للحصول على موافقتهم المشاركة في الدراسة ثم إمدادهم بالملخص وتحديد مواعيد للإجابة على استفساراتهم.

4- أثناء لقاءات الإجابة عن الاستفسارات، تم شرح طريقة ترشيح المتفوقين و ثم تصنيفهم ضمن الأنماط الست المقترحة والمفصلة في الملخص، مع العلم أن هناك شرطان أساسيان لترشيح أي متفوق وهما، عدم اختزال معايير الترشيح في المعدلات أو نتائج الامتحانات فقط ومحاولة مطابقة خصائص المرشحين مع الملخص المقدم بالإضافة إلى تزويدنا باسم ولقب، المستوى الدراسي، القسم، النمط المقترح لكل مرشح.

5- بعد الحصول على ترشيحات الأساتذة، تم فرز الترشيحات في مجموعات:

المجموعة الأولى: التي أحرزت إجماع كل الأساتذة (الرياضيات، العلوم والفيزياء والتربية الفنية)على تفوقها بغض النظر عن النمط المقترح.

المجموعة الثانية: التي حازت على إجماع أستاذين على الأقل.

المجموعة الثالثة: التي رشحت من طرف أستاذ واحد فقط.

6- إخضاع المعطيات للمعالجة الإحصائية للإجابة على تساؤلات الدراسة.

1-1-6 عرض نتائج الدراسة:

عرض



نتائج التحقق من الهدف الأول: التحقق من مدى قدرة الأساتذة على تحديد المتفوقين في أقسامهم.

ولهذا ارتأت الباحثة أن تتحقق من هذا الهدف بشكل أساسي، لاعتقادهما أن ما آلت إليه المنظومة التربوية بالجزائر، قد يكون عدم الاهتمام بتحديد مختلف الفئات بها من متفوقين أو ذوي صعوبات التعلم أو غيرهم أحد التظاهرات السلبية التي أصبحت تصبغها، وفي سبيل ذلك تم التدقيق في المبررات التي قدمها كل أستاذ فيما يخص عدم تمكنه من تقديم ترشيحات لتلاميذه المتفوقين وجاءت نتائج تكرارات الاستجابات كما يلي:

جدول رقم 06: يوضح تكرارات المبررات المقدمة من طرف الأساتذة الذين لم يقدموا ترشيحاتهم.

التكرارات/ النسب	المبرر المقدم
03(20%)	عدم فهم شروط ترشيح التلاميذ المتفوقين
04(26.66%)	انشغالات حياتية مختلفة
06(40%)	عدم استيعاب تنميط التلاميذ المتفوقين
02(13.33%)	فقدان الرغبة في المشاركة بالدراسة بعد الموافقة على ذلك مبدئياً
15	المجموع

من أصل 76 أستاذ نجد أن 15 لم يقدموا ترشيحاتهم، أي ما نسبته 19.73%، من ضمنها نسبة 60% لم يدركوا جيذا طريقة تحديد التلاميذ المتفوقين.

ويظهر من الجدول رقم (06) أن أسباب عدم تقديم الترشيحات من طرف الأساتذة كانت مبررة بالدرجة الأولى بانخفاض قدرة الأساتذة المشاركين على فهم طريقة إجراء الدراسة وجاءت بضعف استيعاب فكرة تنميط التلاميذ المتفوقين بنسبة (40%) وعدم فهم طريقة الترشيح بنسبة (20%)، أما باقي النسب فهي كما يظهر من خلال الجدول بسبب عوامل اجتماعية وأخرى نفسية أعاققت الأساتذة عن التعاون معنا في إجراء الدراسة.

الإجراءات السابقة كانت لتحديد عدد الأساتذة الذين استطاعوا تقديم ترشيحات وأنماط لتلاميذهم المتفوقين، أما الإجراء الثاني فكان من أجل فرز قائمة التلاميذ الذين اتفق على الأقل اثنان من معلمهم أنهم

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

يتمتعون بتفوق عقلي ولهذا السبب طلب من الأساتذة تزويدنا بالمعلومات الشخصية (الاسم،) والأكاديمية (السنة الدراسية، المعدل الفصل الأول، المعدل السنوي للسنة الدراسية السابقة) وجاءت النتائج كما يلي:

تطابقت ترشيحات ثلاثة أساتذة لعدد 18 تلميذ متفوق واتفق أستاذين على ترشيح 35 متفوق، أما ترشيحات أستاذ واحد فقد كان عددها 12، تم إقصائها من القائمة، ولم يحظى أي تلميذ باتفاق أربع أساتذة على ترشيحه.

إن السبب الرئيس وراء اعتماد ترشيحين أو أكثر لقبول المرشح ضمن قائمة المتفوقين، هو لخفض احتمالات الخطأ في تحديد المتفوقين ولمقارنة طريقة تنميط كل أستاذ للتلميذ المتفوق مبدئياً حول تفوقه. وهو ما نجده موضحاً في الجدول التالي:

الجدول رقم 07: توزيع المرشحين من المتفوقين حسب اتفاق الأساتذة

الاتفاق بين الترشيحات	عدد التلاميذ المرشحين	النسب المئوية
أستاذ	12	% 18.34
أستاذين	35	% 53.84
ثلاث أساتذة	18	%27.69
أربع أساتذة	0	%0
المجموع	65 مرشح	

❖ عرض نتائج التحقق من الهدف الثاني: اكتشاف أكثر المعايير المستعملة من طرف الأساتذة لترشيح المتفوقين.

ولهذا السبب تم إعلام الأساتذة المعنيين باعتماد أي من المعايير الخمسة للترشيح وإن كانت كلها وهي:

1-نتائج الاختبارات في المادة.

2-نتائج الاختبارات في المادة +المعدل العام.

3-المشاركة الفعالة في الأنشطة الفصلية.

4-انطباع شخصي.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

5-نسبة الذكاء.

بعد تحديد معايير الترشيح، تم التحقق من هذا الهدف من خلال حساب تكرار استخدام كل معيار، ثم حساب النسبة المئوية ولقد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي، وبعدها تم ترتيب المعايير للتعرف على أكثرها استخداما من طرف عينة الأساتذة كما هو موضح في الجدول (08).

الجدول رقم 08: توزيع محكات الترشيح حسب أساتذة العينة

أساتذة	المعيار	عدد المرشحين	التكرار والنسبة المئوية
الرياضيات	نتائج الاختبارات في المادة	11	100%
	نتائج الاختبارات في المادة + المعدل العام	5	45.45%
	المشاركة في الأنشطة الفصلية	6	58.67%
	انطباع شخصي	11	100%
	نسبة الذكاء (اعتمادا على أحد مقاييس الذكاء المعروفة)	0	0%
	مجموع الترشيحات	11 تلميذ	
العلوم الطبيعية	نتائج الاختبارات في المادة	13	100%
	نتائج الاختبارات في المادة + المعدل العام	7	53.84%
	المشاركة في الأنشطة الفصلية	6	50.29%
	انطباع شخصي	13	100%
	نسبة الذكاء (اعتمادا على أحد مقاييس الذكاء المعروفة)	0	0%
	مجموع الترشيحات	13 تلميذ	
الفيزياء	نتائج الاختبارات في المادة	10	100%
	نتائج الاختبارات في المادة + المعدل العام	7	70%
	المشاركة في الأنشطة الفصلية	4	40%
	انطباع شخصي	10	100%
	نسبة الذكاء (اعتمادا على أحد مقاييس الذكاء المعروفة)	0	0%
	مجموع الترشيحات	10 تلاميذ	

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

النسبة المئوية	عدد التكرارات	المحك المعتمد في الترشيح	الترقية الفنية
100%	9	نتائج الاختبارات في المادة	
11.11%	1	نتائج الاختبارات في المادة + المعدل العام	
100%	9	المشاركة في الأنشطة الفصلية	
100%	9	انطباع شخصي	
0%		نسبة الذكاء (اعتمادا على أحد مقاييس الذكاء المعروفة)	
	9	مجموع المرشحين	
	43 متفوق	مجموع التلاميذ المرشحين من طرف الأساتذة	

جدول رقم 09: ترتيب المحكات المتبناة من طرف الأساتذة لترشيح تلاميذهم المتفوقين

النسبة المئوية	عدد التكرارات	المحك المعتمد في الترشيح
100%	43 ترشيح	نتائج الاختبارات في المادة
100%	43 ترشيح	انطباع شخصي
59.22%	25 ترشيح	المشاركة في الأنشطة الفصلية
46.51%	20 ترشيح	نتائج الاختبارات في المادة + المعدل العام
0%	0 ترشيح	نسبة الذكاء (اعتمادا على أحد مقاييس الذكاء المعروفة)

من الجداول أعلاه حاز كل من معياري: نتائج الاختبارات في المادة والانطباع الشخصي على نسبة 100% من حيث اعتماد أساتذة العينة عليهما كمحكات لترشيح التلاميذ المتفوقين، تلاه معيار المشاركة في الأنشطة الفصلية بنسبة 59.22% ثم معيار نتائج الاختبارات في المادة + المعدل العام بنسبة 46.51% ولم يستخدم معيار الذكاء من طرف أي أستاذ.

❖ **نتائج التحقق من الهدف الثالث:** التعرف على أكثر أنماط التلاميذ المتفوقين شيوعا ويظهر الجدول التالي نسب الأنماط الست من خلال ما قدمه الأساتذة من تصنيفات لتلاميذهم المتفوقين.

جدول رقم 10: نسب أنماط التلاميذ المتفوقين

النسبة	العدد	النمط
48.83 %	21	التلميذ المستفز
20.9 %	9	التلميذ الممثل الناجح
13.95 %	6	التلميذ في خطر
9.3 %	4	التلميذ المحي
7.5 %	3	التلميذ المستقل
0 %	0	التلميذ مضاعف الموهبة
	43 مرشح	المجموع

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن أعلى نسبة كانت من نصيب التلميذ المتفوق المستفز (48.83%)، يليه التلميذ الممثل الناجح بنسبة 20.9%، أما باقي الأنماط فقد تراوحت بين 13.95 %، 9.3 %، 7.5 % للتلميذ المتفوق في خطر، المحي والمستقل على التوالي. أما التلميذ مضاعف الموهبة فلم يظهر إطلاقاً ضمن التتميط الذي وضعه الأساتذة لتلاميذهم المتفوقين.

1-1-7 ملخص نتائج الدراسة الاستطلاعية: سنوضح في النقاط التالية نتائج الدراسة الاستطلاعية.

- 1- عدم تمكن حوالي 20% من أساتذة عينة الدراسة من فهم طريقة الترشيح والتتميط للتلاميذ المتفوقين.
- 2- أعلى نسبة للترشيحات كانت باتفاق أستاذين (35 ترشيح) تليها اتفاق ترشيحات ثلاثة أساتذة (18 ترشيح). ولم يحظى أي تلميذ باتفاق أربع أساتذة على ترشيحه وبالتالي خلو المجموعة الأولى من أي تلميذ.
- 3- اعتمدت كل عينة الدراسة على كل من معيار التفوق في المادة التي يدرسونها كمعيار لترشيح التلاميذ المتفوقين ومعيار الانطباع الشخصي.
- 4- إقصاء كل من معيار القدرات المتعددة والذكاء لترشيح التلاميذ المتفوقين، لعدم توفر العينة على المعطيات الكافية حول قدرات تلاميذهم خارج العمل الأكاديمي من جهة ولجهلهم التام بطرق تقدير الذكاء.
- 5- احتل التلميذ المتفوق المستفز النسبة الأعلى لأنماط التلاميذ المتفوقين، ولم يقدم أي ترشيح لنمط التلميذ المتفوق مضاعف الموهبة.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

6-الاستقرار على معايير الترشيح الأربعة الواردة في الدراسة، ما عدا معيار الذكاء.

1-2-1 الدراسة الاستطلاعية الثانية: بناء سلم تقدير السلوكيات الغذائية الصحية

1-2-1-1 أهداف الدراسة:

1- رصد السلوكيات الغذائية المفيدة للصحة من وجهة نظر عينة من تلاميذ الثانويات وطلبة الجامعات.

2- إعداد سلم تقدير السلوكيات الغذائية الصحية.

3- التأكد من الخصائص السيكمترية لسلم تقدير السلوكيات الغذائية الصحية.

1-2-2-2 حدود الدراسة: تم تنفيذ هذه الدراسة في الموسم الدراسي 2017/2018، تحديدا منذ شهر نوفمبر

2017 وتمت في شهر ماي 2018، أما الحدود البشرية والمكانية فشكلتها عينة من طلبة جامعة باتنة 1

المقيمين على مستوى بعض الاقامات الجامعية بباتنة (الاقامة الجامعية حملة 3 سابقا والاقامة الجامعية حملة 4)

وبعض تلاميذ الثانويات والمتوسطات الذين تم اختيارهم بشكل عرضي.

1-2-2-3 منهج الدراسة: تم الاعتماد على المنهج الاستكشافي، لأنه الأنسب للدراسة

1-2-2-4 الأساليب الإحصائية: استخدمت النسب المئوية المتوسطات، الانحرافات المعيارية، معامل

الارتباط بيرسون، اختبارات، اختبار Kolmogrov Sminorov و Shapiro Wilk للتحقق من

اعتدالية التوزيع ونموذج الشبكة العصبية متعددة الطبقات (Radial BasisFunction) لتحكيم الاستبيان

وتحديد بنوده.

1-2-2-5 خطوات إجراء الدراسة:

1-2-2-5-1 البحث والاطلاع على مجموعة من مقاييس السلوك الغذائي:

ولقد تم الاعتماد على مجموعة من مقاييس واستبيانات السلوك الغذائي في إعداد سلم تقدير السلوكيات الغذائية

الصحية وهي:

1- استبيان السلوك الغذائي لـ Ji-Yeon (2010) وزملاؤه.

2- مقياس ORTO-15 وهو مقياس لاضطراب الأرتوريكسيا مكون 15 بند صمم بالاعتماد على نموذج

Britman للاورثوريكساو MMPI .

3- مقياس السلوك الغذائي لـ Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, et al. (2001).

4- مقياس سمات التغذية (the three factor eating)، المكون من 51 بندا يغطي ثلاث محاور للسلوك

الغذائي لدى الإنسان وهي:

المحور الاول: التحكم المعرفي الدائم في المتناول الغذائي للحفاظ على الوزن أو انقاصه (CR) وهو مكون من

21 بند.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

المحور الثاني:(ID) يصف حالات فقدان التحكم في تناول الطعام بسبب عوامل ذاتية أوببيئية، وهو مكون من 16 بند.

المحور الثالث: (HU) يصف حالات الشعور الزائد بحب الطعام، وهو مكون من 14 بند.

5-تعليمات المنظمة العالمية للصحة OMS .

6- تعليمات المنظمة العالمية للأغذية والزراعة FAO.

7-مقياس إدمان الأكل Yale Food Addiction Scale (YFAS)، المعد من طرف Gearhardt وزملاؤه (2009)، تم إعداد هذا المقياس المكون من 25 بند لقياس أعراض إدمان الأكل لمدة اثنا عشر شهر، وهذا من خلال رصد السلوكيات الغذائية حسب DSM4 المعدل.

8-مقياس العادات الغذائية Eating Habits Questionnaire المعد من طرف معهد Dana Farber للسرطان، بهدف التعرف على العادات الغذائية للأفراد في المنزل أو العمل ولقد تم إعداده في إطار برنامج بحثي للمعهد حول تأثير الغذاء على نشوء الأمراض.

1-2-5-2 تحديد مؤشرات السلوك الغذائي الصحي: استقر رأي الباحثة على عدم استخدام مقاييس أو استبيانات جاهزة لرصد السلوكيات الغذائية الممارسة لدى عينة الدراسة لأنها (المقاييس الجاهزة) تحتوي على مؤشرات خاصة بالسياقات الثقافية والاقتصادية والاجتماعية للمجتمعات التي أعدت فيها هذا من جهة ومن جهة أخرى رأت الباحثة أنها فرصة لفسح مجال البحث للتعرف على طبيعة المعارف الغذائية الصحية لدى مجتمع الدراسة من خلال إجراء دراسة كيفية تضمنت طرح أسئلة مفتوحة حول الموضوع. ولهذا الغرض تم توزيع استمارات تحوي أسئلة مفتوحة حول محورين رئيسيين وهما:

1-تحديد الأغذية الصحية من وجهة نظر العينة، من خلال طرح الاستفسارين التاليين:

1أ كيف وعلى ماذا يتغذى الأشخاص الذين يتمتعون بصحة جيدة ؟

2أ صف لنا من وجهة نظرك مكونات وجبة غذائية صحية.

2- كيف تؤثر السلوكيات الغذائية على حياتك.

3-بعد تحضير الاستمارة تم توزيعها على عينة من الطلبة الجامعيين على مستوى قسم العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة باتنة 1 وكذا على مستوى بعض تلاميذ الثانويات والمتوسطات بمدينة باتنة، أين تم استرجاع الأجوبة في عين المكان، لتفادي إمكانية عدم استرجاع الإجابات.

4- بعد فرز الاستمارات، تمكنت الباحثة من الاحتفاظ بعدد 67 استمارة، تم الإجابة على كل أسئلتها بخط واضح ومقروء.

5-أخضعت الاستمارات المسترجعة لتقنية تحليل المحتوى، وذلك بإتباع الخطوات التالية:

تجميع الكلمات /العبارات المتطابقة والمتشابهة وكذلك التي تشير إلى نفس المعنى المتكررة ضمن

الإجابات، ثم تبويبها في جدول حسب محاور وأسئلة الاستمارة، كما هو موضح في الجدول رقم 10:

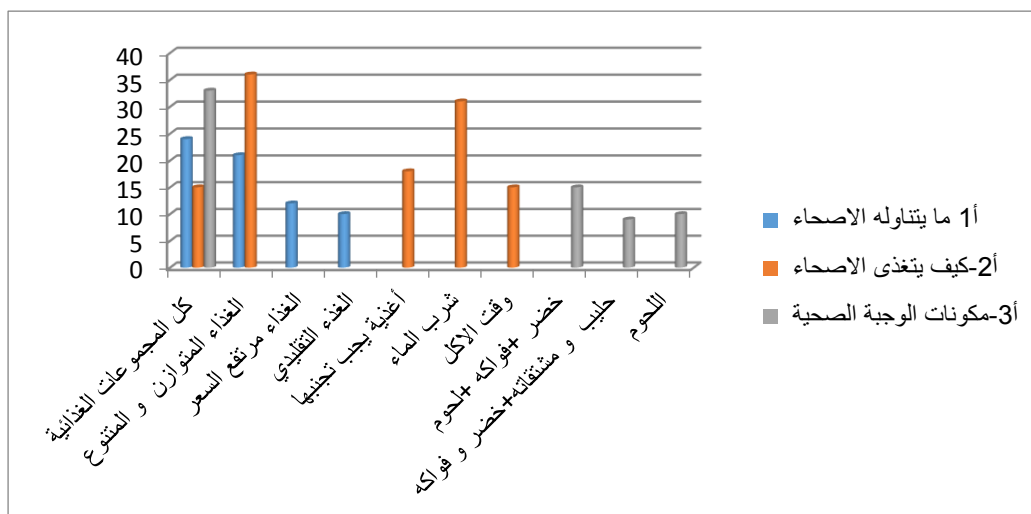
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

جدول رقم 11: تبويب استجابات عينة الدراسة الاستطلاعية الثانية حول السلوكيات الغذائية الصحية

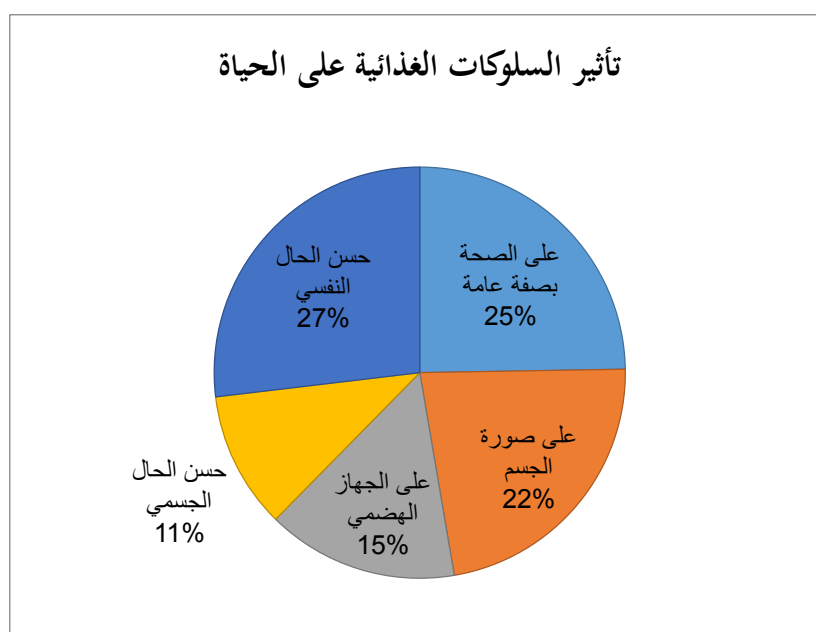
المحور	الأسئلة	تصنيفات الأجوبة
تحديد التغذية الصحية	أ1- ما يتناوله الأصحاء؟	1- المجموعات الغذائية: الخضرا، الفواكه، اللحوم
		2- الغذاء المتوازن والمتنوع
		4- الغذاء مرتفع السعر (كالأسماك، الشوفان...)
		5- الأغذية التقليدية
		1- تجنب: الدهون، السكر، القهوة، الشاي بإفراط.
2- شرب الماء		
3- وقت الأكل: توزيع الغذاء على ثلاث وجبات، خمسة وجبات، تجنب الأكل في الليل.		
4- الغذاء المتنوع المتوازن. 5- نظافة الغذاء		
تأثير السلوكيات الغذائية	أ3- مكونات الوجبة الصحية؟	1- الخضرا والفواكه + اللحوم.
		2- اللحوم.
		3- الحليب ومشتقاته + خضرا وفواكه.
		4- كل المجموعات الغذائية.
تأثير السلوكيات الغذائية	ب- تأثير السلوكيات الغذائية على الحياة؟	1- الصحة بصفة عامة.
		2- صورة الجسم: مشكلات السمنة والمشكلات الجلدية (كحب الشباب)
		3- مشكلات الهضم.
		4- حسن الحال الجسمي.
		5- حسن الحال النفسي (مخفض للقلق).

ولقد جاءت تكرارات الأجوبة حسب التصنيفات الناتجة عن التحليل الكيفي لاستجابات العينة موزعة كما هو موضح في المخططات الموالية.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة



شكل رقم 05: توزيع إجابات السؤال حول الغذاء الصحي وما يربط به من سلوكيات



شكل رقم 06: توزيع إجابات السؤال حول تأثيرات السلوك الغذائي على الحياة

- ❖ بعد مقارنة إجابات العينة مع بنود مقاييس السلوك الغذائي المذكورة أعلاه تم بناء استبيان السلوكيات الغذائية الذي تم الحرص على أن يستوفي الشروط التالية:
- 1- أن تكون إجابات العينة ضمن بنود الاستبيان وإن لم تتوفر في المقاييس المطع عليها، كما هو الحال في البند المتعلق بالأغذية التقليدية.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

- 2- الاستغناء عن بعض البنود الشائعة في مقاييس السلوك الغذائي العالمي، للمحافظة على السياق الثقافي، كما هو الحال في البنود المتعلقة بتناول المشروبات الكحولية ولحم الخنزير.
- 3- إدراج السلوكيات الغذائية ذات الطبيعة المرضية.
- 4- التقيد بتعليمات المنظمة العالمية للصحة ومنظمة الزراعة والتغذية فيما يخص السلوكيات الغذائية الصحية.
- 5- إعداد نسخة أولية من استبيان السلوك الغذائي الصحي، المكون من 28 بنداً بديلين للإجابة (نعم/لا)..
- ❖ عرض النسخة الأولى من استبيان السلوك الغذائي الصحي على عدد من الأساتذة الجامعيين على مستوى جامعة باتنة 1 ومجموعة من الأطباء ومختصين في التغذية وعينة عرضية من التلاميذ، اللذين قدموا الاقتراحات المبينة في الجدول رقم 12.

جدول رقم 12: التعديلات المقترحة من الخبراء والتلاميذ على بنود استبيان السلوك الغذائي الصحي

التعديل المقترح	الفئة
<p>1- تغيير " عبارة وجبة الفطور بعبارة "فطور الصباح " لأنها الأكثر شيوعاً.</p> <p>2- اقتراح حذف بند (وجباتي الغذائية متنوعة) لأنه تم الإشارة إليه ضمناً.</p> <p>3- استعمال عبارة "بشكل مبالغ فيه " بدل كلمة " بشدة " في بند (أحرص بشدة على أن تكون تغذيتي صحية) لأنها أكثر دلالة على مفهوم الإفراط في الاهتمام بالغذاء الصحي الذي قد يكون مؤشر على اضطراب الاورثوركسيا.</p> <p>4- اقتراح تغيير عبارة "على الأقل مرتين في الأسبوع في بند (أتناول اللحوم أو الأسماك على الأقل مرتين في الأسبوع) بعبارة مرة أو أكثر في الأسبوع لضمان عدد مرة واحدة من اللحوم أو الأسماك خلال الأسبوع، اخذين بعين الاعتبار مؤشر القدرة الشرائية للأسر الجزائرية.</p> <p>5- توسيع بدائل الإجابة لأكثر من اثنين.</p>	الأساتذة الجامعيين
<p>1- تغيير عبارة (أكثر من ثلاث أيام) بـ (أكثر من 7 أيام) في بند (أمتنع عن تناول الطعام لفترات طويلة (أكثر من ثلاث أيام)، لاعتبارات طبية تتعلق بتضرر الجسم من الصوم المتواصل لمدة 7 أيام وباعتبارها مؤشر زمني، قد ينبئ بحالات اضطراب الأنوركسيا، بالإضافة إلى تعديل الصياغة اللغوية</p> <p>2- اقتراح إضافة عبارة "حتى في الجوالبارد"، للبند (أتناول 5أكواب من الماء يوميا) لأن تناول الكميات الضرورية من الماء يجب أن تكون بشكل دائم وليس في الفصول الحارة فقط ولأن الشعور بالعطش هو مؤشر لحالة الاستنفار التي يصل إليها الجسم بسبب فقدان ترطيبه.</p>	الأطباء

<p>3- اقتراح بند: امتنع عن تناول الشاي والقهوة بعد وجبتي الغذاء والعشاء، لأن تناولها لتسهيل الهضم من المعتقدات الصحية الخاطئة الأكثر شيوعاً.</p>	
<p>1 اقتراح إضافة البند: أتناول 5 وجبات في اليوم. 2- اقتراح إضافة البند: أ تجنب الأغذية الجاهزة قدر الإمكان. 3- حذف عبارة "كل يوم" من البند (أتجنب تناول كميات كبيرة من الطعام كل يوم)، لأن تناول كميات كبيرة من الطعام سلوك غير صحي تماماً وإن كانت ممارسته لا تتجاوز بضع المرات في الأسبوع، وهذا لأنه من العوامل المحفزة للبدانة من جهة ولأنه قد يكون أحد مؤشرات الإصابة باضطراب الشره العصبي أو اضطراب الأكل الانفعالي. 4- اقتراح إضافة البند: أ تجنب الأكل في ساعات الليل المتأخرة، باعتباره أحد مؤشرات اضطراب الأكل الليلي وأحد العوامل المحفزة على الإصابة بالسمنة ومرض السكري من النوع الثاني. 5- اقتراح عدد 5 خضر وفواكه 6- إضافة عبارة "أحاول أن" للبند (أطبق معارفي حول الغذاء الصحي) وهذا حتى لا تتطابق دلالاته مع بند (أحرص بشدة على أن تكون تغذيتي صحية). 7- إضافة بند: أتناول الفاكهة على معدة فارغة، لأنها عادة تناول الفاكهة بعد الأكل تتسبب حسب الدراسات في إجهاد الكبد وترفع من احتمال تليفه، بسبب تخمر الفاكهة المختلطة بالمواد الغذائية.</p>	<p>مختصي التغذية</p>
<p>1- إضافة الأمثلة للبند من أجل تسهيل الفهم. 2- اقتراح أن البند الخاص بالوجبات العائلية لا يدخل ضمن السلوكات الغذائية الصحية 3- تغيير عبارات على الأقل. 4- إعادة صياغة بند (أتجنب الأكل أمام التلفاز) ب (أتناول طعامي بالمطبخ) 5- الاحتفاظ بالبند الذي يحدد تناول مرتين من الحبوب أسبوعياً.</p>	<p>التلاميذ</p>

❖ بعد دراسة التعديلات المقترحة، وبالرجوع إلى الجانب النظري المعد حول السلوكات الغذائية تم اعتماد 16 تعديل.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

- أما فيما يتعلق بباقي التعديلات المقترحة فقد تم رفض تلك التي تخص:
- ✓ عدد الفواكه والخضر المتناولة خلال اليوم فلم يتم اعتماده لأنه من البنود المعمول بها في استبيانات المتناول الغذائي اليومي وهو ليس مجال دراستنا الحالية.
 - ✓ حذف بند مشاركة الأكل مع الأسرة مرة في اليوم على الأقل فقد تم الاحتفاظ بالبند لأن الكثير من الدراسات تؤكد على أهمية هذا السلوك في تقليل حجم المتناول الغذائي للفرد، ناهيك عن كونه من عوامل الحماية في حالة الاضطرابات التغذوية خاصة في البيئات الأسرية المطمّنة.
 - ✓ تناول الفاكهة على معدة فارغة، فقد تم اعتماد الفكرة ضمن بنود الاستبيان لكن بتعديل لغوي.
 - ✓ تعديل عدد مرات تناول الحبوب الجافة، ورفض التعديل لأن هذا المقدار من الحبوب الجافة أسبوعيا يدخل ضمن توصيات منظمة الصحة العالمية.
- وعلى اثر هذه التعديلات تم إعداد نسخة ورّعت على عينة من 67 طالب، ولمّا كان معامل ثباتها متوسطا (ألفا كرومباخ = 0.56) تم استبعاد البنود المخفضة للثبات والاتساق الداخلي، كما تمّت إعادة صياغة بعض البنود بلغة بسيطة وبهذا تحصّلنا على استبيان يقيس السلوكيات الغذائية الصحية من خلال عدد 24 بند، عن طريق اختيار أحد بدائل الإجابة: دائما، أحيانا، أبدا، ويصحح بإعطاء الدرجات 2-1-0 على التوالي.

جدول رقم 13: درجات بدائل الإجابات لاستبيان السلوك الغذائي الصحي

الدرجة	البدائل
0	نادرا
1	أحيانا
2	دائما

تصح كل البنود وفقا لهذا الجدول وتعد 48 أكبر درجة وهي تعبر عن الممارسة المثلى للسلوكيات الغذائية الصحية.

1-2-5-3 إعداد النسخة النهائية للاستبيان والتحقق من الخصائص السيكومترية: بعد إعداد النسخة النهائية للاستبيان، تم توزيعها على عينة عرضية مكونة من مئتين من طلبة الاقامات الجامعية (حملة 03 للذكور وحملة 04 للإناث) لسهولة التواصل معهم، ولقد تم الاعتماد على 131 من أصل الـ 156 المسترجعة، بغرض التأكد من صلاحية الأداة وهذا من خلال التحقق من الخصائص السيكومترية للاستبيان من حيث الصدق والثبات على العينة التي يوضح الجدول الموالي خصائصها.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

خصائص العينة:

جدول رقم 14: توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية الثانية حسب الجنس والعمر

النسبة	العدد	الجنس
39.7%	52	ذكور
60.3%	79	إناث
النسبة	العدد	الفئة العمرية (م±ع)
79.4%	104	18 - 24 (21.62±1.951)
20.6%	27	25 فما فوق (27.35±1.59)
100%		المجموع

م: المتوسط، ع: الانحراف المعياري

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة الإناث كانت الأعلى (60.3%) مقارنة بنسبة الذكور (41.3%)، أما توزيع العينة حسب الفئات العمرية فقد كانت النسبة الأعلى للفئة العمرية (18-24) وقدرت بـ 79.4%

❖ حساب الخصائص السيكومترية لاستبيان السلوك الغذائي الصحي:

بعد تفرغ البيانات المتحصل عليها من استجابات أفراد العينة، تم حساب الخصائص السيكومترية للاستبيان، من أجل التأكد من الصدق والثبات. ويمثل الجدول رقم 15 المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات المقياس.

جدول رقم 15: المتوسط والانحراف المعياري لدرجات استبيان السلوك الغذائي الصحي

الانحراف المعياري	المتوسط	ن
7.90	27.88	131

وللقيام بذلك تم إتباع الخطوات التالية:

❖ تحديد مستويات السلوك الغذائي الصحي لدى العينة: بهدف تفسير المتوسطات الحسابية وتحديد مستوى السلوك الغذائي الصحي للعينة، تم تحويل متوسط الاستجابة على بنود الاستبيان لكل فرد وفق المستوى الذي يتراوح بين (0 و 2) وفقا لبدائل الإجابة وصنف المستوى إلى ثلاث مستويات: مرتفع، متوسط، منخفض وذلك وفقا للمعادلة التالية:

$$\frac{0 - 2}{3} = \frac{\text{القيمة العليا للبدائل} - \text{القيمة الدنيا للبدائل}}{\text{عدد البدائل}}$$

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

وكانت النتيجة 0.66 وهي تمثل طول الفئة، وبذلك يمثل المجال [0-0.66] المستوى المنخفض من السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة ويمثل المجال [0.66-1.32] المستوى المتوسط في حين يوافق المجال [1.32-2] المستوى المرتفع.

وفقا لهذا التقسيم توزعت نسب مستويات الممارسة الصحية للسلوك الغذائي لدى العينة كما يلي:

الجدول رقم 16: توزيع مستوى السلوك الغذائي الصحي لدى العينة

النسبة	العدد	المستوى
9.9%	13	ضعيف (00)
59.5%	78	متوسط (01)
30.5%	40	منخفض (03)
100%	131	المجموع

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن أكبر نسبة كانت للمستوى المتوسط من الممارسة للسلوكيات الغذائية الصحية بنسبة 78% في حين أن أدنى نسبة كانت للمستوى الضعيف من الممارسة للسلوكيات الغذائية الصحية وقدرت 9.9% من العينة.

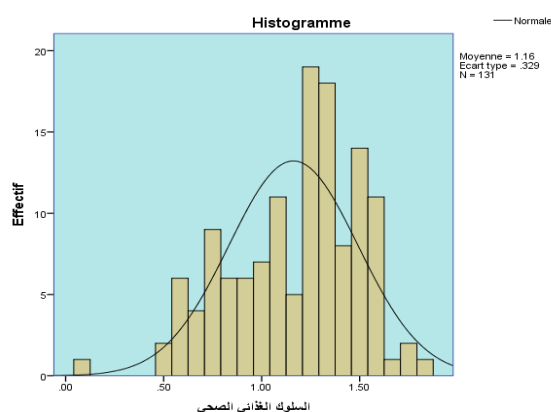
اختبار اعتدالية توزيع السلوك الغذائي الصحي لدى العينة:

للتأكد من اعتدالية توزيع السلوك الغذائي، تم استخدام اختبار كل Kolmogrov Sminorov و Shapiro Wilk وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم 17: اختبار التوزيع الاعتدالي

الاختبار	القيمة	الدلالة
Kolmogrov Sminorov	0.125	0.070
Shapiro Wilk و	0.964	0.062

قدت قيمة كل من اختبار Sminorov Kolmogrov و Shapiro Wilk بـ 0.125 و 0.964 وكلاهما غير دالان احصائيا وهو ما يؤكد أن الاستجابات على استبيان السلوك الغذائي الصحي والتي تترجم الممارسات الفعلية للسلوك الغذائي الصحي لدى العينة تتبع التوزيع الاعتدالي. وهو ما يتوضح جيدا من خلال مدرج التكرارات، حيث تقع معظم الاستجابات في الوسط.



الشكل رقم 07: توزيع قيم السلوك الغذائي الصحي

❖ تحكيم الاستبيان باستخدام نموذج الشبكة العصبية متعددة الطبقات:

تم استخدام Radial Basis Function للتعرف على بنود الاستبيان الأكثر أهمية وثقلا في وصف السلوكيات الغذائية الصحية وهذا من خلال تحديد البنود المنبئة بمستوى ممارسة العينة للسلوكيات الغذائية الصحية وهي تعبر عن مدخلات النموذج أو المتغيرات المستقلة بالنسبة له، في حين يعبر مستوى السلوك الغذائي الصحي عن المتغير التابع.

تمت إعادة اختبار العينة أكثر من مرة إلى أن استقرت النتيجة على أقل عدد من الأخطاء في قسم التعلم

(Training).

- تقسيم العينة:

جدول رقم 18: نسب العينات المستعملة لبناء النموذج

ملخص معالجة المشاهدات		
النسبة	ن	
60.3%	79	التعلم
29.8%	39	الاختبار
9.9%	13	المعالجة
100.0%	131	المستخدمة في المعالجة
	0	المحذوفة
	131	المجموع

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

وأُسفرت المخرجات عن نموذج العصبي مكون من 24 مدخلة توافق السلوكيات الغذائية الممارسة من طرف العينة وأربعة عقد عصبية في الطبقة المخفية.

أما المخرجات فقد تشكلت من ثلاث عقد توافق المستويات الثلاث للسلوك الغذائي الصحي المراد التنبؤ بها من خلال بنود الاستبيان المقترحة من طرف الباحثة.

ويُلخص الجدول الموالي المعلومات الخاصة بعينات التعلم والاختبار للنموذج وتظهر القيمة الصغيرة المقدرة بـ 7.7%. للخطأ قوة النموذج للتنبؤ بالبنود المساهمة في قياس متغير الدراسة.

- نسب توقع الخطأ في النموذج: وتظهر من خلال الجدول الموالي:

جدول رقم 19: نسب توقع الخطأ في النموذج

ملخص النموذج		
6.817	خطأ مجموع المربعات	التعلم / التدريب
8.9%	التنبؤ بنسبة خطأ	
0:00:00.47	مدة التعلم / التدريب	
2.981 ^a	خطأ مجموع المربعات	الاختبار
5.1%	التنبؤ بنسبة خطأ	
7.7%	التنبؤ بنسبة خطأ	المعالجة

نلاحظ من الجدول أن نسب توقع الخطأ في عينة التعلم والاختبار والمعالجة للنموذج قدرت على التوالي

8.9 %، 5.1 %، و 7.7 % وهي نسب صغيرة ما يدل على جودة النموذج.

- مصفوفة الالتباس أو الخطأ: تبين هذه المصفوفة التوقعات الخاطئة للنموذج

جدول رقم 20: مصفوفة الخطأ لعينات النموذج

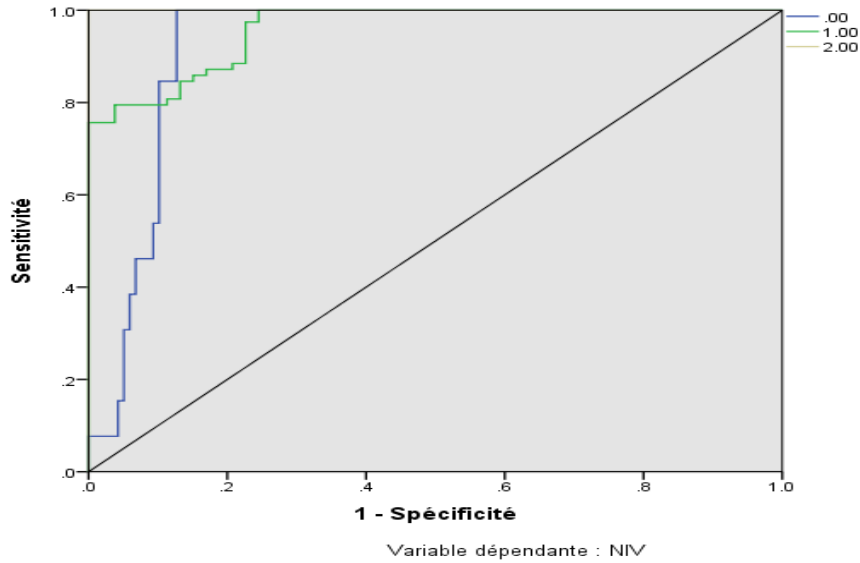
التنبؤات				المشاهدات	العينة
النسبة الصحيحة	مرتفع	متوسط	منخفض		
70.0%	0	3	7	منخفض	التعلم
97.7%	0	42	1	متوسط	
88.5%	23	3	0	مرتفع	

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

91.1%	29.1%	60.8%	10.1%	النسبة الاجمالية	
100.0%	0	0	3	منخفض	الاختبار
100.0%	0	25	0	متوسط	
81.8%	9	2	0	مرتفع	
94.9%	23.1%	69.2%	7.7%	النسبة الاجمالية	
0.0%	0	0	0	منخفض	المعالجة
90.0%	0	9	1	متوسط	
100.0%	3	0	0	مرتفع	
92.3%	23.1%	69.2%	7.7%	النسبة الاجمالية	

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة تنبؤ النموذج جيدة في كل عينات النموذج، حيث أن نسبة التوقع الصحيحة قدرت بـ 91.1% و 94.9% و 92.3% لعينة التدريب، الاختبار والمعالجة على التوالي. للتوضيح نجد انه في عينة التعلم تطابقت التصنيفات المشاهدة مع المتوقعة وكان عددها 72 من أصل 79 وهو ما يوافق نسبة 91.9% من مفحوصي هذه العينة، بينما باقي هذه العينة والمقدر بـ 7 مفحوصين أي ما نسبته 8.1% لم يصنفوا بالشكل الصحيح وهي نسبة ضعيفة. أما بالنسبة لعينة الاختبار فقد تطابقت التوقعات والمشاهدات لدى 37 مفحوص ما نسبته 94.9% بينما باقي العينة المقدر بـ 2 فقد حصل خطأ في التوقع 5.3%، و (الخانات الملونة في الجدول أعلاه تبين حالة التطابق بين المشاهدات والتوقعات التي يوفرها النموذج)، مما سبق تتجلى أهمية هذا الأسلوب في معالجة البيانات، فهو يوفر فرصة جيدة لضبط عينات الدراسة وأدواتها في الوقت ذاته.

❖ منحنى خصائص تشغيل المستقبل ROC:



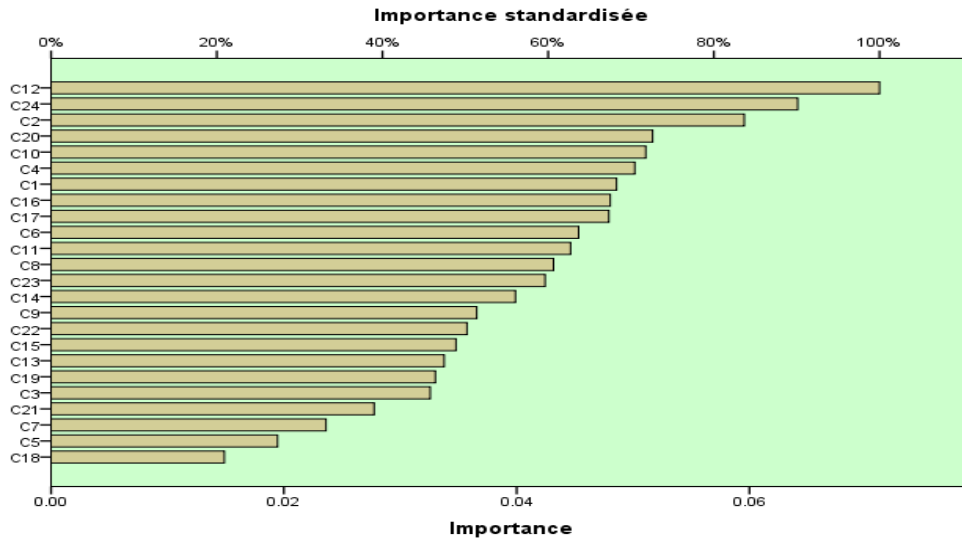
شكل رقم 08: منحنى ROC

جدول رقم 21: المساحة تحت المنحنى

المساحة تحت المنحنى		
المنطقة		
0.993	ضعيف	مستوى السلوك الغذائي
0.976	متوسط	
0.993	مرتفع	

يساعد منحنى ROC في التأكد من أن الاستبيان له قدرة على تمييز وتصنيف المفحوصين حسب الخاصية المدروسة وهو ما نلاحظه من خلال كل المساحات تحت المنحنى والتي تتراوح من 0.921، 0.959، 1 لكل من المستوى الضعيف، المتوسط والمرتفع للسلوك الغذائي الصحي على التوالي وهي كلها ممتازة وبالتالي الاستبيان فعلا يتميز بهذه القدرة التمييزية.

مخطط أهمية البنود:



شكل رقم 09: مخطط أهمية بنود الاستبيان

يظهر الشكل أعلاه نسبة أهمية كل بند في سلم تقدير السلوكيات الغذائية الصحية المعد من طرف الباحثة وهويشير إلى أن البند 12 الذي يعبر عن الحرص على تناول وجبة عائلية هو الأعلى بنسبة 100% يليها البند 24 المتعلق بالنظافة ثم البند 24 المتعلق بتناول فطور الصباح يوميا بغرفة النوم أو ويوضح الجدول الموالي نسب أهمية كل بند في الاستبيان.

جدول رقم 22: أهمية بنود سلم تقدير السلوكيات الغذائية الصحية

البند	نسبة الأهمية %	البند	نسبة الأهمية %
1	68.3%	13	47.4%
2	83.7%	14	56.1%
3	45.8%	15	48.9%
4	70.5%	16	67.5%
5	27.3%	17	67.3%
6	63.7%	18	20.9%
7	33.2%	19	46.4%

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

72.6%	20	60.7%	8
39.0%	21	51.4%	9
50.2%	22	71.8%	10
59.6%	23	62.7%	11
90.1%	24	100.0%	12

سمحت نتائج الجدول أعلاه من حذف البنود ذات درجة الأهمية المنخفضة وبالتالي تحصلنا على استبيان مكون من 16 بندا موزعين بشكل عشوائي، هذا الأخير تم التأكد من خصائصه السيكومترية كما سنوضحه فيما يلي:

❖ حساب الثبات:

تم حساب الثبات بطريقتين:

1-معامل ألفا كرومباخ:

جدول رقم 23: معامل ألفا كرومباخ لاستبيان السلوك الغذائي الصحي

قيمة المعامل	الاستبيان
0.834	معامل ألفا كرومباخ

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل ألفا كرومباخ بلغت 0.834 وهي درجة مقبولة تعكس ثبات المقياس.

2-التجزئة النصفية :

تم حساب متوسط درجات النصف الأول ومتوسطات درجات النصف الثاني في العينة الاستطلاعية الأولى وكذلك حساب معامل براون ومعامل التجزئة النصفية جيتمان، كما يوضحه الجدول التالي.

جدول رقم 24: نتائج معاملات ارتباط التجزئة النصفية لاستبيان السلوك الغذائي الصحي

قيمة المعامل	المعاملات
0.716	معامل الارتباط بين النصفين
0.835	معامل سبيرمان براون
0.823	معامل التجزئة النصفية جيتمان

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

نلاحظ من خلال الجدول أن قيم المعاملات مرتفعة ما يدل على تمتع الاستبيان بثبات جيد.

❖ حساب الصدق:

1-الصدق التمييزي: يشير الصدق التمييزي إلى قدرة الاستبيان على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها ويعتمد على ترتيب الدرجات المتحصل عليها تصاعدياً أو تنازلياً، ثم إجراء عملية مقارنة بين الفئتين العليا والدنيا ممن تحصلوا على درجات مرتفعة ولقد بلغ عددهم 36 والذين تحصلوا على درجات منخفضة وكان عددهم كذلك 36 وهذا بنسبة 27%. ويبين الجدول أدناه نتائج اختبار "ت" لتقييم الفروق بين الفئتين. (ن=131)

جدول رقم 25: نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والدنيا

الفئة	م	ع	خطأ الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
العليا	22.49	3.97	0.66	24.77	0.00
الدنيا	41.69	2.30	0.38		

يظهر من خلال الجدول أن قيمة بلغت ت = 24.77، عند مستوى الدلالة أقل من 0.05 مما يعني أن الاستبيان يتمتع بقدرة تمييزية بين العنيتين المتطرفتين في السلوك الغذائي الصحي.

2-صدق الاتساق الداخلي: تم التحقق من صدق الاختبار بطريقة الاتساق الداخلي بحساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل درجة من بنود الاستبيان والدرجة الكلية له. من خلال الجدول أدناه نلاحظ أن معاملات الارتباط قدرتها وحتبين 0.673 و 0.306 و كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة أقل من 0.001 و 0.01 وهو ما يؤكد أن الاستبيان يتمتع بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي كما يظهر في الجدول الموالي:

جدول رقم 26: معاملات الارتباط بيرسون للبنود مع الدرجة الكلية لسلم تقدير السلوكيات الغذائية الصحية

البند	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية
1	0.673**	9	0.530**
2	0.592**	10	0.393**
3	0.522**	11	0.552**
4	0.575**	12	0.418***
5	0.306**	13	0.322**
6	0.479**	14	0.473***
7	0.346**	15	0.444***
8	0.607**	16	0.581**

** دال عند $p > 0.01$ *** دال عند $p > 0.001$

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

1-3-3-1 الدراسة الاستطلاعية الثالثة: بناء استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

1-3-3-1 أهداف الدراسة: هدفت الدراسة الاستطلاعية الحالية إلى:

أولاً: إعداد استبيان لتقدير جودة الحياة المرتبطة بالتغذية لدى فئة لشباب، والتي تقصد بها الباحثة مجموع الشروط الموضوعية المتوفرة لدى الشباب فيما يخص ممارساتهم الغذائية بالإضافة إلى تقييمهم الذاتي لها، باعتبارهما نتاج لإدراكهم الواعي لمدى الرضا المتحقق في مختلف المجالات التي تغطيها الوظيفة الغذائية والتمثلة في الوظيفة البيولوجية المتمثلة في عملية التزود بالمغذيات والسعرات الحرارية اللازمة لبناء وصيانة والجسم، الوظيفة النفسية بشقها الانفعالي المتجسد بالإحساس بالمتعة، اللذة والسعادة والشق المعرفي المرتبط بالمعارف والوعي وأخيراً الوظيفة الاجتماعية المرتبطة بالجوانب العلائقية للأفراد في السياقات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.

ثانياً: التأكد من مدى صلاحية الاستبيان بمجموع أبعاده للتطبيق، وهذا من خلال حساب خصائصه السيكمترية.

1-3-3-1 حدود الدراسة: امتدت الدراسة على مدار السنة الدراسية 2019/2018، وشملت عينة قوامها 240 تلميذ ثانوي على مستوى عدد من ثانويات مدينة باتنة (العربي التبسي، الإخوة العمراني).

1-3-3-1 الأساليب الإحصائية المستخدمة: تم استخدام المتوسطات، الانحرافات المعيارية، معامل الارتباط بيرسون، اختبارات اختبار Shapiro-Wilk، الانحدار الخطي المتعدد والتحليل العاملي الاستكشافي.

1-3-4-1 خطوات إجراء الدراسة:

1-3-4-1 الاطلاع على عينة من مقاييس جودة الحياة لفئتي الأطفال والمراهقين وعينة من مقاييس جودة الحياة المرتبطة بالصحة والتي نذكر منها:

kidscreen 27 ✓

kidscreen52 ✓

Kidscreen 10 المقاييس السابقة متوفرة على الرابط www.Kidscreen.org ✓

(QoL-C) مقياس جودة الحياة للأطفال The Quality of Life scale for Children ✓

✓ مقياس انجيرسول وماريرو لجودة حياة للشباب. (Marrero, & Ingersoll) (1991)

✓ مقياس كاظم ومنسي لجودة حياة الطلبة.

✓ مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة Sf 36 "أوما يعرف بـ Short Form-36 Health Survey.

✓ Satisfactiion with food –related life scale (SWFL)

لـ (2007) Grunet وآخرون وهو مكون من خمسة بنود تتضمن مدى رضا الأفراد عن طعامهم وعلاقته بجودة حياتهم (Berta Schnettler, 2011)

بعد الاطلاع على المجموعة السابقة من المقاييس، وبالأخص تلك الموجهة لفئة الشباب وبالرغم من حصولي على إذن باستخدام Kidscreen27 ، الذي قررت بعد الاطلاع على بنوده بأن لا استخدمه في الدراسة الحالية لان عباراته لاتخدم بشكل جيد طبيعة جودة الحياة التي أبحث فيها والتي ترتبط بالسلوكيات الغذائية الممارسة لدى عينة الشباب وبالأخص المتفوق، بالإضافة إلى انه موجه لمسح مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى الأطفال الذين يعانون من أمراض مزمنة ويتراوح عمرهم من 8 الى 18 سنة وهو ما انطبق على كل مقاييس جودة الحياة للفئة الشابة.

1-3-4-2 البحث على ما جاء به التراث النظري فيما يتعلق بدمج مفهومي جودة الحياة والسلوكيات الغذائية بشكل عام ولدى فئة الشباب بشكل خاص، ولقد أسفرن نتائج البحث في عدد لا بأس به في قواعد البيانات والمجلات العلمية المتخصصة ذات الوزن الأكاديمي (على غرار: European Scientific Journal – onlinelibrary willey–sciencedirect –Public Health Nutrition –Biomed– elseiver –Hindawi libraryWeb of Science –Medline, Cochrane Library) إلى أن الدراسات التي اهتمت ببناء أدوات لقياس هذا المفهوم الهجين والمركب كانت قد بدأت منذ سنة 2008 وهي مستمرة إلى يومنا هذا.

معظم المقاييس التي تم الاطلاع عليها كانت حول حسن الحال الغذائي، وأجودة الاستهلاك الغذائي من وجهة نظر اقتصادية.

1-3-4-3 إعداد النسخة الأولية: بالاعتماد على ما تم جمعه من تراث نظري تم إعداد نسخة أولية من استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية تتضمن مجموعة من البنود تقيس ثلاثة مجالات توافق الوظائف الثلاث الأساسية التي يجب أن تتحقق من خلال عملية التغذية وهي:

-جودة الوظيفة البيولوجية: يبحث هذا المجال في طبيعة تأثير السلوكيات الغذائية الممارسة (اختيار الأغذية، طرق تحضيرها، كيفية، زمن ومدة تناولها) على الجسم وبالأخص الجهاز الهضمي باعتباره المسئول عن هضم الغذاء ومن ثم امتصاصه وتوزيعه لمختلف أعضاء الجسم، كما تتضمن عبارات تبحث في مدى توفير السلوكيات الغذائية للطاقة (مدى التعب الذي يعاني منه المفحوص)، ومدى قدرتها على صيانة وترميم الجسم (درجة التعرض للأمراض ودرجة التعافي منها).

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

-جودة الوظيفة النفسية: تتكون من عبارات تقيس حسن الحال المرتبط بالتغذية والتي تعكس مدى توفر أو غياب الشعور بالرضى أو الشعور بالندم أو الانزعاج كمتغيرات انفعالية ترافق السلوكيات الغذائية الممارسة هذا من جهة، وعبارات تقيس المتغيرات المعرفية المعبرة عن الوعي الغذائي.

-جودة الوظيفة الاجتماعية: يبحث هذا المجال في مدى تدعيم الإمكانات المادية للتغذية، بالإضافة إلى الوقوف على كل المتغيرات المرتبطة بالأنشطة الاجتماعية وعلاقتها بالتغذية (المناسبات الاجتماعية، الدعم الاجتماعي)، بالإضافة إلى الجانب الديني المتمثل بمفهوم الصدقة وعدم التبذير.

1-3-4-4 تم عرض الاستبيان ونبذة مختصرة عن طبيعة موضوع البحث على مجموعة من أساتذة الثانوي والمتوسط وبعض مفتشي مادتي العلوم واللغة العربية على مستوى مديرية التربية لولاية باتنة، بهدف التحقق من الصدق الظاهري، حيث طلب منهم الحكم على مدى ملائمة العبارات للمجال الذي تنتمي إليه، ومدى ملائمة وسهولة الصياغة اللغوية للعبارات بالإضافة إلى مدى وضوح التعليمات بالإضافة إلى تقييم بدائل الإجابات.

تمت إعادة الصياغة اللغوية لبعض العبارات لجعلها أكثر سهولة للفهم، كما اقترح تجنب عبارات النفي، أما بالنسبة للتعليمات، فقد اقترح بعض الأساتذة فصلها عن قائمة العبارات الموجهة لجمع المعلومات الديمغرافية والشخصية، أما فيما يخص مدى ملائمة انتماء العبارات للمجالات المقترحة فلم يتم تلقي ملاحظات مفيدة وقد يعود هذا لعدم اطلاعهم الكافي على موضوع البحث وأخيرا اقترح معظم المحكمين استخدام ثلاث بدائل إجابة على الأقل.

ولقد رأت الباحثة أن تستخدم ثلاث بدائل وليس خمسة وهو ما يتفق مع دراسة أجراها Robert A.Cumins و Eleonora Gullone توصلت نتائجها إلى عدم استخدام مقياس الليكرت الخماسي لقياس جودة الحياة خاصة الذاتية.

1-3-4-5 تم توزيع النسخة الأولية على عينة مكونة من 13 تلميذ بثانوية العربي التبسي، و 10 من طلبة الإقامة الجامعية بن أم السعد، للتعرف على الصعوبات التي واجهتهم أثناء الإجابة عن الاستبيان، وجاءت مقترحات التغييرات كما هو موضح في الجدول التالي:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

جدول رقم 27: التعديلات المقترحة لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

التعديل المقترح	الفقرة
أحب الأكلات الجديدة، متعة السفر في الأكل	يضاعف اكتشافي للأكلات الجديدة من متعة السفر.
أغضب عندما أكثر من الأكل	أشعر بالندم عندما أفرط في الأكل.
أهتم بقياس وزني، لا أتناول الطعام الذي يسمنني، الميزان ضروري في حياتي	أراقب بحذر ما أتناوله للحفاظ على وزن مناسب.
يجب أن أتناول غذاء جيد حتى لا أمرض.	أنا واع بأن ما أتناوله من غذاء صحي يساعدني في الحفاظ على صحتي.

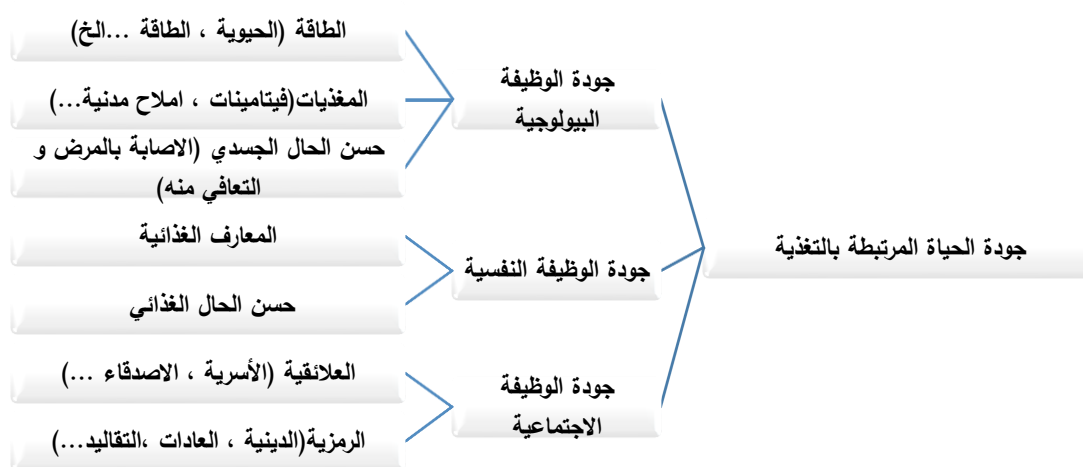
اقترح البعض أن يتم استخدام الألوان لعدم تقويت الإجابة، كما اقترحت مجموعة من التلاميذ عدم استخدام اللغة العربية الفصحى واختصار بعض العبارات الطويلة.

1-3-4-6 بناء على ما سبق تمت صياغة بنود الاستبيان بشكله النهائي، حيث تم اعتماد الملاحظات والتعديلات المقترحة وتضمن الاستبيان 24 بند موزعة كما يلي:

جدول رقم 28: توزيع البنود حسب محاور استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

عدد البنود	المؤشر	المحور
08	التزود بالمغذيات، كفاية السرعات الحرارية، التعرض والتعافي من المرض	جودة الوظيفة البيولوجية
08	الانفعالات المصاحبة للتغذية والمعارف التغذوية المرتبطة بها.	جودة الوظيفة النفسية
08	رمزية الأكل، التفاعلات الاجتماعية والعوامل الاقتصادية المصاحبة له.	جودة الوظيفة الاجتماعية

ويوضح المخطط الموالي بنية الاستبيان:



مخطط رقم 19: مخطط بنية استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

يقيس الاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية، من خلال اختيار أحد بدائل الإجابة: دائما، أحيانا ونادرا، لم يتم إدراج البديل أبدا لأن أي من بنود الاستبيان يحتمل أن تكون موجودة ولو بالقدر الضئيل ويصح الاستبيان كما يلي:

جدول رقم 29: بدائل الاستجابات لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

الدرجة	البدائل
2	دائما
1	أحيانا
0	نادرا

1-3-4-7 حساب الخصائص السيكومترية للاستبيان:

❖ تحديد بنود الاستبيان: بعد الانتهاء من اعداد الاستبيان تم توزيعه على عينة عرضية من تلاميذ المستوى الثانوي (ثانوية الاخوة العمراني، ثانوية العربي التبسي) للكشف من خلال التحليل العاملي الاستكشافي على طبيعة البنية العاملية للاستبيان وبالتالي التأكد مبدئيا من التقسيم النظري الذي اعتمده الباحثة ولهذا الغرض كان يجب توفر الشروط التالية:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

❖ **العينة:** تم اختيار عينة مكونة من 240 تلميذ، ولقد تم اختيار هذا العدد بالرجوع احد شروط تطبيق التحليل الاستكشافي فيما يخص العينة والذي يجب أن يوافق المعادلة التالية: عدد العينة = عدد المتغيرات $10^* = 24 * 10 = 240$ (عزت عبد الحميد، 2011، 462).

تجدر الإشارة إلى أن السبب وراء اقتصار العينة على تلاميذ الثانوي هو لتحقيق شرط التجانس من حيث العمر والجنس والمستوى الدراسي.

جدول رقم 30: المتوسط والانحراف المعياري لدرجات استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

الانحراف المعياري	المتوسط	ن
5.60	30.17	240

❖ وصف العينة:

النسبة	العدد	الجنس
%45.83	110	ذكور
%54.16	130	إناث
%100	240	السن (0.87±15.81)
%8.8	21	14
%34.58	83	15
%48.75	117	16
%5.4	13	17
%2.5	6	18
النسبة	العدد	المستوى
%42.9	103	السنة الأولى
%50.8	122	السنة الثانية

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

السنة الثالثة	15	6.3%
الثانوية	العدد	النسبة
الاخوة العمراني	173	72.08%
العربي التبسي	67	27.9%

يظهر من الجدول أن عدد الذكور والإناث ليس متباعد فقد كان على التوالي 110 و130 بفارق 20 فرد فقط أما بالنسبة للسنة فقد كانت النسبة الأكبر لسنة عشر سنة بعدد 117 وهو يقارب عدد 122 للسنة الثانية.

أما بالنسبة للتلاميذ ممن كان سنهم 14 سنة فقد شكلوا نسبة 8.8% وهم على الأرجح قد التحقوا بالمدرسة في سن خمس سنوات.

أما بالنسبة لتوزيع الثانويات فقد كان مقصودا من أجل التحكم في العينة المستخدمة لحساب الثبات عبر الزمن والذي تم على مستوى ثانوية العربي التبسي.

1- التحقق من شرط الاعتدالية:

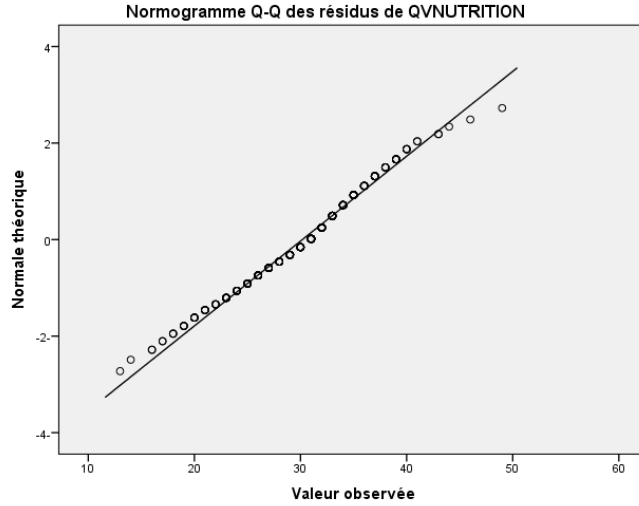
أسفرت عملية تشخيص الاعتدالية عن النتائج الموضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم 31: جدول نتائج اختبار الاعتدالية

المؤشرات			
الخطأ المعياري	القيم		
.32252	30.173	المتوسط	جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
	30.244	المتوسط الفرضي	
	31.000	الوسيط	
.1380	.226-0	الالتواء	
.2760	.3330	التفطح	
الدالة	القيم		
0.11	9880.	Shapiro-Wilk	

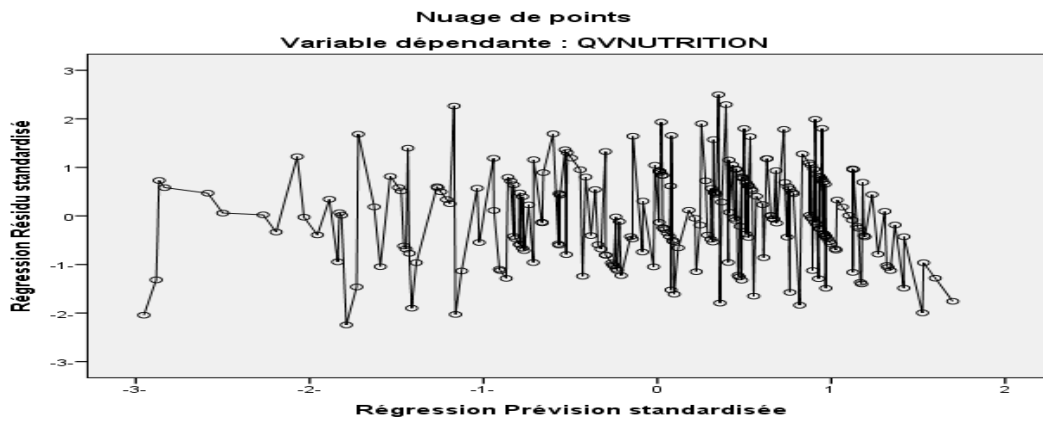
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

من الجدول نلاحظ أن قيمة الوسيط قدرت بـ 31 وقيمة المتوسط 30.17 وهما قيمتان متقاربتان حيث أن الفرق بينهما ضئيل (0.83)، أما قيمة كل من الالتواء والتقلطح فكانتا على التوالي -0.226 و 0.333 وهي أقل من ضعف الخطأ المعياري (0.645)، كما أن قيمة اختبار Shapiro-Wilk قدرت بـ 0.988 ولم تكن دالة وهو ما يدل على اعتدالية التوزيع لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية لدى العينة. وهو ما يظهر من خلال مستقيم الانتشار (Q-Qplots) حيث تتوضع معظم القيم فوق المستقيم أو قريبة جداً منه.



شكل رقم 10: محور انتشار قيم جودة الحياة المرتبطة بالتغذية (Q-Qplots)

2- التحقق من شرط العلاقات الخطية: ويقصد بها وجود علاقات خطية (Linear Relationships) وليس منحنية (Curve) بين المتغيرات (البنود) وعدم وجود ارتباطات صفرية بينها. ويوضح الشكل الموالي تحقق هذا الشرط.



تم استعمال أسلوب الانحدار الخطي المتعدد لتحديد البنود المساهمة في التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالتغذية وهذا مع تشخيص الازدواجية الخطية بين المتغيرات عن طريق حساب مؤشر عامل تضخم التباين (VIF) ومؤشر التحمل ($VIF/1 = \text{Tolerance}$) بهدف التخلص من البنود المسببة للازدواجية الخطية، وجاءت النتائج كما يلي:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

جدول رقم 32: مؤشرات تضخم التباين والتحمل للبنود الداخلة في نموذج الانحدار المتعدد ل جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

إحصاءات الازدواجية الخطية		النموذج	
VIF	التحمل قيمة		
1.350	.741	1	البند
1.237	.809	2	
1.230	.813	3	
1.665	.601	4	
1.407	.711	15	
1.337	.748	16	
1.418	.705	17	
1.598	.626	18	
1.283	.779	19	
1.240	.807	20	
1.497	.668	21	
1.606	.623	22	
1.659	.603	23	
1.185	.844	24	

نلاحظ من الجدول أن كل مؤشرات تضخم التباين كانت أقل من 10 وهو ما يشير إلى عدم وجود ازدواجية خطية بالنسبة لهذه البنود التي سيتم الاحتفاظ بها لبناء استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية، أما باقي البنود فقد كانت مؤشرات تضخمها أكبر من 10 وبهذا تم استبعادها من نموذج الانحدار الخطي، وبهذا أصبح الاستبيان مكونا من 14 بندا بدل من 24، وسيتم فيما يلي فحص خصائصه السيكومترية. وكان متوسطه وانحرافه المعياري كما يلي:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

جدول رقم 33: المتوسط والانحراف المعياري لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بعد حذف البنود المسببة للازدواجية الخطية

الانحراف المعياري	المتوسط	ن
5.10	20.62	240

3- حساب الصدق:

3-1 الصدق العاملي: استخدم التحليل العاملي بالاعتماد على طريقة المكونات الأساسية، مع القيام بتدوير العامل تدويرا متعامدا (Varimax-Rotation) لاستخلاص العوامل التي تزيد جذورها الكامنة عن الواحد الصحيح، مع تحديد 0.30 كحد أدنى لدرجة تشبع البند على العامل. بعد 6 محاولات تم الحصول على النموذج العاملي كما سنوضحه في الجداول التالية:

جدول رقم 34: نتائج اختبار التأكد من جودة القياس KMO

KMO و test de Bartlett مؤشر		
.855	مقياس كفاية العينة. Kaiser-Meyer-Olkin	
715.369	Khi-deux	اختبار التكويرية Bartlett
91	Ddl	
.000	Bartlett دلالة	

يظهر من الجدول أن قيمة KMO التي نستدل بها على كفاية العينة قدرت بـ 0.855 وهي قيمة مرتفعة وقريبة من الواحد وعند قيمة دلالة 0.000، حيث أن الحد الأدنى لهذه القيمة هو 0.6 كما أن قيمة معامل اختبار التكويرية قدر بـ 715.369 عند مستوى دلالة 0.00 وهذا يعني أن الارتباطات الثنائية بين البنود ملائمة للتحليل العاملي وبهذا يكون النموذج أو القياس جيد.

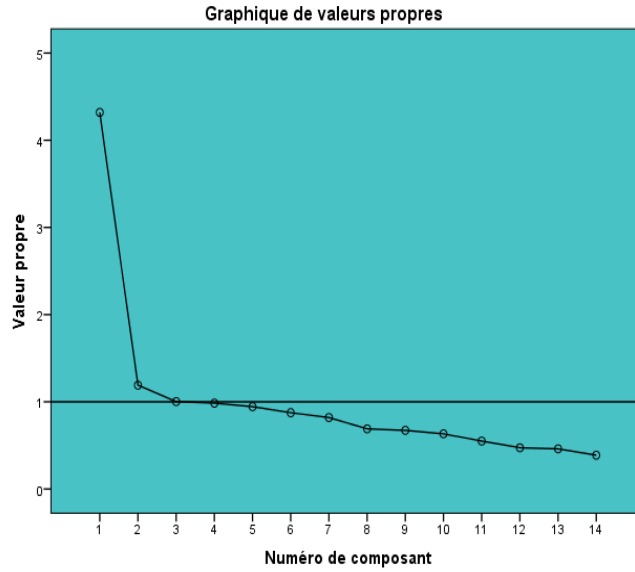
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

جدول رقم 35: الجذور الكامنة والنسبة المفسرة قبل وبعد التدوير العوامل

التباين الكلي المفسر									
استخراج مجموع مربعات العوامل للتدوير			استخراج مجموع مربعات العوامل المبدئية			القيم الصحيحة المبدئية			العامل
المتراكمة %	التباين %	المجموع	% المتراكمة	التباين %	المجموع	المتراكم %	التباين %	المجموع	
16.747	16.747	2.345	30.849	30.849	4.319	30.849	30.849	4.319	1
33.465	16.718	2.341	39.354	8.505	1.191	39.354	8.505	1.191	2
46.513	13.049	1.827	46.513	7.160	1.002	46.513	7.160	1.002	3
						53.547	7.033	.985	4
						60.289	6.742	.944	5
						66.538	6.249	.875	6
						72.393	5.855	.820	7
						77.321	4.928	.690	8
						82.123	4.802	.672	9
						86.642	4.519	.633	10
						90.568	3.925	.550	11
						93.947	3.379	.473	12
						97.233	3.286	.460	13
						100.00	2.767	.387	14

أسفر الحل العاملي كما يظهر في الجدول عن ثلاث عوامل أو محاور تفسر مجتمعة 46.511% من التباين الكلي لبند الاستبيان وهي قيمة مقبولة، كما يتضح من خلال الجدول أن الجذور الكامنة للمحاور هي: 4.319، 1.191، 1.002 وهي تفسر الكميات التالية من التباين الكلي للاستبيان 16.747، 16.718، 13.049.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة



يتضح من الشكل وجود ثلاث عوامل أكبر من الواحد وبقية العوامل أقل من الواحد، وهو ما يوافق العوامل الثلاث المستخرجة.

جدول رقم 36: مصفوفة العوامل بعد التدوير

العوامل			البنود
3	2	1	
		.701	16
		.681	17
		.617	18
		.616	19
		.446	3
	.749		1
	.618		22
.313	.614		4
	.521	.362	15
	.514		2
.737			24
.721			23
.592	.418		21
.307			20

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

يتضح من الجدول أعلاه أن كل البنود تشبعت بقيم أكبر من 0.3 وأن 11 بندا من أصل 14 تشبع كل واحد منها على عامل واحد فقط وهو ما يؤكد افتراض الباحثة بأن جودة الحياة المرتبطة بالتغذية تتوزع على ثلاث محاور أساسية مستقلة عن بعضها البعض، أما بالنسبة لباقي البنود فستلحق للعامل الذي تشبعت به أكثر من غيره. وكنتيجة فقد أسفرت نتائج التحليل العاملي عن وجود ثلاث عوامل أو محاور وهي:

العامل الأول: محور جودة الوظيفة البيولوجية وتكون من البنود: 16-17-18-9-03 حيث تراوحت تشبعاتها على هذا المحور من 0.701 إلى 0.441 مفسرة ما نسبته 16.747 % من التباين الكلي.

العامل الثاني: محور جودة الوظيفة النفسية وتكون من البنود: 1-22-4-15-02 حيث تراوحت قيمة تشبعاتها على هذا المحور من 0.749 إلى 0.512 مفسرة ما نسبته 16.718 % من التباين الكلي.

العامل الثالث: محور الوظيفة الاجتماعية: وتكون من البنود: 24-23-21-22 حيث تراوحت قيمة تشبعاتها من 0.737 إلى 0.307 مفسرة ما نسبته 13.049 % من الاستبيان.

طريقة التصحيح وتقسيم الفئات: أسفر التحليل العاملي عن الاحتفاظ بـ 14 بند إيجابية تصحح وفقا للبدائل (دائما، أحيانا، نادرا) بالقيم (1، 2، 0) وبهذا تكون أعلى درجة يحصل عليها المفحوص هي 28 وأدناها 0 وهي تدل على أنه لا يتمتع بأي جودة حياة مرتبطة بالتغذية.

3-2 الصدق التمييزي: يشير الصدق التمييزي إلى قدرة الاستبيان على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها ويعتمد على ترتيب الدرجات المتحصل عليها تصاعديا أو تنازليا، ثم إجراء عملية مقارنة بين الفئتين العليا والدنيا ممن تحصلوا على درجات مرتفعة ولقد بلغ عددهم 65. والذين تحصلوا على درجات منخفضة وكان عددهم 65. وهذا بنسبة 27 % . ويبين الجدول الموالي نتائج اختبار "ت" لتقييم الفروق بين الفئتين.

جدول رقم 37: نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والدني الاستبيان جودة الحياة

المرتبطة بالتغذية

الفئة	م	ع	خطأ الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
العليا	13.123	2.96	0.367	32.175	0.000
الدنيا	25.753	1.10	0.136		

يظهر من خلال الجدول أن قيمة ت بلغت 32.175، عند مستوى الدلالة 0.000 وهو أقل من أقل من 0.005 مما يعني أن الاستبيان يتمتع بقدرة تمييزية بين العينتين المتطرفتين في جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

3-3 الاتساق الداخلي:

تم التحقق من صدق الاختبار بطريقة الاتساق الداخلي بحساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل درجة من بنود الاستبيان والدرجة الكلية له.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

جدول رقم 38: معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند
.650**	8	.539**	1
.552**	9	.439**	2
.482**	10	.455**	3
.568**	11	.646**	4
.621**	12	.605**	5
.603**	13	.535**	6
.439**	14	.555**	7

تراوحت معاملات الارتباط بين القيم: 0.4 و 0.6 وكلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة أقل من 0.01 وهو ما يدل على أن الاستبيان يتمتع باتساق داخلي.

كما تم حساب معاملات ارتباط بين درجات محاور الاستبيان والدرجة الكلية وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم 39: جدول معاملات الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية للاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

الدرجة الكلية	المحاور
**0.837	جودة الوظيفة البيولوجية
**0.850	جودة الوظيفة النفسية
**0.761	جودة الوظيفة الاجتماعية

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والمحاور كانت مرتفعة وكلها دالة عند المستوى 0.01 وهو ما يدل على الاتساق الداخلي للاستبيان.

4-الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين:

4- 1 معامل ألفا كرومباخ:

جدول رقم 40: معامل ألفا كرومباخ لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

قيمة المعامل	الاستبيان
0.802	معامل ألفا كرومباخ

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل ألفا كرومباخ بلغت 0.802 وهي درجة مرتفعة تعكس ثبات

المقياس.

4-2 التجزئة النصفية: تم حساب متوسط درجات النصف الأول ومتوسطات درجات النصف الثاني في العينة

الاستطلاعية الأولى وكذلك حساب معامل براون ومعامل التجزئة النصفية جيتمان، كما يوضحه الجدول التالي.

جدول رقم 41: نتائج معاملات ارتباط التجزئة النصفية لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

قيمة المعامل	المعاملات
0.703	معامل الارتباط بين النصفين
0.826	معامل سبيرمان براون
0.826	معامل التجزئة النصفية جيتمان

نلاحظ من خلال الجدول أن قيم المعاملات مرتفعة ما يدل على تمتع الاستبيان بثبات جيد.

4-3 الثبات من خلال إعادة التطبيق:

تمت إعادة تطبيق الاستبيان على قسمين للسنة الثانية ثانوي شعبة علوم تجريبية بثانوية العربي التبسي

المكونين من مجموع 67 تلميذ، حيث اشرفت أستاذة مادة الفرنسية على كلا التطبيقين خلال درسها، وهذا

بفاصل زمني قدر بأسبوعين وقدر معامل الارتباط بيرسون لنتائج التطبيقين للدرجات الكلية للعينة بـ 0.8

و0.9، 0.81، 0.85 بالنسبة لمحاور جودة الوظيفة البيولوجية، النفسية والاجتماعية وهو ما يدل على ثبات

الاستبيان عبر الزمن.

2- الدراسة الأساسية:

2-1 أهداف الدراسة: جاءت الدراسة الحالية بغرض:

- 1- التأكد من الشروط الضرورية لإجراء مختلف الاختبارات.
- 2- الإجابة على أسئلة الإشكالية، سواء بشكل مباشر أو من خلال وضع الفرضيات المناسبة.
- 3- التحقق من الفرضيات باستعمال الأساليب الإحصائية المناسبة.

2-2 منهج الدراسة: اعتمد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الفارقي والوصفي الارتباطي لدراسة كل من الفروق وطبيعة العلاقات بين المتغيرات.

2-3 أدوات الدراسة: اعتمدت هذه الدراسة على أداتين أساسيتين تم بنائهما من طرف الباحثة وهما استبيان السلوك الغذائي الصحي وجودة الحياة المرتبطة بالتغذية وهذا بعد التأكد من خصائصهما السيكومترية كما تمت الإشارة إليه بالتفصيل على مستوى الدراسات الاستطلاعية الثانية والثالثة.

2-4 الأساليب الإحصائية المستخدمة: تم استخدام النسب المئوية، المتوسطات، الانحرافات المعيارية اختبار كولموغوروف سيمونوف، اختبارات واختبار ف والاختبارات البعدية كاختبار شيفي واختبار أقل فرق دال LSD، تحليل التباين أحادي الاتجاه، تحليل التباين الثنائي، الانحدار اللوجستي الرتبي للتعرف على المتغيرات المستقلة المساهمة في إحداث تغيرات في المتغير التابع، الانحدار الخطي المتعدد للكشف عن مدى إمكانية تنبؤ المتغيرات المستقلة بدرجات المتغير التابع وللتخلص من مشكلة الازدواجية الخطية

2-5 حدود الدراسة:

2-5-1 الحدود المكانية والزمانية للدراسة: تمت الدراسة خلال السنة الدراسية الجارية (2019-2020) وكانت على مستوى ثانويات: الاخوة العمراني، العربي التبسي ومحمد العيد آل خليفة.

2-5-2 الحدود البشرية: وتمثلت في عينة الدراسة التي تم انتقائها وفق الخطوات التالية التعرف على مجتمع الدراسة: أحصى مركز التوجيه المدرسي والمهني التابع لمديرية التربية بولاية باتنة عدد 1943 متفوق حاصل على معدل يساوي أو يفوق 20/16 للثلاثي الأول للسنة الدراسية الجارية على مستوى ثانويات مدينة باتنة وهو ما يمثل مجتمع الدراسة.

يتوزع هذا العدد كمايلي: 910 متفوق في السنة الأولى ثانوي بنسبة 46.83%، 808 متفوق في السنة الثانية بنسبة 41.58% و 225 متفوق في السنة الثالثة بنسبة 11.58%، تظهر النسب تتدرج بشكل تنازلي من السنة الأولى إلى السنة الثالثة.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

❖ تحديد حجم العينة: تم استخدام معادلة رابطة التربية الأمريكية لـ (Kergcie & Morgan 1970) وعبارتها

$$n = \frac{X^2 \cdot NP(1-P)}{d^2(N-1) + X^2P(1-P)}$$

هي:

حيث: n : حجم العينة المطلوب، N : حجم مجتمع البحث، P : مؤشر السكان يقدر بـ 0.05، d : نسبة الخطأ الذي يمكن التجاوز عنه واكبر قيمة له 0.05، X^2 : قيمة مربع كاي بدرجة حرية واحدة ويقدر بـ 3.841 عند مستوى ثقة 0.95.

عد تعويض القيم في المعادلة على عدد المجتمع الأصلي تحصلنا على عينة قدرها 321 تلميذ متفوق، وهو ما يمثل حجم عينة الدراسة.

ولتحديد حجم عينة من كل طبقة (مستوى دراسي) (n_i) تم تطبيق المعادلة التالية:

$$n_i = n \cdot N_i / N$$

حيث تمثل n حجم عينة الدراسة (321)، N_i حجم المجتمع الأصلي للطبقة (حسب المستوى الدراسي: 910 أو 808 أو 225) و N حجم المجتمع الأصلي الكلي (1943) وبتطبيق المعادلات حصلنا على ما مجموعه 318 متفوق وهو ما سيمثل عينة الدراسة ويوضح الجدول الموالي حجم عينة كل مستوى دراسي:

جدول رقم 42: توزيع عينة الدراسة حسب المستويات

النسبة من العينة الممثلة لمجتمع الدراسة	عينة الدراسة	المجتمع الأصلي	
46.72%	150 \approx 150.33	910	السنة الأولى
41.43%	134 \approx 133.48	808	السنة الثانية
11.52%	37 \approx 37.17	225	السنة الثالثة
100%	321	1943	كل المستويات

يجب الإشارة إلى أن عددا وقدره 27 تلميذ رشحهم الأساتذة ضمن العينة بالرغم من عدم تحصلهم على المعدل 20/16 ومع هذا تم الإبقاء عليهم.

❖ سحب العينات: تم استخدام السحب العشوائي الطبقي و للقيام بهذه العملية، تم القيام بالإجراءات التالية:
- بعد الحصول على إذن من مديرية التربية تم توزيع عدد (650) من الاستبيانات المرفقة ببطاقة المعلومات على أربع ثانويات ممن كان مدرائها ومستشاري التوجيه متعاونين ويتعلق الأمر بكل من ثانوية الإخوة العمراني،

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

محمد العيد آل خليفة، العربي التبسي، حملة 01. ولقد تم توزيع هذا العدد الذي يفوق ضعف عينة الدراسة لتوفير فرصة أكبر للحصول على عينة ممثلة لمجتمع الدراسة.

- تم التواصل مع مستشاري التوجيه وفي بعض الحالات بالمشرفين التربويين المتواجدين في الثانويات لكي نشرح لهم التعليمات التي يجب عليهم وعلى الأساتذة الذين سيوزعون الاستمارات في حصتهم التقيد بها والمتمثلة في تطبيق شروط الترشيح كما جاء في الدراسة الاستطلاعية الأولى.

- بعد استرجاع الاستمارات خلال مدة 17 يوما، وأسفرت عملية الفرز التي كانت الباحثة تقوم بها أثناء عملية إدخال المعطيات عن الاحتفاظ بعدد 486 استمارة كاملة فقط، موزعة كما يلي: 75 استمارة للسنة الثالثة، 196 السنة الثانية و 236 للسنة الأولى.

- سحبت العينة بطريقة عشوائية بسيطة لكل مستوى دراسي على حدى، وهذا باستعمال برنامج spss23 مع تحديد نسبة العينة العشوائية المراد سحبها من كل مستوى دراسي. (التعليمة في spss23 نجدها ضمن قائمة Données- sélectionner échantillon aléatoire)

الخطوات السابقة كانت من اجل تحقيق أجود تمثيل للمجتمع الأصلي واكبر دقة في سحب العينة. وبهذا تحصلنا على عينة الدراسة الاساسية والتي تميزت بالخصائص التالية.

❖ وصف العينة:

جدول رقم 43: توزيع العينة حسب الجنس والسن

المتغيرات الديمغرافية	العدد	النسبة
أنثى	177	55.14%
ذكر	144	44.85%
السن (1.01±15.84) و14 و15 سنة	119	37.07%
16 و17 سنة	183	57%
18 سنة	19	5.9%

كانت الإناث أكثر حضورا في العينة بنسبة 55.14% مقارنة بالذكور الذين كانت نسبتهم 44.85%، كما يظهر من الجدول أن أكبر نسبة كانت للفئة العمرية (16-17) سنة وقدّرت بـ 57% وهي توافق مستوى

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

السنة الثانية ثانوي، والتي كان الوصول إليهم والحصول على استجاباتهم أسهل مقارنة مع تلاميذ الفئة العمرية (14-15) وإن كانت نسبة تواجدهم في العينة لا بأس بها (39.07%) مقارنة مع فئة 18 سنة والتي تنتمي كلها لأقسام المستوى النهائي. وفيما يلي وصف لبعض خصائص العينة حسب بعض متغيرات: المدخول الشهري للأولياء، المصروف اليومي، المستوى التعليمي للام والأب، ممارسة الرياضة، الرضا عن الجسم، طبيعة الرضا، ممارسة الرياضة.

جدول رقم 44: توزيع العينة حسب متغيرات المدخول الشهري للأولياء، المصروف اليومي، المستوى التعليمي للام والأب، ممارسة الرياضة، الرضا عن الجسم، طبيعة الرضا.

النسبة %	العدد	المتغير	
1.24	4	018000-2500	قيمة المدخول الشهري للأولياء بالدينار الجزائري
42.1	134	26000-50000	
57	318	60000+	
31.46	101	00	المصروف اليومي بالدينار
11.83	38	أقل من	
23.05	74	]100-50[
32.08	103	]200-100[
1.55	5	]500-200[
0.93	3	ابتدائي	المستوى التعليمي للام
7.7	25	متوسط	
24.29	78	ثانوي	
66.97	215	جامعي	
1.55	5	ابتدائي	المستوى التعليمي للأب

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

6.85	22	متوسط	
25.23	81	ثانوي	
71.96	213	جامعي	
17.13	55	لا	اهتمام الأولياء بالتغذية الصحية
82.86	266	نعم	
72.58	233	لا	الاستفادة من برنامج التثقيف الغذائي
27.41	88	نعم	
57.94	186	طبيعية	الرضاعة
4.04	13	اصطناعية	
38.00	122	مختلطة	
87.02	67	أقل من 18.5 نحافة (1)	BMI
5368.	202	[18.5-24.9]وزن مثالي (2)	
9510.	34	[25-29.9]وزن زائد(3)	
0	0	[30-34.9]سمنة درجة 1	
0	0	[35-35.9]سمنة درجة 2	
0	0	40 وما فوق سمنة خطرة	

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

3062.	200	لا يمارس الرياضة	ممارسة الرياضة
.6937	211	يمارس	
65.10	920	راض عن الجسم	الرضى عن الجسم
34.89	112	غير راض عن الجسم	
86.6	278	لا يعاني مرض معين	المعاناة من مرض
13.39	34	يعاني مرض معين	

تتميز النسبة الأكبر من أسر عينة المتفوقين بمدخول شهري يساوي أو يزيد عن 60.000 دج (57%) في حين أن أقل نسبة كانت للأسر ضعيفة الدخل (1.24 %) ومع هذا لا تتحصل نسبة 31.46% على مصروف يومي، أما من يحصلون على المصروف اليومي فكانت أعلى نسبة للمبلغ المحصور بين 100 و 200 دج، وقد يرجع هذا لكون ثانويات العينة تقع بمقربة من المنازل ما يجعلهم في غنى عن استعمال المواصلات المكلفة كما أنهم يحصلون على وجبة منتصف النهار في بيوتهم ونلاحظ أن الأسر لا تعطي قيمة مالية مرتفعة لأبنائها حيث لم تتعدى نسبة من يحصلون على مصروف يفوق 200 دج لم تتعدى 1.55%.

أولياء تلاميذ العينة من ذوي المستوى الجامعي فهم يمثلون ما نسبة حوالي 72% بالنسبة للأباء و 67% بالنسبة للأمهات وهي نسب مرتفعة تفوق ثلثي العينة في حين أن أخفض نسبة كانت لذوي التعليم المحدود بنسبة تقل عن 2% في حين لم نسجل أي حالة من الأميين وقد يفسر هذا السياسة التعليمية التي تفرض التعليم الابتدائي منذ سن ست سنوات. يهتم 82.86% من الأولياء بالتغذية الصحية لأبنائهم وهو ما يعكس ارتفاع الوعي التربوي والصحي للأسر وهذا على عكس السياسات التربوية والصحية التي أما لا توفر العدد الكافي من برامج التثقيف الغذائي، أو أن هذه البرامج لا تصل للفئات المستهدفة كالتلاميذ أو أنها لا تستهوي هذه الفئات رغم توفرها وهو ما نلحظه من خلال العينة فما نسبته فقط 27.41% استفادت من هذه البرامج ولو لمرة واحدة.

حصل 57.94% من أفراد العينة على رضاعة طبيعية فقط وحصل 38% منهم على رضاعة مختلطة، وبهذا تكون أكثر من 90% من العينة قد تحصلت فعلا على رضاعة طبيعية ولو لمدة قصيرة أو بالموازاة مع الرضاعة الاصطناعية، بينما الرضاعة الاصطناعية فقد كانت نسبتها ضئيلة حوالي 4.04%.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

تشير الدراسات إلى اقتران الحصول على الرضاعة الطبيعية لمدة كافية بمؤشرات كتلة الجسم الطبيعية وهو ما يظهر لدى العينة فنسبة 68.53% يتمتعون بوزن مثالي ولم تسجل أي حالة بدانة وهو ما يفسر رضا حوالي 65.10% من العينة على أجسامهم رغم عدم ممارسة أزيد من 87% منهم الرياضة بشكل منتظم، إلا أن هذه الخاصية في العينة لم تتوافق مع نتيجة الدراسة المقطعية التي قام بها (Yassine.T Sarhan , 2013) على عينة من 396 مراهق بمدينة الفلوجة بالعراق (15-18 سنة)، حيث أن نسبة 89.39% منهم تتمتع بأوزان طبيعية، ومع هذا لم ترتبط الرضاعة الطبيعية مع مؤشر كتلة الجسم ($P=0.79$) من الجدول نلاحظ أن نسب مؤشر الجسم المثالية شكلت النسبة الأكبر لدى العينة وهو ما يدعم نتائج العديد من الدراسات التي تؤكد وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوزن الزائد للجسم ومستوى الذكاء المنخفض، إلا أنه ما لم يكن واضحا لفترة طويلة هو اتجاه السببية بمعنى هل يتسبب الوزن الزائد في الجسم في انخفاض الذكاء والتحصيل المعرفي والقدرات الذهنية بشكل عام أم ربما الأشخاص الذين يعانون من انخفاض نسبة الذكاء هم أكثر عرضة لارتفاع الوزن وهو ما خلصت إليه بعض الدراسات الطولية الحديثة حيث اعتبرت أن احد عوامل الخطر للسمنة هو انخفاض معدل الذكاء (Viatcheslav Wlassof,2016)وهو ما نجده متوفر على مستوى عينة الدراسة فحوالي 69% من المتفوقين الذين يفترض ارتفاع مؤشرات ذكاؤهم يتمتعون بوزن طبيعي بالنسبة لأطوالهم وبالتالي هم في منأى عن احتمالات التعرض للضعف المعرفي خاصة في مجال الوظائف التنفيذية، الانتباه والتركيز كما تشير له (Jessica.C , Kathy.F and all , 2011)

2-6 فرضيات الدراسة وإجراءات التحقق منها: قامت الدراسة الحالية على تحقيق الأهداف التالية:

2-6-1 التعرف على مستوى السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة لدى العينة وطبيعة توزيعها.

2-6-2 تحري أثر بعض المتغيرات مجتمعة في ممارسة السلوكيات الغذائية الصحية وهي متغيرات ديمغرافية (السن، الجنس، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للوالدين)، متغيرات ذات صلة بالوزن (الرضا عن الجسم ومؤشر كتلة الجسم) ومتغيرات ذات صلة بالحصول على الدعم (الاستفادة من برامج التنقيف الصحي، الاهتمام الوالدي بالتغذية الصحية) وأخرى ذات صلة بالصحة (طبيعة الرضاعة والحالة الصحية).

2-6-3 التعرف على مستوى جودة الحياة المرتبطة بالتغذية لدى العينة بأبعادها البيولوجية، النفسية والاجتماعية.

2-6-4 تحري أثر الحالة الصحية، ممارسة الرياضة والمصروف اليومي على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بأبعادها.

2-6-5 تحري أثر السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

ولغرض تنفيذ الخطوات لإجراء الخطوات المتبعة في تنفيذ خطوات الدراسة تم القيام بما يلي:

2-6-1 تعرف على مستوى السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة لدى العينة وطبيعة توزيعها: وهو يقوم على التحقق من فرضيتين:

الفرضية 1(ف1): نتوقع أن يكون مستوى السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة لدى العينة مرتفع.

الفرضية 2 (ف2): نتوقع أن تتوزع درجات السلوكيات الغذائي الصحي توزيعا اعتداليا.

❖ لغرض التحقق من الفرضية 1 التي تنصّ على توقع أن يكون مستوى السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة لدى العينة مرتفع، تم حساب المتوسطات الحسابية لدرجات السلوك الغذائي الصحي وتم تصنيفه إلى ثلاث فئات: ضعيف، متوسط ومرتفع تم حساب مجالاتها بالاعتماد على المدى 0.66 وبداية المجال 0 ونهايته 2.

جدول رقم 45: توزيع مستويات متوسطات السلوك الغذائي الممارس لدى العينة

النسبة %	العدد		
2.5	71	ضعيف	مستوى
70.4	226	متوسط	
24.29	78	مرتفع	
100.0	213	Total	
	22.7862	المتوسط	
	22.9542	المتوسط الفرضي	

نلاحظ من نتائج الجدول أن 71.1% تتمتع بمستوى متوسط من السلوكيات الغذائية الصحية في حين أن نسبة ضئيلة جدا وقدرها 4.4% سلوكياتها الغذائية مضرّة بالصحة، كما أن الفرق بين المتوسط الفرضي والمتوسط يجاور الصفر (0.168) وهو ما يدل على أن ممارسة العينة ل(س غ ص) تميل إلى المستوى المتوسط على عكس ما توقعته الباحثة في ف1. وفيما يلي جدول تفصيلي لنسب ممارسة العينة ل(س غ ص):

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

جدول رقم 46: نسب ممارسة السلوكيات الغذائية الصحية

دائما	أحيانا	نادرا	السلوك الغذائي الصحي-نسب الممارسة (%)
30	54	16	أكل فقط عندما اشعر بالجوع
46	47.1	6.6	أتناول فطور الصباح يوميا
41.5	55.7	2.8	أتجنب تناول مشروبات الطاقة.
20.4	47.4	32.1	أتجنب الاكلات السريعة التي نجدها في (الفاستفود، الماكدونالدز، تشيكن كوتاج، كيندي شكولاتة، محلات الكريب
42.5	21.4	36.1	أتناول الأكل ببطء
26.8	32.3	40.9	أتناول ثلاث وجبات رئيسية في اليوم
46.9	50.3	2.8	أتجنب الأكل في ساعات الليل المتأخرة
27.7	55	17.1	أتناول خمسة خضر وفواكه يوميا
43.7	38.8	17.5	أتناول وجباتي في وقتها المحدد
41.6	33.6	24.8	أتناول الحبوب الجافة مرتين في الأسبوع (العدس، الفاصولياء، الحمص.
79.5	12.6	7.9	أحرص على النظافة عند الأكل
82.1	14.5	3.5	أحرص كل يوم على تناول وجبة مع أسرتي
41.6	33.6	24.8	أشرب خمسة أكواب من الماء حتى في الجوالبارد
44.8	24.7	30.5	أتجنب الأكل أمام التلفاز
54.8	26.6	18.6	أتناول وجبة تقليدية مرة أو أكثر في الأسبوع
68.5	25.5	6	أتناول اللحوم أو الأسماك أو البيض مرة أو أكثر في الأسبوع

نلاحظ من الجدول أن نسب ممارسة (س غ ص) تميل لان تمارس أحيانا من طرف أفراد العينة بينما النسب التي لا تمارس فيها (س غ ص) إلا نادرا فهي ضعيفة. وبهذا يمكن القول أن الممارسة الغذائية الصحية موجودة لدى العينة لكن بمستوى متوسط لأنها تفتقد لصفة الديمومة ومع هذا لا يندر التخلي عنها.

أكبر نسب من الالتزام الدائم والصارم والذي عبر عنه ب"دائما" كان 79.5%، 82.1% و 68.5% لكل من الحرص على النظافة عند الأكل، تناول وجبة مع الأسرة وتناول اللحم أو السمك أو البيض مرة أو أكثر في الأسبوع، في حين أن النسب التي كانت تجاور 40% في هذه الممارسات فقد كانت لكل من الحصول على الوجبة التقليدية مرة في الأسبوع، الحفاظ على وتيرة منتظمة للوجبات، تناول الكميات الكافية من الماء

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

وتفادي مشروبات الطاقة، الأكل ببطء، تجنب الأكل أمام الشاشات المختلفة وفي ساعات الليل المتأخر وهي نسبة نقل عن نصف العينة وهو ما جعل مستوى العينة في ممارسة (س غ ص) يميل للمتوسط، أما أعلى نسبة من ال(س غ ص) فكانت عدم تجنب تناول الوجبات السريعة والحرص على 3 وجبات رئيسية في اليوم وكانت النسب على التوالي: 32.1% و 40.9% وهي من السلوكيات الخطيرة جدا التي تؤكد معظم الدراسات مخاطرها في رفع احتمالات الإصابة بداء السكري وارتفاع الضغط الدموي على المدى القريب.

وللتأكد من الفرضية ف 2 التي تنصّ على أن تتوزع درجات السلوكيات الغذائي الصحي توزيعا اعتداليا لهذا الغرض تم حساب المتوسط، الوسيط، المتوسط الفرضي، الانحراف المعياري، الالتواء واختبار سيمرنوف وجاءت النتائج كما يلي:

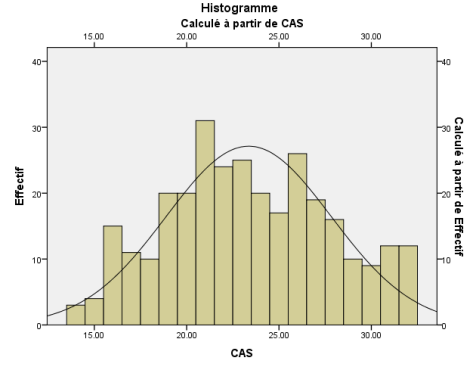
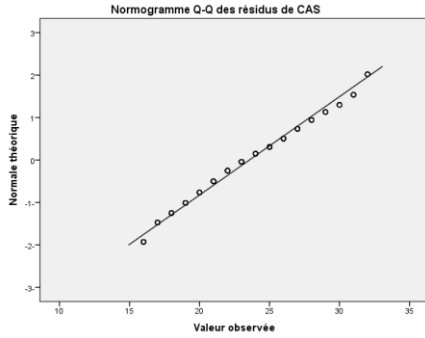
جدول رقم 47: جدول مقاييس النزعة المركزية واختبار كولموغروف للسلوكيات الغذائية الصحية

القيم	السلوك الغذائي الصحي	س غ ص
213		ن
22.7862	المتوسط	
22.9542	المتوسط الفرضي	
23.0000	الوسيط	
23.4276	المنوال (3الوسيط-2المتوسط)	
5.14933	الانحراف المعياري	
0.061	اختبار كولموغروف سيمرنوف	
0.07	الدلالة	
0.096	الالتواء	

من الجدول نلاحظ أن كل من الوسيط المتوسط والمنوال تكاد تكون متطابقة كما أن يكاد يكون منعما وهو ما يدل على أن التوزيع التكراري لدرجات السلوك الغذائي الصحي للعينة اعتدالي أن كما قيمة اختبار كولموغروف سيمرنوف كانت 0.061 ولم تكن دالة وهو ما يظهر من خلال المدرج التكراري وخط الانتشار،

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

حيث تتوضع جل المشاهدات فوق الخط أو تقترب منه بشدة، كما أن جل الأعمدة التكرارية لمتوسطات (س غ ص) تقع وسط المنحنى وبهذا تتبع السلوكات الغذائية الصحية التوزيع الطبيعي وهو ما كان متوقعا حسب ف.2.



(يشير Cas الى السلوك الغذائي الصحي)

شكل رقم 14: خط انتشار درجات السلوك الغذائي
الصحي للعينة

شكل رقم 13: المدرج التكراري لتوزيع درجات
السلوك الغذائي الصحي للعينة

2-6-2 التعرف على العلاقة بين السلوك الغذائي الصحي بالمتغيرات الديمغرافية وبعض المؤشرات ذات العلاقة بالصحة (المرض، ممارسة الرياضة، مؤشر كتلة الجسم، الرضاعة)، والمؤشرات النفسية (الرضى عن الجسم) والمؤشرات التدميمية (اهتمام الأولياء والاستفادة من برامج التنقيف الغذائي) ولهذا الغرض جاءت الفرضيات التالية:

الفرضية 3 (ف3): لا توجد فروق معنوية تعزى لكل من متغير الجنس، العمر، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للوالدين في درجات متوسط السلوك الغذائي الصحي

الفرضية 4 (ف4): يؤثر الرضا عن الجسم ومؤشر الكتلة في ممارسة السلوك الغذائي الصحي. ويتطلب التحقق من هذه الفرضية التحقق من ثلاث فرضيات هي:

1- تتساوى متوسطات السلوك الغذائي الصحي لدى الراضين وغير الراضين عن جسمهم.

2- تتساوى متوسطات السلوك الغذائي الصحي لدى النحيفين، طبيعيين الوزن وزائدي الوزن

3- لا يوجد أثر تفاعل بين مؤشر كتلة الجسم والرضا عن الجسم في ممارسة السلوك الغذائي الصحي

الفرضية 5 (ف5): يؤثر كل من اهتمام الأولياء والاستفادة من برامج التنقيف الغذائي في ممارسة السلوك الغذائي الصحي، ويتطلب التحقق من هذه الفرضية التحقق من ثلاث فرضيات هي:

1- لا توجد فروق معنوية في السلوك الغذائي الصحي تعزى لمتغير الاهتمام الوالدي بالتغذية الصحية.

2- لا توجد فروق معنوية في السلوك الغذائي الصحي تعزى لمتغير الاستفادة من برامج التنقيف الغذائي.

3- توفر الاهتمام الوالدي والاستفادة من برامج التنقيف الغذائي لا يؤثر في ممارسة السلوك الغذائي الصحي.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

❖ للتحقق من الفرضية ف 3: لا توجد فروق معنوية تعزى لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للوالدين والعمر في درجات متوسط السلوك الغذائي الصحي، تم استعمال اختبار "ت" لحساب الفروق بين الجنسين في ممارسة السلوك الغذائي الصحي وتحليل التباين الأحادي "اختبار ف" لحساب الفروق التي يسببها المستوى الدراسي، المستوى الاقتصادي والمستوى التعليمي للأولياء وجاءت نتائج المعالجة كما يظهر من خلال الجدول الموالي:

جدول رقم 48: نتائج اختبار 'ت' للفروق بين الجنسين لمتوسطات ممارسة السلوك الغذائي الصحي

النوع	م المتوسط	ع الانحراف المعياري	م الخطأ المعياري	ت	Sig الدلالة
ذكور 144	22.63	4.58	0.41	0.62	0.53
اناث 177	23.0	5.38	0.40		

قيمة "ت" كما هو ظاهر في الجدول قدرت ب 0.62 وهي ليست دالة عند 0.05 وهو ما يعني أن الممارسات الغذائية الصحية ماثلة لدى الجنسين وبهذا ينتقي الجزء المتعلق بالفروق التي تعزى للجنس في الفرضية 3 أما بالنسبة للفروق التي يحتمل أن تكون المستويات التعليمية بفئاتها الثلاثة (سنة أولى، سنة ثانية، سنة ثالثة ثانوي) ومستويات الاقتصادية بمستوياتها الثلاث (ضعيف، متوسط ومرتفع)، المستوى التعليمي للأولياء وكذا الفئات العمرية الأربعة (14-15، 16-17، 18 فما فوق) فقد تم الاستدلال على وجودها من خلال استخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه.

جدول رقم 49: نتائج اختبار "ف" لتحليل التباين للسلوك الغذائي الصحي حسب المستوى الدراسي، السن، المستوى التعليمي للأولياء والمستوى الاقتصادي

المتغير	(متوسط السلوك الغذائي الصحي ± الانحراف المعياري)	ف	الدلالة
المستوى التعليمي السنة	الاولى (0.275 ± 1.162)	7.0601	0.497
	الثانية (0.264 ± 1.132)		
	الثالثة (0.222 ± 1.121)		
المستوى الاقتصادي	ضعيف (0.235 ± 1.037)	1.299	0.275
	متوسط (0.242 ± 1.252)		
	مرتفع (0.268 ± 1.151)		

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

0.275	1.299	جامعي (0.252±1.158)	المستوى التعليمي للأب
		ثانوي (0.278±1.098)	
		متوسط (0.191±1.128)	
		ابتدائي (0.302±1.05)	
0.755	0.398	جامعي (0.262±1.149)	المستوى التعليمي للام
		ثانوي (0.245±1.127)	
		متوسط (0.292±1.097)	
		ابتدائي (0.464±1.083)	
0.000	12.404	14-15 سنة (0.287±1.150)	الفئة العمرية
		16-17 سنة (0.231±1.109)	
		18 سنة (0.588±1.450)	

نلاحظ من الجدول أن كل من المستوى الدراسي، المستوى الاقتصادي والمستوى التعليمي للأولياء لم يحدث الفرق بين متوسطات ممارسة السلوك الغذائي الصحي وهذا لأن كل قيم ف كانت غير دالة عند مستوى دلالة أقل من 0.05، إلا أن الفروق وجدت عند متغير العمر بفئاته الثلاث حيث كانت قيمة ف =12.404 عند مستوى دلالة 0.000 وهو أقل من 0.05 وبالتالي هي دالة ولذا استخدم اختبار شيفيه لمعرفة الفئات التي لها درجات متوسطات أعلى وبصورة دالة بين الفئات العمرية ويوضح الجدول الموالي نتائج الاختبار.

جدول رقم 50 نتائج اختبار شيفيه لتحديد الفروق في متوسطات السلوك الغذائي الصحي حسب الفئات العمرية

اختبار شيفيه		الفئات العمرية
0.412	2 (16-17 سنة)	1 (14-15 سنة)
0.299*	3 (18 سنة)	
0.412	1 (14-15 سنة)	2 (16-17 سنة)
0.340*	3 (18 سنة)	
0.299*	1 (14-15 سنة)	3 (18 سنة)
0.340*	2 (16-17 سنة)	

(*دالة عند 0.05)

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

يوضح الجدول أن الفروق بين الفئة العمرية (14-15 سنة) كانت دالة ولصالح الفئة (18 سنة)، أما بالنسبة للفروق بين الفئة العمرية (16-17) فكانت دالة ولصالح الفئة الثالثة كذلك (18 سنة)، أما بالنسبة للفروق بين الفئة (18 سنة) وباقي الفئتين فقد كانت دالة ولصالحها، حيث كان المتوسط الأعلى في ممارسة السلوكيات الغذائية الصحية لدى الفئة العمرية الأكبر سناً والمتمثلة في 18 سنة.

❖ وللتأكد من الفرضية ف4: يؤثر الرضا عن الجسم ومؤشر الكتلة في ممارسة السلوك الغذائي الصحي، استخدم أسلوب تحليل التباين الثنائي لأنه يقوم على تحليل العلاقة بين المتغير الكمي وهو متوسط درجات السلوك الغذائي الصحي ومتغيرين فئويين هما مؤشر كتلة الجسم والرضا عن الجسم، فهو يستعمل لدراسة أثر تفاعلها على السلوك الغذائي الممارس.

جدول رقم 51: جدول اختبار الأثر بين المجموعات لكل من مؤشر كتلة الجسم والرضا عن الجسم و السلوك الغذائي الصحي

الدالة.	D	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات من III النوع	
.863	.147	.010	2	.019	مؤشر كتلة الجسم
.423	.644	.043	1	.043	الرضا عن الجسم
.406	.693	.046	1	.046	مؤشر كتلة الجسم * الرضا عن الجسم
		.066	313	20.681	الخطأ
			318	433.785	المجموع
a. R deux =.016 (R deux ajusté =.003)					
القيمة المعنوية لاختبار ليفيني = 0.803					

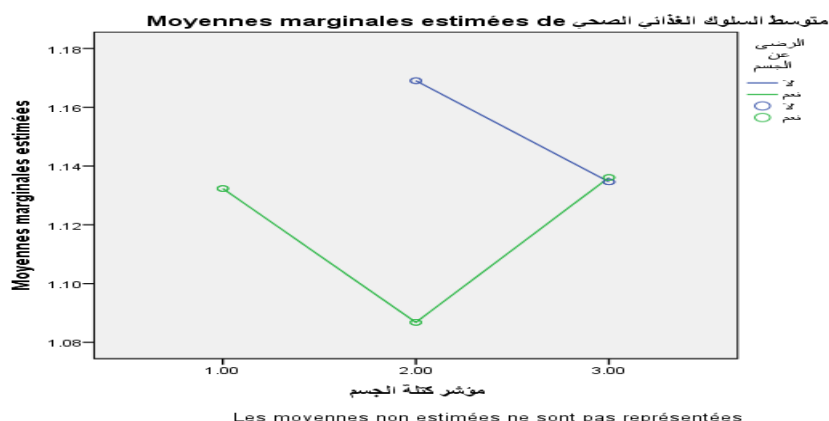
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

جدول رقم 52: متوسطات مجموعات التفاعل بين مؤشر كتلة الجسم * الرضا عن الجسم

الرضى عن الجسم * مؤشر كتلة الجسم					
مجال الثقة 95%		الخطا المعياري	المتوسط	مؤشر كتلة الجسم	الرضى عن الجسم
الحد الأدنى	الحد الأعلى				
.	.	.	. ^a	نحافة (1)	لا
24.215	22.547	.424	23.38	طبيعية (2)	
25.498	19.887	1.426	22.69	سمنة من الدرجة 1 (3)	
23.874	21.420	.623	22.64	(1)	نعم
22.928	20.544	.606	21.73	(2)	
25.106	20.338	1.212	22.72	(3)	
لا توجد مشاهدات لمجموعة النحافة والرضى عن الجسم a					

يظهر من الجدول 52 أن قيمة اختبار ليفيني كانت دالة لأنها كانت أكبر من 0.05 وبهذا التباين متجانس، كما نلاحظ من خلال الجدول عدم وجود فروق في ممارسة (س غ ص) ذات دلالة إحصائية بالنسبة لكل من مؤشر كتلة الجسم، الرضا عن الجسم والتفاعل بينهما، حيث أن مستويات الدلالة كلها كانت أكبر من 0.05، كما نلاحظ أن العينة لا تحتوي على أي متفوق يعاني من النحافة ويشعر بالرضا عن جسمه وهو ما لا يتطابق مع نتائج الدراسات التي تصف المتفوقين والموهوبين بالنحافة، أما بالنسبة لباقي المجموعات فالاختلاف في ممارسة (س غ ص) ضئيل جدا وكلها تجاور الدرجة 22، كما يظهر من خلال الشكل الموالي:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة



شكل رقم 15: اختبار التفاعل بين (س غ ص) ومؤشر كتلة الجسم

مما سبق نستنتج أن لا الرضا على الجسم أو مؤشر كتلة الجسم ولا التفاعل بينهما يؤثر في ممارسة عينة المتفوقين للسلوكيات الغذائية الصحية، وقد يكون هذا بسبب تمتعهم بأوزان طبيعية كما هو الحال في العينة أو لتوجه اهتماماتهم نحو التحصيل الدراسي والتفوق أو لأنهم كما تصفهم بعض الدراسات أقل نزوعاً نحو الاضطرابات النفسية التي تمس تقدير الذات وصورة الجسم... الخ .

❖ للتحقق من الفرضية ف5: يؤثر كل من اهتمام الأولياء والاستفادة من برامج التثقيف الغذائي في ممارسة السلوك الغذائي الصحي تم استخدام تحليل التباين الثنائي لنفس الأسباب التي دعت لتطبيقه للتحقق من الفرضية ف4، وجاءت النتائج كما يلي:

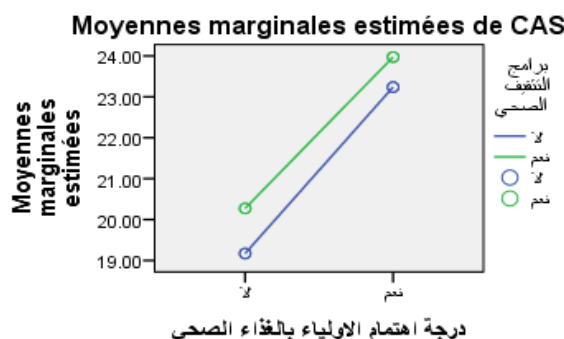
جدول رقم 53: جدول اختبار الأثر بين المجموعات لكل من الاهتمام الوالدي بالتغذية الصحية والاستفادة من برامج التثقيف الغذائي الاهتمام الوالدي بالتغذية الصحية * الاستفادة من برامج التثقيف الغذائي

Sig.	D	متوسط المربعات	ddl	مجموع المربعات من النوع 3	المصدر
.000	10.272	250.394	3	751.183 ^a	النموذج مصحح
.000	18.507	451.145	1	451.145	1-الاهتمام الوالدي بالتغذية الصحية
.309	1.037	25.287	1	25.287	2-الاستفادة من برامج التثقيف الغذائي
.840	.041	.997	1	.997	2*1
		24.377	314	7654.276	الخطأ

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

			318	173514.000	المجموع
القيمة المعنوية لاختبار ليفن: 0.197 وهي دالة: تحقق تجانس التباين (R = 0.089 a. R deux ajusté = 0.081)					
جدول رقم 54: متوسطات السلوك الغذائي الصحي للمجموعات (الاهتمام الوالدي * الاستفادة من برامج التثقيف الغذائي)					
95% مجال الثقة					
				* الاستفادة من برامج التثقيف الغذائي	الاهتمام الوالدي بالتغذية الصحية
الحد الأدنى	الجد الأدنى	الخطأ المعياري	المتوسط		
20.688	17.654	.771	19.171	لا	لا
23.202	17.344	1.489	20.273	نعم	لا
23.942	22.532	.358	23.237	لا	نعم
25.088	22.859	.566	23.974	نعم	نعم

وتظهر هذه النتائج من خلال المنحنى التالي:



شكل رقم 16: اختبار التفاعل بين متوسطات السلوك الغذائي الصحي للمجموعات (الاهتمام الوالدي * الاستفادة من برامج التثقيف الغذائي)

نلاحظ من الجدول أن المتغير الوحيد الذي يؤثر معنويًا في ممارسة (س غ ص) هو الاهتمام الوالدي بالتغذية الصحية وتحقق هذا التأثير عند مستوى دلالة 0.00 وهي أقل من 0.05، أما بالنسبة لمتغير الاستفادة من برامج التثقيف الغذائي وتفاعله مع الاهتمام الوالدي فلم يحدث أي منهما أثرًا يجعل متوسطات ممارسة (س غ ص) لا تتباين.

ويوفر الجدول 53 معطيات حول متوسطات (س غ ص) حيث نجد أن ادني ممارسة لـ(س غ ص) كانت للذين لا يهتم أوليائهم بتوجيههم من ناحية السلوك الغذائي ولم يستفيدوا من برامج تدميمية في هذا المجال

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

وقدرت ب19.171، كما نلاحظ أن درجات ممارسة (س غ ص) تكاد تتماثل لدى المجموعة التي لا يهتم والديها بالتغذية بصرف النظر عن الاستفادة أولاً من البرامج التوعيمية ومع هذا فهي مرتفعة (23.23 و23.97) مقارنة بالمجموعة التي تحظى بالاهتمام وهو ما قد يفسر بحالة التمرد التي قد يبديها المتفوق المراهق اتجاه توجيهات والديه.

2-6-3 التعرف على طبيعة جودة الحياة المرتبطة بالتغذية لدى العينة بأبعادها البيولوجية، النفسية والاجتماعية، وافترضت الباحثة أن عينة المتفوقين تتمتع بمستويات مرتفعة من جودة الحياة المرتبطة بالتغذية (وسيرمز لها بالاختصار ج ح غ) في كل أبعادها وهو نص الفرضية 6 (ف6).

كما افترضت الباحثة أن المتغيرات الديمغرافية (الفئة العمرية، الجنس، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للأولياء) لا تحدث فرقا في متوسط درجة جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بكل أبعادها لدى العينة وهو ما تنص عليه الفرضية 7 (ف7).

❖ ولغرض التأكد من الفرضية 6: يتمتع المتفوقون بمستوى مرتفع من جودة الحياة المرتبطة بالتغذية في كل أبعادها تم تحديد فئات للمعطيات الخام وحساب النسب، المتوسطات والانحرافات لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية بكل أبعادها لدى أفراد العينة. وجاءت النتائج كما يلي بعد تحديد الفئات: منخفضة المستوى التي تنتمي متوسطاتها إلى المجال [0، 0.66]، متوسطة المستوى التي تنتمي متوسطاتها إلى المجال [0.66، 1.33]، مرتفعة المستوى التي تنتمي متوسطاتها إلى المجال [1.33، 2] وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم 55: توزيع مستويات جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وأبعادها البيولوجية، النفسية والاجتماعية.

المتغير - المستوى (العدد، النسبة)		ضعيف		متوسط		مرتفع	
العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
18	5.7	160	50.3	22269.8			
14	4.4	172	54.1	44	45.3		
30	9.4	141	44.3	116	36.5		
8	2.5			169	53.1		

يظهر من الجدول أعلاه أن أكثر من نصف العينة تتمتع بمستوى مرتفع من (ج ح غ) بنسبة 53.1% في حين أن 8% فقط مستوى جودة الحياة لديهم منخفض، أما باقي العينة فكانت ذات مستوى متوسط. بالنسبة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

للبعد البيولوجي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية فوجد أن أكثر من ثلثي العينة تتمتع بمستوى مرتفع (69.8%) وفي هذا دليل على غياب المظاهر المرضية المرتبطة بالتغذية كالإحساس بالإرهاق واضطرابات الجهاز الهضمي وهو أمر متوقع حيث تشير الكثير من الدراسات إلى أن الإصابة بالأمراض المختلفة في هذه الفترة من العمر هي قليلة مقارنة مع الإصابة الناتجة عن حوادث أو ممارسات سلوكيات المخاطرة المختلفة، وبالنسبة للبعد النفسي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية فقد كان المستوى متوسط لدى نصف العينة ومرتفع لدى 45.3% ومع هذا لا نستطيع الجزم بأن هذا المستوى يقف ورائه وبشكل حصري الحالة النفسية الناتجة عن علاقة المتفوق بالغذاء، بل يجب أن ندرك أن الخصائص النفسية لمرحلة المراهقة وما ينتج عن أعباء الدراسة والخصائص النفسية التي تفرزها حالة التفوق في حد ذاتها قد تتضافر لتشكل حالة نفسية تنعكس آثارها على عملية التغذية وليس العكس، أما بالنسبة للبعد الاجتماعي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية فقد كانت مرتفعة لدى 36.6% من العينة ومتوسط لدى أكثر من نصف العينة 54.1% حيث يتمتع فيها المتفوق بعلاقته الاجتماعية مع الغذاء لما توفره طبيعة هذه العلاقة من فرص للمشاركة الاجتماعية من خلال الانخراط في جماعة الأقران، الأصدقاء أو أفراد الأسرة بتقاسم الوجبات في المطاعم، محلات الأكل السريع أو حتى ساحات المدارس أوفي المناسبات الاجتماعية المختلفة كالولائم.

مما سبق نلاحظ أن النتائج جاءت عكس توقعات الباحثة فيما يخص تمتع عينة المتفوقين بنسبة مرتفعة من جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بكل أبعادها، حيث أنها اقتصرت على حوالي نصف العينة فقط. أما بالنسبة لأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالتغذية فقد حقق البعد البيولوجي أكبر نسبة مرتفعة، حيث مست أكثر من ثلثي العينة أما باقي الأبعاد فقد كانت على التوالي متوسطة ومنخفضة. 1.29±0.41

جدول رقم 56: المتوسطات والانحرافات المعيارية لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية وأبعادها

ج ح غ بيولوجية	ج ح غ نفسية	ج ح غ اجتماعية	ج ح التغذية	
الجنس (م ± ع)				
1.45±0.33	0.29 ±1.27	0.42±1.22	0.26 ±1.32	ذ
0.38±1.34	0.31± 1.25	0.43±1.25	0.28 ±1.28	أ
الفئة العمرية (م ± ع)				
1.43±0.35	1.22±0.28	1.19±0.42	1.31±0.26	14-15 سنة
1.39±0.36	1.29±0.31	0.41±1.29	1.30±0.27	16-17 سنة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

1.34±0.27	1.42±0.51	1.28±0.32	1.32±0.38	18 سنة
المستوى الدراسي (م ± ع)				
1.33±0.25	1.31±0.40	1.23±0.29	1.45±0.34	س1
1.29±0.27	1.18±0.43	1.29±0.29	1.39±0.38	س2
1.29±0.28	1.22±0.45	1.26±0.32	1.37±0.36	س3
المستوى الاقتصادي (م ± ع)				
1.25±0.22	1.06±0.65	1.3±0.11	1.38±0.25	ضعيف
1.3±0.28	1.23±0.43	1.26±0.29	1.45±0.38	متوسط
1.31±0.26	1.25±0.42	1.26±0.31	1.42±0.35	مرتفع
المستوى التعليمي للأب (م ± ع)				
1.3±0.27	1.22±0.42	1.26±0.29	1.6±0.28	جامعي
1.32±0.22	1.27±0.46	1.26±0.32	1.41±0.35	ثانوي
1.33±0.19	1.22±0.38	1.34±0.3	1.42±0.25	متوسط
1.34±1.39	1.45±0.36	1.16±0.21	0.37±1.40	ابتدائي
المستوى التعليمي للأم (م ± ع)				
1.29±0.27	1.22±0.43	1.25±0.3	0.34±1.60	جامعي
1.33±0.45	1.3±0.43	1.26±0.3	1.41±0.31	ثانوي
1.35±0.26	1.19±0.39	1.4±0.2	1.46±0.38	متوسط
1.4±0.16	1.16±0.52	0.31±1.13	0.38±1.39	ابتدائي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

يظهر من الجدول أن متوسطات أبعاد (ج ح غ) كانت مقاربة داخل كل المجموعات التصنيفية، بالنسبة لمجموعة الذكور والإناث نلاحظ أن أعلى متوسط كان للذكور في البعد البيولوجي ل (ج ح غ) وقدر بـ(0.33±1.45) وهو ما يمكن تفسيره بان الذكور هم أكثر نشاطا وحيوية مقارنة بالإناث، إلا أنهم تحصلوا كذلك على أدنى متوسط في البعد الاجتماعي ل (ج ح غ) بمتوسط (0.42±1.22) وقد يفسر هذا بقلة مشاركتهم الوجبات العائلية بحكم تواجدهم خارج البيت أكثر من الإناث، أما بالنسبة لـ(ج ح غ) فقد تفوق الذكور على الإناث.

بالنسبة للفئات العمرية نجد أن أصغر فئة (14-15 سنة) تحصلت على أعلى متوسط في البعد البيولوجي لـ(ج ح غ) بمتوسط (0.35±1.43) وقد نفسر هذا الارتفاع إلى طبيعة هذه المرحلة العمرية التي يتجاوز المراهق فيها قليلا المتاعب المرضية الطفولية بسبب تسارع نموه وارتفاع كفاءة جهازه المناعي، أما قيمة أدنى متوسط فقدرت بـ (0.42±1.19) في البعد الاجتماعي لـ (ج ح غ) وكانت لدى الفئة (14-15 سنة) التي تتميز بالبحث عن الاستقلالية كمؤشر لدخول مرحلة الرشد.

بالنسبة للمستوى الاقتصادي نجد أن المتفوقين الذين كانت أسرهم متوسطة الدخل تحصلوا على أعلى متوسط (0.65±1.45) في البعد البيولوجي لـ (ج ح غ) وأدنى متوسط وجد لدى العينة منخفضة الدخل (0.65±1.06) في البعد الاجتماعي لـ (ج ح غ) وقد يرجع هذا لتضاؤل فرص مشاركة الأصدقاء الوجبات السريعة خارج المنزل.

نلاحظ كذلك أن الأولياء مرتفعي التعليم تمتع أبناءهم المتفوقين بأعلى متوسط (0.28±1.6) بالنسبة للمتفوقين لأباء جامعيين و(0.31±1.6) بالنسبة للمتفوقين لأمهات جامعات وكلا المتوسطين كان في البعد البيولوجي لـ (ج ح غ) و ما قد يفسر هذا التميز في جودة الوظيفة البيولوجية للتغذية هو حرص الأولياء مرتفعي المستوى التعليمي في الأغلب على صحة أبنائهم سواء من خلال الرعاية الطبية أو من خلال توفير الأغذية الصحية وهذا راجع لمستوى الوعي الصحي الذي تتمتع به هذه الفئة.

سجل المتفوقين لأمهات متدنيات المستوى التعليمي أدنى متوسط في المجال النفسي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية (0.31±1.13) وهو ما قد يعزى إلى عدم اهتمامهن بهذا المجال بسبب نقص معلوماتهم الصحية أو سطحيتها أو تساهلهم في التعامل مع الوظيفة الغذائية التي ترين أنها تقتصر على مجرد إشباع الجوع ومن الملاحظ من خلال النتائج أن الأمر سيان حتى بالنسبة للمتفوقين لأباء متدنيي المستوى التعليمي فقد سجل أخفض مستوى لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية في مجالها النفسي (0.21±1.16)، وهو ما يترجم عدم اهتمام الأولياء بالجانب النفسي للأبناء أثناء عملية التغذية على عكس المتفوقين لأولياء مرتفعي المستوى التعليمي إذ يكاد يتطابق مستوى جودة التغذية في مجالها النفسي لديهم فنجدته يتراوح بين 1.25 و 1.26 وياحرفات معيارية تقريبا متساوية وهو ما قد يشكل مؤشرا يمكن الاستناد عليه للجزم بدور المستوى التعليمي للأولياء في رفع جودة الوظيفة النفسية لعملية التغذية.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

❖ أما بالنسبة للفرضية ف7 والتي تنص على أن المتغيرات الديمغرافية (الفئة العمرية، الجنس، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للأولياء) لا تحدث فرقا في متوسط درجة جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بكل أبعادها لدى العينة، فقد استخدم اختبار ت لفحص الفروق التي تعزى للجنس وأسلوب تحليل التباين أحادي الاتجاه واختبار ف بالنسبة لباقي المتغيرات التي تتشكل من أكثر من فئتين. وجاءت نتائج التحليل كما يلي:

جدول رقم 57: نتائج اختبار ت للفروق بين جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وأبعادها بين الجنسين

الاختبارات الخصائص	الجنس	م	ع	م خ معياري	ت	الدلالة
البعد البيولوجي	ذ	1.4599	.33545	.02521	2.901	.0040
	أ	1.3418	.38953	.03280		
البعد النفسي	ذ	1.2723	.29188	.02194	372.	.6120
	أ	1.2596	.31690	.02669		
البعد الاجتماعي	ذ	1.2288	.42629	.03204	0.508-	0.201
	أ	1.2535	.43812	.03690		
ج ح غ	ذ	1.3269	.26141	.01965	1.281	0.205
	أ	1.2877	.28198	.02375		

يظهر من الجدول أن الجنسين لا يختلفان في استمتاعهم بوظيفة التغذية والمعبر عنها من خلال متوسطات جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بدليل اختبار ت المقدر ب 1.281 الذي لم يكن ذو دلالة، إلا أن الذكور يتفوقون عن الإناث في البعد البيولوجي لـ (ج ح غ) وهو ما يظهر من خلال اختبار ت: 2.901 الذي كان دالا عند المستوى 0.004 (اقل من 0.05).

أما بالنسبة لمتغيرات المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الفئات العمرية، والمستوى التعليمي للأولياء فقد كانت نتائج اختبار ف والاختبارات البعدية 'أقل فرق دال LSD' كما هو موضح في الجدول رقم 58.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

جدول رقم 58: اختبار ف للفروق بين جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وأبعادها

ج ح غ		البعد الاجتماعي		البعد النفسي		البعد البيولوجي		الأبعاد
الدلالة	القيمة	الدلالة	القيمة	الدلالة	القيمة	الدلالة	القيمة	اختبار ف
0.81	0.29	0.04	3.248	0.162	1.83	0.506	0.68	الفئات العمرية
0.49	0.69	0.09	2.421	0.29	1.22	0.31	1.51	المستوى التعليمي
0.49	0.17	0.66	0.41	0.96	0.035	0.70	0.35	المستوى الاقتصادي
0.83	0.21	0.86	0.24	0.71	0.45	0.67	0.5	المستوى التعليمي للأب
0.53	0.73	0.86	0.24	0.72	0.46	0.68	0.57	المستوى التعليمي للأم

يلاحظ من الجدول أن الفروق الوحيدة ظهرت في البعد الاجتماعي لـ (ج ح غ) لدى الفئات العمرية حيث قدر ف ب: 3.248 وكان دالا عند 0.04. وللتعرف لصالح أين من الفئات العمرية كانت الفروق تم استخدام اختبار أقل فرق دال LSD وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم 59.

جدول رقم 59: اختبار أقل فرق دال إحصائيا للبعد الاجتماعي في مجموعة الفئات العمرية

اختبار أقل فرق دال للبعد الاجتماعي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية						
مجال الثقة 95%		الدلالة	الخطأ المعياري	الفرق في المتوسطات بين الفئات العمرية (I-J)	(J) الفئة العمرية	(I) الفئة العمرية
الحد الاعلى	الحد الادنى					
1.9853	-.3374-	.164	.59026	.82398	17-16 سنة	-14
-	-	.000	1.40917	-5.98230*	18 سنة	15 سنة
.3374	-	.164	.59026	-.82398-	15-14 سنة	17-16 سنة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

-	-	.000	1.37708	-6.80628*	18 سنة	
4.0968-	9.5157-					
8.7549	3.2097	.000	1.40917	5.98230*	15-14 سنة	18 سنة
9.5157	4.0968	.000	1.37708	6.80628*	17-16 سنة	
*مستوى الدلالة .05.						

نلاحظ من الجدول أعلاه أن الفروق كانت دالة بين الفئة العمرية (14-15) سنة وفئة 18 سنة وهذا لصالح الفئة الأخيرة حيث قدرت قيمة أقل فرق دال . ب -5.9823 عند مستوى الدلالة 0.000، كما وجدت فروق دالة عند المستوى 0.00 بين الفئة العمرية 18 سنة والفئتين العمريتين (14-15 سنة) و(16-17 سنة)، حيث قدرت قيمة أقل فرق دال على التوالي ب 5.98 و 6.08 وهي قيم معنوية (مستوى الدلالة 0.000) وكانت هذه الفروق لصالح فئة 18 سنة، تجدر الإشارة أن الفروق المعنوية سواء في ممارسة السلوك الغذائي الصحي أوفي مستويات جودة الحياة المرتبطة بالتغذية ظهرت على مستوى الفئات العمرية ولصالح الفئة الأكبر سنا.

من الجدولين أعلاه نلاحظ أن الفرضية ف7 تحققت باستثناء الجزء المتعلق بتأثير متغير الفئة العمرية والذي اقتصر أثره على البعد الاجتماعي لـ (ج ح غ) ، وتقدر الباحثة هذا التحقق بنسبة 95% وقد يرجع هذا التجانس في درجة (ج ح غ) بأبعادها لدى العينة على اختلاف خصائصها الديمغرافية إلى عدة اعتبارات: كتقارب العادات والتقاليد التي تحكم طريقة ممارسة الوظيفة الغذائية بالإضافة إلى أن العينة كلها من نفس البيئة التي شهدت فيها أسره التحولات عينا من حيث خروج الأمهات للعمل، المنتجات الغذائية المتوفرة في السوق، انتشار الثقافة الغذائية الغربية (كالأكل السريع والمحضر مسبقا) وكذلك العينة تنتمي إلى فئة المراهقين الذين قد تضيع أي ملامح للفروق بين (ج ح غ) لديهم أمام التغيرات البيولوجية، النفسية والاجتماعية التي تطالهم جميعا وإن كان ذلك بتفاوت.

من الملاحظ أن الاختلاف الوحيد وإن كان ضئيلا فمبرراته أن الفروق كانت في كل الحالات لصالح الفئات الأكبر سنا، حيث تتجه هذه الأخيرة إلى توظيف السلوكات الغذائية وما يرتبط بها من متع إلى عوامل لتحقيق أكبر قدر من الاندماج الاجتماعي فتجدهم يتشاركون الطعام في المناسبات الاجتماعية المختلفة ويوطدون علاقاتهم مع جماعة الأقران من خلال تقاسم الوجبات خاصة خارج المنزل (كالأكل سريع، حفلات الشواء... الخ) ، كما تتجلى جودة البعد الاجتماعي لـ (ج ح غ) في رمزية الممارسات الغذائية التي تتجه نحو

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

التحسن مع التقدّم في السن، فتجد هذه الفئة تزداد توجهها نحو الحفاظ على الغذاء وتطبيق التعليمات الدينية المرتبطة به كمؤشرات على النضج والمسؤولية.

2-6-4 تحري أثر الحالة الصحية، ممارسة الرياضة، مؤشر كتلة الجسم والمصروف اليومي على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بأبعادها، ويتطلب هذا أن نتحقق من الفرضية الفرضية 8 التي تنصّ على أنه يوجد أثر دال إحصائياً لكل من الحالة الصحية، المصروف اليومي والنشاط البدني والحالة الصحية على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.

❖ وللتحقق من الفرضية 8 (ف8) تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار اللوجستي الرتبي

من المعلوم أن معادلات الانحدار تختلف باختلاف مستويات قياس المتغير التابع، ولان (ج ح غ) على مستوى هذه الدراسة تتبع المقياس الرتبي حيث رتب أفراد العينة تبعاً لمستويات ثلاث لـ (ج ح غ) وهي: لا يتمتع بـ (ج ح غ)، يتمتع نوعاً ما بـ (ج ح خ) ويتمتع بـ (ج ح غ) أما المتغيرات المستقلة تتبع المقاييس: الترتيبية أو التصنيفية، حيث يأخذ مؤشر كتلة الجسم الواقع ضمن المجال [18.5-25] القيمة 1 ويعني أنه طبيعي ويأخذ القيمة 0 كل مؤشر يقع خارج هذا المجال وهو يعبر عن حالات النحافة أو زيادة الوزن وكلاهما غير طبيعيين، أما بالنسبة للحالة الصحية، ممارسة الرياضة أو الحصول على مصروف يومي فيأخذ القيمة 1 في حالة عدم المعاناة من مرض ما، ممارسة الرياضة والحصول على مصروف يومي وفي الحالات العكسية تكون القيمة 0 ولهذا تم استخدام أسلوب الانحدار الترتيبي الذي أسفر عن النتائج الموضحة في الجداول الموالية:

جدول رقم 60: نموذج معادلة الانحدار

معلومات حول نموذج الانحدار				
النموذج	-2log-التشابه	ك مربع	درجة الحرية	الدلالة.
بدون متغيرات	563.267			
بالمتغيرات	542.012	25521.	4	.000
دالة الارتباط: اللوجيت				

تهدف الفرضية ف8 إلى التنبؤ بمستوى تمتع المتفوقين بالوظيفة الغذائية المعبر عنها بـ (ج ح غ) بدلالة مؤشر كتلة أجسامهم، ممارستهم للرياضة بشكل منظم، حالتهم الصحية (المعاناة من مرض أولاً) وتحصلهم أولاً على المصروف اليومي، وتشير نتائج الجدول 63 إلى أن مؤشر 2 لو التشابه يساوي 542.012

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

ودرجة حرية 4 وهي توافق المتغيرات المستقلة المنبئة (مؤشر كتلة الجسم، الحالة الصحية والمصروف اليومي وممارسة الرياضة) عند مستوى دلالة 0.000، وبهذا يكون النموذج الذي تسهم فيه هذه المتغيرات في التنبؤ بـ (ج ح غ) دال، وهو ما يؤكد على أن البيانات ملائمة لبناء نموذج الانحدار اللوجستي الرتبي، وتؤكد نتائج جودة النموذج ذلك من خلال قيم معامل بيرسون والتباين (579.192 و518.210) التي كانت غير دالة وهو ما يعني أن الفرق بين المتنبؤ به والمشاهد (المتوقع والملاحظ) غير دال وهو ما يدل على جودة النموذج.

جدول رقم 61: معاملات بيرسون والتباين لتقدير جودة النموذج

المعاملات	ك مربع	الدلالة
بيرسون	579.192	0.279
التباين	518.210	0.896

كان هذا بالنسبة لجودة النموذج أما عن نسبة التباين المفسر فيعبر عنه معامل نيجليريك الظاهر في الجدول رقم 62 والمقدر بـ 0.079

جدول رقم 62: قيم شبيهة ر مربع للنموذج

Pseudo R-deux شبيهة	
5.06	Cox et Snell
9.07	Nagelkerke
6.03	McFadden

ويوضح الجدول رقم 63 نتائج اختبار الخطوط المتوازية ونلاحظ أن قيم 2 لو التشابه ومربع كاي كانت على التوالي 540.763 و1.294 عند مستوى الدلالة 0.87 وهو (أكبر من 0.05) وهو غير دال ما يدل على أن تأثير المتغيرات المنبئة (الرياضة، مؤشر الجسم، الحالة الصحية) هو نفسه بالنسبة للفئات الثلاثة للمتغير التابع (ج ح غ) أو بصيغة أخرى معاملات انحدار المتغيرات المستقلة ثابتة عند كل فئات (ج ح غ). ويعتبر هذا الاختبار شرطاً أساسياً في بناء النموذج وهو محقق لان مستوى الدلالة 0.87 كان غير دال

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

جدول رقم 63: نتائج اختبار الخطوط المتوازية للنموذج

النموذج	-2log-التشابه	ك مربع	درجة الحرية	الدلالة.
الفرضية الصفرية	542.012			
العام	763.540	1.294	4	0.870

مما سبق نلاحظ أن شروط بناء النموذج كانت محققة ومؤشرات جودة النموذج كانت جيدة، وبهذا يكون نموذج الانحدار اللوجستي الرتبى كما هو ملخص في الجدول 64:

جدول رقم 64: المؤشرات التقديرية لنموذج الانحدار الرتبى لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية

التقدير	الخطأ المعياري	Wald والد	درجة الحرية	الدلالة .	مجال الثقة 95%		
					أعلى	أدنى	
$2.152\alpha_1 =$	.898	5.734	1	.017	.391	3.913	ج ح غ = .00]
$4.320\alpha_2 =$	.926	21.748	1	.000	2.504	6.136	[ج ح غ = 1.00]
1.192	.312	14.562	1	.000	.580	1.805	الحالة الصحية
-.052-	.341	.023	1	.879	-.721-	.617	ممارسة الرياضة
.613	.298	4.234	1	.040	.029	1.196	مؤشر كتلة الجسم
.000	.001	.063	1	.801	-.001-	.001	المصرف اليومي

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن نتائج مؤشرات النموذج لكل من المتغيرات المستقلة: الحالة الصحية (معامل الانحدار: 1.192، مؤشر والد: 14.562، الدلالة 0.000، مجال الثقة 95%: 0.580-1.805) ومؤشر كتلة الجسم (معامل الانحدار: 0.613، مؤشر والد: 4.234، الدلالة 0.04، مجال الثقة 95%: 0.29-1.196) يؤثران ايجابيا على مدى تمتع المتفوقين بجودة الحياة المرتبطة بالتغذية، فزيادتها ترفع من احتمال أن يتمتع المتفوقين بـ (ج ح غ)، بينما لا يؤثر المتغيران المستقلان: المصرف اليومي وممارسة الرياضة على (ج ح غ).

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

تعتبر قيمة آسية (معامل الانحدار) لمتغير الحالة الصحية ومؤشر كتلة الجسم وهي على التوالي (آسية $1.192 = 3.29$ وآسية $0.613 = 1.84$) على نسبة الأرجحية Odds Ratio التي تدل على نسبة الارتفاع في (ج ح غ) عند الارتفاع بدرجة واحدة في المتغيرين المستقلين: الحالة الصحية ومؤشر كتلة الجسم. ويتعبّر آخر سيكون (لكل درجة تغير في الحالة الصحية ترتفع (ج ح غ) لدى المتفوقين بـ 3.29 ولكل درجة تغير في مؤشر كتلة الجسم ترتفع (ج ح غ) لدى المتفوقين بـ 1.84) بمعنى آخر كلما اقترب المتفوقين من الحالة الصحية الجيدة (المعبر عنها بغياب المرض) ومن مؤشر كتلة الجسم الطبيعية البعيدة عن النحافة وزيادة الوزن أو السمنة، ارتفعت احتمالات التمتع بجودة الحياة المرتبطة بالتغذية.

تكتب معادلة الانحدار كما يلي: $E = 1.192 * \text{الحالة الصحية} + 0.613 * \text{مؤشر كتلة الجسم}$ ، وهي تمثل القيمة الكامنة لكل متفوق في متغير (ج ح غ) وهي التي ستحدد أي الفئات من (ج ح غ) التي سينتمي إليها المتفوق بمقارنتها بدرجات القطع أو العتبات $\alpha 1$ و $\alpha 2$ وهما على التوالي (2.152 و 4.320) كما تظهران في الجدول رقم 64 .

إذا كانت قيمة ع* أقل من 2.252 فإن المتفوق لا يتمتع بجودة حياة للوظيفة الغذائية أما إذا كان محصوراً بين 2.252 و 4.320 فالمتفوق يتمتع نوعاً ما بـ (ج ح غ) في حين أن القيم التي تتجاوز 4.320 يتمتع المتفوق بالوظيفة الغذائية بشكل جيد.

يمكن أن نخلص إلى أن الحالة الصحية تسهم في رفع مستوى (ج ح غ) مقترنة مع مؤشر كتلة الجسم وهذا بمعزل عن أثر أي عوامل أخرى، بينما لا تسهم ممارسة الرياضة أو الحصول على نوع من الاستقلالية الغذائية التي يمكن أن تتوفر من خلال الحصول على مصروف يومي يسمح بتناول وجبات مع الأقران في تحسين (ج ح غ) لدى المتفوقين وبهذا يكون قد تحقق 50% من الفرضية فقط.

2-6-5 تحري أثر السلوكيات الغذائية الصحية في جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وهو ما يتطلب التحقق من الفرضية 9 (ف9) التي تنصّ على أنه يوجد أثر دال احصائياً للسلوكيات الغذائية الصحية على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية لدى العينة.

❖ وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي المتعدد واستعملت طريقة خطوة بخطوة (stepwise)، حيث كانت متوسطات جودة الحياة المرتبطة بالتغذية المتغير التابع (وهو متغير متصل في هذه الحالة) وبنود استبيان السلوك الغذائي الصحي المتغيرات المستقلة، وأسفرت عملية التحليل عن النتائج الموضحة في الجداول التالية:

جدول رقم 65: معاملات الارتباط بيرسون بين (ج ح غ) و(س غ ص)

الدلالة	ج ح غ		
	1.000	ج ح غ	معامل الارتباط بيرسون
.000	.223	eat1	
.000	.305	eat2	
.000	.249	eat3	
.009	.132	eat4	
.005	.144	eat5	
.014	.123	eat6	
.000	.432	eat7	
.000	.352	eat8	
.000	.314	eat9	
.005	.143	eat10	
.000	.378	eat11	
.000	.628	eat12	
.000	.342	eat13	
.000	.561	eat14	
.000	.199	eat15	
.000	.474	eat16	

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

نلاحظ من الجدول أن كل معاملات الارتباط بين (س غ ص) و(ج ح غ) دالة وهي كلها طردية ومتوسطة القوة.

يوضح الجدول أدناه المتغيرات التي تم إدخالها في نماذج الانحدار المتعدد في كل خطوة وذلك مرتبة حسب أهميتها وقوة تأثيرها على المتغير التابع (ج ح غ) ونلاحظ أن السلوكيات الغذائية الصحية المدخلة تتدرج من eat12 الى eat15.

جدول رقم 66: خطوات تحليل الانحدار المتعدد بطريقة خطوة بخطوة والمتغيرات المدرجة في كل خطوة

الطريقة	المتغيرات المدخلة	النموذج
يتم استبعاد المتغيرات ذات الاحتمال الأكبر من 0.1 سيتم إدخال المتغيرات ذات الدلالة الأقل 0.05 غ	eat12	1
	eat16	2
	eat14	3
	eat2	4
	eat7	5
	eat3	6
	eat1	7
	eat13	8
	eat11	9
	eat8	10
	eat15	11

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

النموذج	R	R ²	- - المعدلة R	الخطا المعياري
1	.628 ^a	.395	.393	.20905
2	.737 ^b	.544	.541	.18181
3	.796 ^c	.634	.631	.16306
4	.839 ^d	.704	.700	.14697
5	.861 ^e	.741	.737	.13752
6	.881 ^f	.777	.772	.12798
7	.897 ^g	.805	.800	.11994
8	.914 ^h	.836	.832	.11000
9	.927 ⁱ	.859	.855	.10204
10	.934 ^j	.873	.869	.09715
11	.935 ^k	.875	.870	.09656
a. القيمة المتوقعة : (الثابت: ثا) eat12 ,				
b. : القيمة المتوقعة ثا، eat12, eat1				
c. القيمة المتوقعة ثا، eat12, eat16, eat14,				
d. القيمة المتوقع ثا، eat12, eat16, eat14, eat2				
e. القيمة المتوقعة eat12, eat16, eat14, eat2, eat7 ثا				
f. القيمة المتوقعة ثا، eat12, eat16, eat14, eat2, eat7, eat3				
g. القيمة المتوقعة ثا، eat12, eat16, eat14, eat2, eat7, eat3, eat1				

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

eat12, eat16, eat14, eat2, eat7, eat3, eat1, : القيمة المتوقعةثا، eat13
eat12, eat16, eat14, eat2, eat7, eat3, eat1, ثا، القيمة المتوقعة eat13, eat11
(eat12, eat16, eat14, eat2, eat7, eat3, eat1, ثا، القيمة المتوقعة ثا، eat13, eat11, eat8
eat12, eat16, eat14, eat2, eat7, eat3, eat1, : القيمة المتوقعةثا، eat13, eat11, eat8, eat15

ويعرض الجدول أعلاه (رقم 67) ملخصاً للنماذج بالإضافة إلى قيم R^2 ، R ، المعدلة R ، الخطأ المعياري لنماذج الانحدار نلاحظ من الجدول أعلاه أن معامل الارتباط المتعدد (R) للنموذج (ا) قَدَّر بـ 935. أي ان السلوكيات الغذائية الصحية:

eat12, eat16, eat14, eat2, eat7, eat3, eat1, eat13, eat11, eat8, eat15

مجتمعة تفسر نسبة 93.5% من التباين الكلي في درجات المتغير التابع (ج ح غ).

. Anova وهو ما يوضحه بالتفصيل جدول تحليل التباين للنماذج.

جدول رقم 68: نتائج تحليل التباين لنماذج الانحدار

ANOVA ^a						
الدلالة	D	متوسط المربعات	Ddl	مجموع المربعات	النموذج	
.000 ^b	204.831	8.952	1	8.952	الانحدار	1
		.044	314	13.723	البواقي	
			315	22.674	المجموع	
.000 ^c	186.483	6.164	2	12.328	الانحدار	2
		.033	313	10.346	البواقي	
			315	22.674	المجموع	

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

.000 ^d	180.254	4.793	3	14.379	الانحدار	3
		.027	312	8.296	البواقي	
			315	22.674	المجموع	
.000 ^e	184.692	3.989	4	15.957	الانحدار	4
		.022	311	6.717	البواقي	
			315	22.674	المجموع	
.000 ^f	177.782	3.362	5	16.812	الانحدار	5
		.019	310	5.863	البواقي	
			315	22.674	المجموع	
.000 ^g	179.239	2.936	6	17.614	الانحدار	6
		.016	309	5.061	البواقي	
			315	22.674	المجموع	
.000 ^h	181.163	2.606	7	18.244	الانحدار	7
		.014	308	4.431	البواقي	
			315	22.674	المجموع	
.000 ⁱ	195.859	2.370	8	18.960	الانحدار	8
		.012	307	3.715	البواقي	
			315	22.674	المجموع	
.000 ^j	207.947	2.165	9	19.488	الانحدار	9
		.010	306	3.186	البواقي	
			315	22.674	المجموع	
.000 ^k	209.767	1.980	10	19.796	الانحدار	10

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

		.009	305	2.878	البواقي	11
			315	22.674	المجموع	
.000 ^l	193.430	1.804	11	19.840	الانحدار	
		.009	304	2.835	البواقي	
			315	22.674	المجموع	

للمنموذج لـ (س غ ص) المكونة اوبتضح من الجدول وجود تأثير دال عند مستوى أقل من 0.001 الأخير (11)

جدول رقم 69: قيم المعامل البائي وخطأ المعياري وقيمة معامل بيتا β وقيمة 'ت' ودالاتها الإحصائية

Sig.	t	معاملات معيارية	معاملات غير معيارية		النموذج	11
		Bêta	الخطأ المعياري	A		
.000	7.87		.028	.218	(الثابت)	
.000	12.133	.291	.010	.123	eat12	
.000	11.312	.241	.008	.088	eat16	
.000	11.660	.266	.009	.108	eat14	
.000	12.011	.255	.008	.094	eat2	
.000	8.697	.192	.011	.095	eat7	
.000	9.296	.197	.008	.078	eat3	
.000	9.429	.196	.007	.066	eat1	
.000	8.941	.191	.009	.082	eat13	
.000	7.260	.158	.004	.032	eat11	
.000	5.458	.118	.010	.053	eat8	
.031	2.166	.045	.008	.018	eat15	

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

احصائيات الازدواجية الخطية		الارتباطات				
VIF	التحمل	جزء	جزئي	ارتباط بسيط		
1.400	.714	.246	.571	.628	eat12	
1.107	.904	.229	.544	.474	eat16	
1.263	.792	.236	.556	.561	eat14	
1.100	.909	.244	.567	.305	eat2	
1.181	.846	.176	.446	.432	eat7	
1.090	.917	.189	.470	.249	eat3	
1.050	.952	.191	.476	.223	eat1	
1.112	.899	.181	.456	.342	eat13	
1.148	.871	.147	.384	.378	eat11	
1.133	.883	.111	.299	.352	eat8	
1.059	.945	.044	.123	.199	eat15	

نلاحظ من الجدول أن قيمة الثابت وكل معاملات الانحدار دالة (أقل من 0.05) وبالتالي تكتب معادلة الانحدار المتعدد كما يلي:

$$\text{جودة الحياة المرتبطة بالتغذية} = \text{الثابت} + (\text{السلوك الغذائي الصحي}) \sum_i \alpha_i + 0.218 + (eat12 * 0.123) + (eat7 * 0.095) + (eat2 * 0.094) + (eat14 * 0.108) + (eat16 * 0.088) + (eat3 * 0.078) + (eat1 * 0.066) + (eat13 * 0.082) + (eat11 * 0.032) + (eat8 * 0.053) + (eat15 * 0.018)$$

ويمكن اعتبار النموذج جيدا لان شرط غياب الازدواجية الخطية محقق حيث أن كل معاملات التضخم كما يظهر في الجدول أعلاه أقل من القيمة 10، كما تحقق شرط أو افتراض أن يكون متوسط البواقي صفر وهو فعلا كذلك وبانحراف معياري 0.9486 وهو ما يوضحه الجدول الموالي:

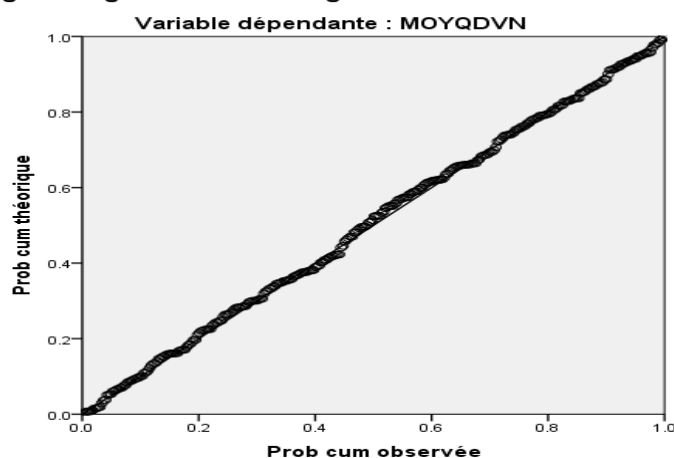
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية واعداد أدوات الدراسة

جدول رقم 70: نتائج إحصائيات البواقي

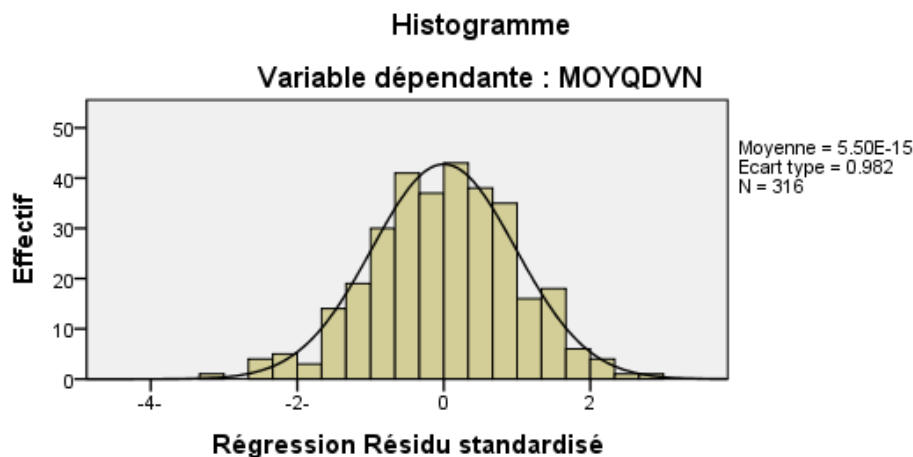
الانحراف المعياري	المتوسط	الأعلى	الأدنى	
.25097	1.3126	2.0284	.4860	التنبؤ
1.000	.000	2.852	-3.294-	خط التنبؤ
.006	.018	.087	.011	الخطأ المعياري للتنبؤ
.26140	1.3149	2.7915	.4849	التنبؤ المعدل
.09486	.00000	.27174	-.29395-	البواقي
.982	.000	2.814	-3.044-	خطا البواقي

ويوضح شكل الانتشار بين البواقي المعيارية (المحور الرأسي: ع) وقيم المتغير التابع (المحور الأفقي: س) وكذلك المدرج التكراري للبواقي المعيارية والذي تتبع فيه هذه الأخيرة التوزيع الاعتدالي أن النموذج يحقق بشكل عام افتراضات وشروط تحليل الانحدار المتعدد

Diagramme gaussien P-P de régression de Résidu standardisé



شكل رقم 17: شكل انتشار البواقي في نموذج الانحدار المتعدد



شكل 18: المدرج التكراري للبواقي المعيارية لنموذج الانحدار المتعدد

مما سبق نخلص إلى أن ليست كل السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة ذات أثر معنوي في جودة الحياة المرتبطة بالتغذية لدى عينة المتفوقين، حيث اقتصر الأثر على عدد 11 (س غ ص) من أصل 16 المكونين للاستبيان الذي رصدت به هذه السلوكيات وبهذا تكون الفرضية قد تحققت بنسبة 69%.

أما بالنسبة لـ(س غ ص) المؤثرة في (ج ح غ) فكانت كما هو موضح في الجدول الموالي مرتبة تنازليا حسب درجة تأثيرها:

جدول رقم 71: السلوك الغذائي الصحي المؤثر في جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

المتغير المستقل للنموذج	السلوك الغذائي الصحي المؤثر في جودة الحياة المرتبطة بالتغذية
--------------------------------	---

نلاحظ من الجدول أن أكثر (س غ ص) مؤثر في (ج ح غ) كان الوجبات العائلية وهذا لما لاجتماع الأسر خاصة تلك التي تتمتع بجو من الاستقرار والتفاهم حول مائدة الطعام من أثر في الاستمتاع بالأكل، إذ تشير الدراسات إلى أنها من عوامل الحماية الفعالة ضد السمنة ومختلف أنواع اضطرابات الأكل، وستزداد أهميتها إذا ما تعلق الأمر بالمراهق المتفوق إذ تمثل هذه اللقاءات فرصة لتخفيف ضغوط الدراسة التي يتقدمها السعي نحو التفوق والتميز، كما نلاحظ أن هذا التأثير يدعمه تأثير وإن كان ضئيلا لـ (س غ ص) المتمثل في تناول وجبة تقليدية في الأسبوع لما يحمله من دلالة حول اللقاءات الأسرية حول مائدة الطعام بالإضافة إلى طبيعة مكونات الوجبات التقليدية التي يستسيغها الأفراد.

يمكن أن نلاحظ أنه بالإمكان تصنيف (س غ ص) إلى مجموعة تضم ما يتناوله أو يتجنبه المتفوق ومجموعة أخرى تعبر عن متى، كيف وأين يتناول طعامه.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل تم عرض إجراءات الدراسة منذ اختيار العينة إلى تصميم أدوات القياس والتحقق من صلاحيتها للاستعمال ثم تقديم تفاصيل حول فرضيات الدراسة والطرق الإحصائية الموظفة للتحقق منها.

ولقد تم التوصل إلى التعرف على طبيعة متغيرات الدراسة لدى العينة بناء على ما تم تصميمه من أدوات، كما تم بناء نموذجين تنبؤيين للإحاطة بالفرضيات التي تبحث في طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة الأساسية.

الفصل السادس

عرض ومناقشة

- 1- عرض و مناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية الأولى
- 2- عرض و مناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية الثانية
- 4- عرض و مناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية الثالثة
- 5- عرض و مناقشة نتائج الدراسة الأساسية
- 6- مناقشة عامة

عرض ومناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية الأولى:

تعتبر مهارة الأستاذ في التعرف على تلاميذه المتفوقين وتنميطهم داخل الفصل الدراسي، خطوة مبدئية لتنفيذ أي برنامج للتكفل بهذه الفئة سواء داخل أو خارج الفصول الدراسية وهي فرصة جوهرية لتفادي هدر طاقات أصحابها من التلاميذ المتفوقين ذوي الصعوبات التعليمية وغيرها من الصعوبات الانفعالية والاجتماعية وكذا فرصة أخرى لتطوير وتنمية قدرات ومهارات أنماط أخرى من المتفوقين الناجحين والمتكفين.

وفي هذا السياق، أكد رونزلي (1981) من خلال نتائج دراسة أجراها لتحديد أهم العوامل التي يجب أن تتوفر لتحقيق أفضل رعاية للتلاميذ المتفوقين، ووجد أن المعلم يحتل المرتبة الأولى من حيث الأهمية وهذا من بين خمسة عشر عاملاً ذكرت من قبل خبراء في مجال الموهبة والتفوق.

يجب التفتن إلى معضلة كبيرة تواجه أساتذة التعليم المتوسط، الثانوي ودرجة أقل الجامعي في التعرف على طلبتهم المتفوقين، ذلك لأن التفوق والموهبة ظاهرة معقدة فهي لا تقتصر على الجانب المعرفي والذي يتمثل في الذاكرة والتحصيل المرتفع في عملية التعلم والتفكير العالي وما شابه ذلك بل يمتد إلى السمات الشخصية والوجدانية والدافعية، ولقد أشار الزيات إلى هذا النوع من المتفوقين الذي كان موضع اهتمام لأول مرة على يد نخبة من علماء التربية الخاصة وهذا بجامعة هوبكنز بالولايات المتحدة الأمريكية سنة 1981 وأطلقوا عليهم تسمية المتفوقين متدني التحصيل الدراسي وإن كان الاتفاق على تعريف محدد ومباشر لهذه الفئة لم يحصل لحد الآن كما أشار له (Reis, McCoach, 2000) وهو ما يضع الكثير ممن يقدمون خدمات تربوية خاصة ممن لم يتلقوا تدريباً جيداً في المجال في حالة من الضبابية تجعلهم غير قادرين على عزل مختلف المشكلات التي تصاحب مرحلة المراهقة (الموافقة لمرحلة المتوسط حتى الجامعي) عن تلك التي تطبع بعض أنماط التلاميذ المتفوقين وهو ما تبناه وايتمور (1985) بأنه يفترض أن الطالب المتفوق متدني التحصيل يفترض أن تكون لديه قدرات استثنائية وقد يكون الطالب موهوب في مجال أو عدة مجالات للتعلم والمعالجة المعرفية، إلا أن القليل من الطلبة المتفوقين والموهوبين لديهم القابلية للتفوق الحقيقي في كافة المواد الدراسية وعلى كل أنواع المهام الأكاديمية.

يجب الإشارة إلى إن معلمي الصفوف العادية على وجه الخصوص يواجهون إشكالات في تحديد طلبتهم المتفوقين الذين عادة ما تدوب نسبة كبيرة منهم ضمن العاديين بسبب ما يتميزون به من خصائص سلوكية وانفعالية وعلائقية سلبية تفرضها بالتناصف مرحلة المراهقة التي يمرون بها وأعباء تفوقهم العقلي وحالة الإبحار المعرفي واللاتزامن (غياب التزامن في مجالات النمو) التي ترافق حلة التفوق ولهذا جاءت نتائج الدراسة الاستطلاعية كما يلي:

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

فيما يخص التحقق من مدى قدرة الأساتذة على تحديد المتفوقين في أقسامهم، تعتقد الباحثة أن هذه نسبة 19.73% من الأساتذة الذين لم يتمكنوا من تقديم ترشيحاتهم للتلاميذ المتفوقين مرتفعة وهوما يتوافق مع ما توقعته من تواجد مظاهر الإغفال أو الجهل لدى المعلمين بالطرق المختلفة لحصر الطلاب المتفوقين، خاصة في الصفوف العادية، حيث أن 100% من العينة أكدت على عدم الخضوع لأي نوع من أنواع التدريب لاكتشاف أو رعاية أعلى الأقل التعامل مع فئة الموهوبين والمتفوقين المتواجدين في صفوفهم التعليمية، إن الأمر لن يبدا غريبا أو شاذًا على الإطلاق خاصة ونحن كمنظومة تربوية نحتل مراتب دنيا في مستوى الخدمات التعليمية، على عكس دول أخرى، حيث تأتي الولايات المتحدة الأمريكية في مقدمة الدول من حيث الاهتمام ببرامج تأهيل الكوادر الفنية من معلمين ومرشدين وتدريبها للكشف ثم العمل مع الموهوبين والمتفوقين، وتليها اليابان في المرتبة الثانية، من حيث اختيار المعلمين بصفة عامة ومعلمي المتفوقين بصفة خاصة، إذ يحرصون على أن تقدم لهم برامج خاصة تتوافق ومتطلبات هذه الفئة.

إن هذه الوضعية ليست حالة خاصة بالمدرسة الجزائرية بل نجدها حتى في الدول التي قطعت شوطا كبيرا في رعاية الموهوبين والمتفوقين، على غرار بعض الدول العربية كالأردن، لبنان، السودان، المملكة العربية السعودية وغيرهم حيث اتفق الكثير من المختصين على عدم توفر اختصاصيين نفسيين يقومون بتطبيق اختبارات الذكاء واختبارات القدرات والاستعدادات الخاصة، بالإضافة إلى عدم قدرة المعلمين الرواد في الأنشطة المختلفة على التخطيط واكتشاف الطلاب المتفوقين وابتكار البرامج المناسبة، بسبب عدم إيمانهم وعدم مطالبتهم بذلك أو قلة خبرتهم أوجهلهم بالأهداف، كذلك فإن هناك عددا غير قليل من المعلمين وبخاصة ذوي الاتجاهات السلبية نحو الإبداع لا يعرفون كيفية تبديل الطرق التي يتبعونها والمواد التعليمية التي يستعملونها لتشجيع الإبداع (عبد الرزاق جدوع، 2011، 390)

ففي دراسة قامت بها الباحثة سيلفرمان (1988) كما ورد في جروان (2008)

عندما قامت بإجراء مقارنة بين معلمين خبراء في تعليم المتفوقين ومعلمي الطلبة العاديين، فوجدت انه بالإضافة إلى قدرة المعلمين الخبراء بالتفوق والموهبة على استشعار مجالات التفوق الخفية، فهم يقدمون قدرا أقل من المعلومات ويهيئون عددا أكبر من المواقف التي تستدعي التفكير ويظهرون ميلا أقل لإصدار الأحكام كما يشجعون التلاميذ على تقييم أعمالهم، وأضافت هانس (1988) أن معلمي المتفوقين مقارنة بمعلمي الصفوف العادية يرسخون الاستقلالية واستخدام الوسائل التعليمية وتزويد التلاميذ بالخبرات المتنوعة لتطوير الإبداعية والتأكيد على استخدام مهارات التفكير العليا.

وهنا وجدت الباحثة نفسها أمام إشكال آخر قد لا تسعه الدراسة الاستطلاعية الحالية وهو : إلى أي مدى يمكننا تحميل الأساتذة مسؤولية ترشيح تلاميذهم المتفوقين ثم تنميطهم وهم على هذا القدر الضئيل من المعارف بخصوصية هذه الفئة بسبب قلة أو على الأرجح انعدام تدريبهم على ذلك، وهوما فكر فيه (1990 Paryman, I. Mosha) منذ حوالي 30 سنة فقد أسفرت دراسته التي هدفت للتعرف على حاجات معلم الصفوف

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

العادية (الروضة -12 سنة) للتعامل مع المتفوقين (من الاكتشاف إلى التعليم) وهذا بعد أن أخضعهم لبرنامج تدريبي وكانت على رأس هذه الحاجات التدريب على تصميم وسائل التقييم وتقييم المناهج الدراسية والاستراتيجيات السلوكية المتبعة للتفاعل مع هذه الفئة.

أما على المستوى العربي فيمكن أن نشير إلى تطابق دراسة عثمان علي، ويحيى عبد الخالق (2011) مع دراسة كل (2001)Cawley والتي أكدت على الحاجة لتزويد المربين والمعلمين بدليل الطالب الموهوب بداية من اكتشاف موهبتهم وتفوقهم ودعمهم بالأنشطة والبرامج المختلفة داخل الجامعة.

ولم تكن النتائج مختلفة عن تلك التي أسفرت عنها دراسة (المحارمة،2009) كما ورد في (فؤاد على العاجز،2012، 207) والتي هدفت لتقييم برامج مدارس الملك عبد الله الثاني للتميز في ضوء المعايير العالمية لتعليم الموهوبين والمتفوقين من وجهة نظر 36 طالب (من الصفين العاشر والحادي عشر) و135 معلم ومعلمة، حيث أسفرت بالإضافة إلى انخفاض تطابق السياسات العامة والمحكات والإجراءات المستخدمة في الكشف عن الموهوبين والمتفوقين وشروط اختيار المعلمين مع المعايير العالمية فان المعلمين لم يخضعوا لدورات تدريبية كافية تؤهلهم للتعامل مع هذه الفئة بفعالية .

🚩 أما فيما يخص نتائج التحقق من الهدف الثاني وهو اكتشاف أكثر المعايير المستعملة من طرف الأساتذة لترشيح المتفوقين، فيرى معظم الباحثين ممن اهتموا بالتفوق، انه قد تم الاعتماد على ثلاث جوانب أساسية كمعايير وهي مرتبة كما يلي:

- ✓ الذكاء كمظهر من مظاهر التفوق
- ✓ التحصيل الدراسي كموشر للطالب المتفوق.
- ✓ القدرات المتعددة .
- ✓ عدم الاعتماد على مجال واحد .

كما يمكن تلخيصه في محكات ثلاث : الذكاء، التحصيل الدراسي، القدرات المتعددة. وهناك من أضاف محكا آخر لوصف الفرد المتفوق وهو أن يكون مجال تفوقه موضع تقدير الجماعة التي يعيش فيها (ماضي،2011، ص21).

وهو ما تم اقتراحه كمعايير أولية لترشيح المتفوقين، إلا أنه وبعد اللقاء التشاوري الذي تم القيام به لتقديم أي استفسارات من طرف الأساتذة، قمنا بإقصاء معيار القدرات المتعددة وذلك لأن أغلب الأساتذة أكدوا على عدم يقينهم من الإجابة لعدم معرفتهم الدقيقة بملكات تلاميذهم خارج الصف الدراسي والأمر لا يختلف فيما يتعلق بمعيار الذكاء، فكل العينة لم تستخدمه كمعيار لترشيح بالرغم من أنهم لم يبدوا أي انشغالات حوله.

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

رأت الباحثة إضافة الانطباع الشخصي للأستاذ، عملاً برأي كل من ثورنديك Thorndike ، وبيتي Witty وجلين Weglein الذين تبنا المحكات متعددة الأبعاد والتي تأخذ بعين الاعتبار الرأي الشخصي للمدرس إضافة إلى المعايير السابقة كالذكاء والتحصيل الدراسي والقدرات الخاصة وسجلات المدرسة (التحصيل الأكاديمي) وغيرهم . ومبررنا في ذلك هو أن العلاقة بين التلميذ والمعلم تعتبر من الأساسيات التي يجب أن توضع في الاعتبار كونها حجر أساس في بناء العملية التربوية ونجاحها لدى العاديين من التلاميذ فما بالك بالمتفوقين الذين نتوقع أن تكون علاقتهم بمعلمهم جيدة لما يتميزون به من قدرات، ومع هذا لا يجب التسليم كلياً بهذه الفرضية، والتي دحضتها دراسة صالح خميس العلواني (2010) والتي أسفرت على أن القدرات التي يتمتع الموهوبين لم تشكل عاملاً مؤثراً في العلاقة بينهما (أي العلاقة معلم - تلميذ متفوق).

تظهر من خلال النتائج (الجدول رقم 06) إلى أن كل الترشيحات اعتمدت على معيار التحصيل الدراسي في المادة التي يدرسها كل أستاذ، وهو دليل على نمطية مفهوم التفوق لدى الأساتذة والتي لم تخرج من الدائرة المغلقة للنتائج المدرسية وهي ما تتبناه حتى الوزارة الوصية منذ إصلاحات سنة 1976 وهو ما تؤكد (بن يعقوب، لكحل، 2013) من خلال تقييمهما لعملية رعاية المتفوقين والتي جاء على رأسها عدم تنوع أساليب ومعايير الانتقاء خاصة اختبارات الذكاء واكتشاف المواهب، ليبقى التحصيل الأكاديمي هو المعيار الوحيد المطبق.

كما نلاحظ أن كل عينة الأساتذة اعتمدت محك الانطباع الشخصي، لتقديم ترشيحاتهم والذي ترى الباحثة أن تواجهه بنسبة 100% كما هو الحال بالنسبة لمحك التحصيل في المادة قد يفسر بان الأساتذة يدركون المحكين بنفس الطريقة.

أظهرت النتائج كذلك أن معيار المشاركة في الأنشطة الصفية احتل المركز الثاني بنسبة 59.22%، وترى الباحثة أن هذا المعيار لا يختلف كثيراً عن المعيار الأول، هذا لأن انجاز الأنشطة المدرسية داخل وخارج الصف الدراسي تندرج ضمن عملية التقييم الأكاديمي لتحديد مستوى التحصيل الأكاديمي وإن كانت النسبة توحى بان التفوق في مادة معينة لا يعني بالضرورة التفوق في كل المواد وهو ما سبق الإشارة إليه ويتمور (1985) عن تساؤل احتمالات التفوق الشامل.

افترضت الباحثة أن عينة الأساتذة، لن تعتمد كلية على معيار نسبة الذكاء العام كمحك لترشيح المتفوقين ومع هذا وضع ضمن قائمة المحكات المقترحة لأنه معيار محوري يقوم عليه مفهوم التفوق. ولقد أكدت النتائج بشكل واضح هذا الفرض، وتجدر الإشارة إلى أن النقاش مع بعض الأساتذة حول غياب استخدام هذا المحك كان مبرراً بالدرجة الأولى بجهل العينة لطرق تقييم الذكاء وحسابه "على حد تعبيرهم".

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

كان هذا فيما يخص المعايير المعتمدة في ترشيح المتفوقين، أما فيما يخص عملية وصف وتمييز المتفوقين فقد أسفرت نتائج الدراسة على أن النسبة الأكبر كانت من نصيب التلميذ المستفز، هذا التلميذ الذي بالرغم من ملكاته العقلية المرتفعة وأدائه المتميز إلا أنه يجاهر بشعوره الشديد بالضجر في فصول الدراسة، ويعاند من حوله بشدة وهو محبط بشكل شبه دائم، مفرط الحساسية ومتأهب، يتحدى المعلمين ولا يتقبل النظام المدرسي، كما أنه لا يحسن تقدير إمكاناته وهو ما يفسر تذبذب نتائجه . إن ما سبق ذكره من خصائص لهذا النمط من التلاميذ المتفوقين يتقاطع في كثير من النقاط مع خصائص المراهقين.

ولقد أشارت نتائج العديد من الدراسات حول التلاميذ المتفوقين والموهوبين إلى إن الكثير منهم يعانون من مشكلات نفسية، انفعالية ومعرفية تجعل انطوائهم تحت فئة التلاميذ المتفوقين المستفرين واردة بقوة ونذكر من بين هذه الدراسات تلك التي قام بها الغامدي (2006) والتي أكد من خلال نتائجها على إن فئة الموهوبين والمتفوقين تعاني من إغفال حاجاتهم الذاتية والمدرسية والمتمثلة في وجوب العناية بالسمات المزاجية والخصائص الدالة على التفوق وهذا يولد لديهم الإحباط، الضغط النفسي، الوحدة، الصراع، التوتر وفقدان الحماس لإبراز موهبتهم وتفوقهم وهو ما نجده متوفر بقوة لدى نمط المتفوق المستفز، ولقد أوضح بول وبيتي (1985) منذ فترة مبكرة أن كل من أتاحت له الفرصة لمعايشة المتفوقين والموهوبين والعمل معهم يدرك أنهم مع ما يتمتعون به مواهب ممتازة قلما يجدون الحياة سهلة فهم يتعرضون لمعظم المشاكل التي يتعرض لها الأطفال والمراهقين عامة أثناء نموهم ولكنهم بالإضافة إلى هذا يواجهون أنواعا أخرى من المتاعب الخاصة التي لا يواجهها العاديين ولا يرجع معظم هذه المتاعب إلى امتياز أو عبقرية المتفوق بقدر ما ترجع إلى موقف الآخرين منهم واستجابتهم لمواهبه وهو ما يتوافق مع نتائج الدراسة الحالية، فاتفق أساتذة العينة على أن ما يناهز النصف من المرشحين هم تلاميذ مستفرين دليل عملي على عدم استجابة المعلم والنظام التربوي لحاجات المتفوق على مستوى الفصول الدراسية العادية وهو أحد أهم المشكلات التي رصدها القريطي في دراسته سنة 1989 حيث اعتبر أن قصور فهم المعلمين للمتفوق وحاجاته يتصدر قائمة المشكلات التي يعاني منها المتفوقين في الفصول الدراسية بالإضافة إلى عدم ملائمة البرامج الدراسية والأساليب التعليمية وكذا اعتماد مؤشرات غير كافية للكشف عن مظاهر التفوق العقلي (صالح خميس، 2010، 70).

إن ما يشعر به المتفوقون من إحباط وما يسلكه من عناد ورفض بشكل يجعل معلميه يصفونه بالمستفز ترجع كما يشير له Rimm (1986) إلى عدم مراعاة مشكلاتهم الانفعالية وهو ما يفقد يجعلهم عرضة لتدني التحصيل الدراسي وانخفاض الحافز والدافعية للدراسة، فهم يقابلون هذه الأعمال الروتينية والمناهج وطرق التدريس غير الملائمة بالإهمال وعدم الانتباه في الفصل، فالشعور الداخلي للمتفوق والموهوب إما أن يدفعه إلى التحصيل المرتفع أو العكس، والمعلم قد يكون أحد العوامل المؤثرة في انخفاض التحصيل الدراسي لدى هؤلاء الطلبة، عندما (على سبيل المثال) يقابلون الأسئلة المطروحة منهم بالسخرية وينعتونهم بصفات تجعل

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

الطلبة الآخرين يضحكون منهم ويجعلهم يشعرون بالإحراج مما قد يدفعهم إلى السلوك السلبي وإلى الإهمال في أداء الواجبات والهروب من المدرسة أو تركها نهائياً وعدم الرغبة في استكمال الدراسة أو استقزاز المعلمين (سعيد عطار، 2012، ص184)

لقد أسفرت الدراسة كذلك على أن ثاني نسبة من أنماط التلاميذ المتفوقين كانت من نصيب التلميذ الناجح والمتمثل بكل ما يحمله هذا المتفوق من خصائص وعلى رأسها الانضباط والنموذجية والانصياع لمتطلبات المنظومة التربوية بالرغم من تدمره وضجره الشديد وفي هذا إشارة إلى نوع من المراهقين فائقي القدرات الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من حسن الحال والتحكم.

إلا أن السؤال المطروح الآن هو ما هي الأسباب التي تقف وراء وجود هذا النمط في الفصول الدراسية العادية؟ وفي هذا الشأن اهتمت الكثير من الدراسات بالإجابة على هذا السؤال، حيث أكدت على أن التفاعل الإيجابي بين العوامل الشخصية الذاتية للتلميذ المتفوق والعوامل البيئية (الأسرية والمدرسية... الخ) هو المسؤول بالدرجة الأولى على النجاح الأكاديمي للمتفوقين بالرغم من الصعوبات التي تعج بها الفصول الدراسية (طبيعة المعلمين، البرامج التعليمية التقليدية، القيود على التفكير الإبداعي وغيرها).

وكما سبق طرحه فإنه يكفي أن نراجع التراث العلمي، حتى نجد عددا كبيرا من الدراسات التي تؤكد مثلا على التأثيرات الإيجابية لكل من البيئة المدرسية الآمنة، البيئة الأسرية المشجعة، تقدير الذات، تحقيق الهوية، وغيرها من المتغيرات، وبما أن الدراسة الحالية اهتمت بمتفوقي الثانويات وهم من المراهقين فان متغيرا لتحقيق الهوية من شأنه أن يساهم في جعل هذا المتفوق تلميذا ناجحا وممثلا.

تراوحت نسبة باقي الأنماط المقترحة بين التلميذ المتفوق في خطر، التلميذ المتفوق الممحي والتلميذ المتفوق المستقل وهذا بنسبة 13.95 %، 9.3% و 7.5% على التوالي (الجدول رقم 10).

ما نلاحظه من خلال النتائج أن أضال نسبة كانت لنمط التلميذ المتفوق المستقل وهودليل على أن أقصى ما قد توفره المدرسة للمتفوقين هو النجاح الأكاديمي، أما بالنسبة لنمط التلميذ في خطر والتلميذ الممحي فتعتقد الباحثة أن سبب قلة ترشيحهما قد تعود إلى احتمال تداخلهما مع التلاميذ منخفضي التحصيل الدراسي والمتسربين من المدرسة أو التلاميذ الذين تسببت مواهبهم وقدراتهم العالية في عزلهم عن زملائهم. ولقد برر (Goïame-d'Eaubonne (1997) وجود هذين النمطين بسبب الدخول في سن المراهقة المبكر لدى فئة المتفوقين، فنجدهم يحملون إضافة إلى ما تحمله أدمغتهم من قدرات فكرية مبكرة واستعدادات عقلية كثيفة، ثقل خصائص مرحلة المراهقة التي طرقت أبوابها باكرا لأنهم مستعدين على العكس من أقرانهم العاديين لولوج عالم الراشدين.

2- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية الثانية:

تم خلال هذه الدراسة ثم بناء سلم تقدير السلوكيات الغذائية الصحية والتأكد من خصائصه السيكومترية، حيث صمم هذا الأخير لرصد السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة في بيئة الدراسة بالاعتماد على نتائج دراسة كيفية تم إجرائها على عينة عرضية من الشباب (طلبة جامعيين وتلاميذ ثانويات وتلاميذ متوسطات) بهدف التعرف على (س غ ص) التي يعرفونها أو يمارسونها وهذا من خلال تحليل إجاباتهم عن أسئلة تشمل وصف الغذاء الصحي وعلاقته بالصحة بصفة عامة، ولقد أسفرت عملية تحليل الإجابات عن مجموعة من المعلومات حول (س غ ص) التي تمت صياغتها في شكل عبارات (مختصرة وبسيطة اللغة) عرفت أكثر من تعديل قبل الوصول للنسخة النهائية التي تكونت من 24 عبارة تحدد ما، كيف، متى، كم يأكل.

ولقد أظهرت النتائج أن (الس غ ص) التي يرصدها الاستبيان تتبع التوزيع الاعتمالي حيث قدرت قيمة كل من اختبار Sminorov Kolmogrov و Shapiro Wilk كما هو موضح في الجدول (رقم 17) ب 0.125 و 0.964 وكلاهما غير دالان إحصائياً، وهوما سمح بإخضاع الاستبيان للتحكيم باستخدام نموذج الشبكة العصبية متعددة الطبقات Radial Basis Function لتحديد العبارات الأكثر أهمية.

تم الحصول بعد عدة محاولات على نموذج جيد حيث كانت نسب توقع الخطأ في عينة التعلم والاختبار والمعالجة للنموذج (كما يظهر في الجدول رقم 18) على التوالي 8.9%، 5.1%، و 7.7% وهي نسب صغيرة في مقابل نسب توقع صحيحة كبيرة قدرت ب 91.1% و 94.9% و 92.3% لعينة التدريب، الاختبار والمعالجة على التوالي أضف إلى ذلك نتائج ROC (كما هو موضح في الجدول رقم 21) الممثلة للمساحات تحت المنحنى لكل مستويات (الس غ ص) والتي قدرت ب 0.993، 0.993، و 0.976 للمستوى الضعيف، المتوسط والمرتفع على التوالي والتي كانت مرتفعة وهوما يؤكد على جودة حساسية الاستبيان لقياس السلوك الغذائي الصحي.

بعد انتهاء المعالجة تم الاستغناء عن البنود التي كانت درجة أهميتها أقل من 50% لنحصل على استبيان مكون من 16 بندا فقط لكنه يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة من حيث الثبات فقد قدر معامل α كرومباخ ب 0.8334 وكل من معامل سبيرمان براون وجيتمان للتجزئة النصفية ب 0.835 و 0.823 على التوالي (الجدول رقم 23 و 24)، ومن حيث الصدق التمييزي إذ كانت قيمة ت : 24.77 دالة عند المستوى 0.00 (كما هو موضح في الجدول رقم 25) ومن حيث الاتساق الداخلي كذلك فكانت كل معاملات الارتباط بين عبارات الاستبيان ودرجته الكلية دالة عند المستوى 0.001 و 0.01 (الجدول رقم 26)، وبهذا يمكن القول أن إمكانية توظيف الاستبيان المصمم لقياس (الس غ ص) متاحة بشكل جيد خاصة وأن عباراته مستوحاة

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

من تقارير ذاتية لعينة من المجتمع المحلي ولأن خصائصه السيكومترية جيدة خاصة وأنها حسبت على عينة مقبولة الحجم. (الملحق رقم 02)

3- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية الثالثة :

خلال الدراسة الاستطلاعية الثالثة تم بناء استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية ولقد تم تصميمه لقياس مدى تمتع الأفراد بوظيفة التغذية الحيوية في مجالاتها البيولوجية النفسية والاجتماعية، وبالرجوع إلى التراث النظري تمت صياغة 24 عبارة افترضت الباحثة أن كل ثمانية منها تمثل حسن الحال الجسدي، النفسي والاجتماعي التي من المفروض أن تنتج العلاقة مع الغذاء، وضعت هذه العبارات بشكل عشوائي في استبيان وزع على عينة مناسبة (240 فرد) وبعد التأكد من شرط الاعتدالية (معامل Shapiro-Wilk: 0.988 ولم يكن دال) وتشخيص مشكلة الخطية تم الإبقاء على 14 بندا تحقق فيها شرط غياب الازدواجية الخطية وبهذا أصبح من الممكن إخضاعها للتحليل العاملي الاستكشافي بالاعتماد على طريقة المكونات الأساسية، مع القيام بتدوير العامل تدويرا متعامدا (Varimax-Rotation) لاستخلاص العوامل التي تزيد جذورها الكامنة عن الواحد الصحيح، مع تحديد 0.30 كحد أدنى لتثبع البنود على العوامل والذي أسفر عن ثلاث عوامل مقسمة على المحاور الافتراضية لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية كما تم تصورهما لكن ببعض الاختلافات حيث أدرج بندين ممن افترض أنهما يمثلان المجال البيولوجي والاجتماعي ل(ج ح غ) في المجال النفسي ومع هذا كان كل من مؤشر KMO الذي قدر بـ 0.855 (وهي قيمة مرتفعة وقريبة من الواحد وعند قيمة دلالة 0.000) ومؤشر Bartlett الذي قدر بـ 715.369 عند مستوى الدلالة 0.000 جيدان كما هو موضح في الجدول رقم 38، كما أنه يفسر نسبة 46.51% من التباين الكلي وهي نسبة مقبولة ما يعني أن القياس جيد وبهذا نكون قد تحققنا في نفس الوقت من صدق الاستبيان، الذي تدعمه بصدق تمييزي (قيم ت: 32.17 عند مستوى دلالة 0.00) كما هو موضح في الجدول رقم 37 ودرجة جيدة من الاتساق الداخلي حيث كانت كل معاملات الارتباط بين البنود وكذا الأبعاد مع الدرجة الكلية للاستبيان مرتفعة ودالة وعند مستوى دلالة 0.01، وتمتع الاستبيان كذلك بدرجة ثبات جيدة فقد قدر معامل α كرومباخ بـ 0.802 وكل من معامل سبيرمان براون وجيتمان للتجزئة النصفية بـ 0.826 لكلاهما و0.703 لمعامل الارتباط بين النصفين كما يظهر في الجدول 44 و45، كما كانت نتائج الاستبيان مستقرة عبر الزمن حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بين نتائج التطبيقين للدرجات الكلية للعينة بـ 0.837 و0.850، 0.761 بالنسبة لمحاور جودة الوظيفة البيولوجية، النفسية والاجتماعية وهو ما يوضحه الجدول رقم 39.

4- عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة الأساسية :

4-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى : نتوقع أن يكون مستوى السلوكات الغذائية الصحية الممارسة لدى العينة مرتفع.

بعد تقسيم متوسطات (س غ ص) إلى ثلاث فئات : ضعيفي، متوسطي ومرتفعي المستوى من حيث التقيد بالسلوكات الغذائية الصحية، أظهرت النتائج أن أكبر نسبة 70.1% كانت لمتوسطي المستوى، بينما لا يمارس بشكل جيد (س غ ص) سوى 24.5% من أفراد العينة، في حين أن 4.4% فقط من العينة لا يمارسون (س غ ص) وهي النسبة الأضال، وهوما يظهر من خلال النتائج الموضحة في (الجدول رقم 45)، هذه النتائج جاءت عكس ما توقعته الباحثة من أن تكون فئة المراهقين المتفوقين أكثر حرصا على صحتهم من خلال إتباع نظام غذائي مدعم للصحة إذا ما قورنوا بالعادين من التلاميذ. إن هذه النتائج لا تختلف عن معظم الدراسات التي تشير إلى تدني العوامل السلوكية المدعمة للصحة كذلك المرتبطة بالتغذية أو بالنشاط البدني لدى المراهقين، وهوما تؤكد نتائج مشروع المسح الأوروبي (HELENA : healthy life style in europe by nutrition in adolescent) الذي رصد (س غ ص) لـ 3528 مراهق أوروبي أعمارهم بين 12.5 و 17.5 سنة، وهي مشابهة لنتائج المسح الأمريكي الذي أكد عن ميل السلوكات الغذائية لدى المراهقين عن اتجاهها المدعم للصحة وارتباطها بشكل قوي مع السمنة والأمراض المزمنة (who,2015).

وتتسق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة ايطالية على عينة مكونة من 532 مراهق متوسط أعمارهم 15.4 ± 0.7 سنة يدرسون بالسنة الثانية ثانوي، حيث اتضح أن ما نسبته 37.1% فقط من العينة تمارس سلوكات غذائية صحية في حين أن 18.5% منهم يمارسون نشاطا بدنيا منتظما و 8.6% معارفهم الغذائية جيدة. (Giovana T,Marriana G ,2008)، نلاحظ أن نتائج هذه الدراسة تختلف قليلا عن نتائج الدراسة الحالية حيث أن نسبة المتفوقين الذين يمارسون سلوكات غذائية صحية كانت 24.5% .

أما دراسة (Bouanjak .K, Belouniss .R ,2012) التي تم إجراؤها على عينة من 2355 تلميذ ثانوي (كل السنوات) فقد أسفرت عن 16% من العينة التي تتناول المأكولات السريعة ثلاث مرات بالأسبوع و 19.1%، 10.4% فقط يتناولون الخضر والفواكه، 91% يتناولون اللحوم أوالبيض، 57% يتناولون الحبوب و 92% يفرطون في تناول المشروبات الغازية ولقد ارتبطت هذه النتائج السيئة ل(س غ ص) بارتفاع مؤشر الجسم والإصابة بالسمنة، نلاحظ أن النتائج كانت أكثر سوءا مقارنة بالدراسة الحالية لكن يجب الأخذ بعين الاعتبار حجم العينة الذي يفوق ب 7.4 حجم العينة الحالية.

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

أما دراسة (Gronhoj,A(2012) وزملاؤها التي أجريت على عينة قوامها 410 تلميذ دانماركي، تتراوح أعمارهم بين 11-16 سنة، على أن نسبة 78% من العينة تتناول فطور الصباح خمسة أيام في الأسبوع، و41% يتناولون على الأقل قطعة من الفواكه و28% قطعة على الأقل من الخضروات في حين أن 7% يأكلون وجبات في ساعات الليل المتأخرة بينما 9% يفرطون في تناول مشروبات الطاقة و1% فقط يفرطون في تناول الأطعمة السريعة، يمكن ملاحظة المستوى المرتفع من ممارسة السلوك الغذائي الصحي لدى العينة مقارنة بنتائج الدراسة الحالية التي لم تختلف نتائجها عن نتائج الدراسة المسحية المقطعية التي قام بها الركبان(2003) على عينة طبقية عشوائية قوامها 1023 مراهق من سكان مدينة الرياض حيث أسفرت عن تدني مستوى ممارسة (س غ ص) بصفة عامة لدى العينة ف 50% لا يتناولون وجبة الإفطار و32.8% يفرطون في تناول المشروبات الغازية وحوالي 30% نادرا ما يتناولون الحليب (القص صليحة،159،206) أما على مستوى الدراسة الحالية فنجد أن 46% من العينة تتناول فطور الصباح يوميا ويتناول 37.4% المشروبات الغازية المرافقة للوجبات السريعة ونلاحظ أنها نتائج متقاربة.

أسفرت نتائج دراسة سعودية على عينة عشوائية مكونة من 357 طالب بكلية الطب تتراوح أعمارهم بين 18 و24 سنة أن 88% يتناولون فطور الصباح ثلاث مرات في الأسبوع، و55.7% يتناولون وجبتين في اليوم و31.4% يتناولون ثلاث وجبات في اليوم، 32.2% نادرا ما يتناولون الخضر والفواكه و36.2% يتناولونه مرة أو مرتين، في حين أن 46.8% يتناولون الأكل السريع أكثر من ثلاث مرات في الأسبوع و66.4% يحرصون على تناول وجبة مع أسرهم، هذه النتائج ليست بعيدة كثيرا عن نتائج الدراسة الحالية خاصة فيما يخص الوجبات العائلية وإن كانت الدراستان تتقاطعان في فئة 18 سنة فقط.

مما سبق يمكن أن نخلص إلى أن توقع ارتفاع مستوى الممارسات الغذائية الصحية لم يكن صائبا وإن كانت العينة تتميز بمستوى مرتفع من الذكاء والتحصيل الدراسي وبالتالي المعارف الصحية وربما الوعي الصحي، ولعل أهم سبب هو أن خاصية الذكاء كانت أقل إسهاما في خيارات التغذية الصحية إذا ما قورنت بخصائص المراهقة وخصائص البيئة وغيرها من الخصائص.

4-2 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية : نتوقع أن تتبع درجات السلوكيات الغذائي الصحي توزيعا اعتداليا

إن ثلاث سنوات من التواصل والتعامل مع فئة المتفوقين كانت كافية لتلاحظ الباحثة أن فئة المتفوقين في البيئة المحلية تكاد تذوب في خصائصها مع العاديين على مستوى المدارس (متوسطات وثنائويات) وأنها لم تعد تشكل استثناء كما فعلته خلال الثلاثين سنة الماضية، ومع هذا تبقى هذه الملاحظات غير دقيقة ولا تستند على الحجج العلمية وإن أكدها الكثير من الأساتذة الذين كانت مشاركتهم ذات أثر كبير في هذا العمل،

ولمّا كان موضوع الدراسة الحالية رصد أحد أوجه السلوكيات الصحية التي يفترض أن تحضها بالممارسة الواسعة ألا وهو (س غ ص) جاءت الفرضية الثانية للتحقق من مدى إتباع درجات (س غ ص) التوزيع الاعتدالي، وأسفرت نتائج التحليل الظاهرة في (الجدول رقم 46) عن متوسط، وسيط ومتوسط افتراضي (22.7862، 23.00، 22.9642) تكاد تكون متطابقة وكان اختبار كولموغروف سيمرنوف : 0.061 عند مستوى الدلالة 0.07 وهو ما يؤكد على أن ممارسة (س غ ص) تتبع توزيعاً اعتدالياً في مجتمع الدراسة وبعبارة أخرى تتجه (س غ ص) لفئة المتفوقين إلى أن تتبع التوزيع الجبرسي الذي يمثل أكثر الظواهر الطبيعية في الحياة.

لا شك أن (س غ ص) من السلوكيات المعقدة الناتجة عن تظافر العوامل الذاتية، الاجتماعية الثقافية، الانفعالية والبيئية، هذه الأخيرة التي تسهم بشدة في اتباعها توزيعاً طبيعياً للأفراد يتعرضون لنفس العوامل البيئية "الحضرية" التي يرى Berkman و Kawachi وزملاؤهم (Heléne Chaire, 2012) أنها تؤثر في السلوكيات وفي الصحة بغض النظر وبشكل مستقل عن كون، حيث يؤكد Saadi Lahlou (2011) في هذا السياق أن مختلف المجموعات البشرية التي تقع ضمن نفس النطاق الجغرافي تتبع نفس الآلية في ممارسة السلوكيات الغذائية بما فيها الصحية بدءاً من التزود بالأغذية، تخزينها، تحضيرها وتناولها وبهذا سنجد أغلب أسر العينة تتشابه في المقتنيات الغذائية لأنها تنزود من نفس الفضاء الاقتصادي الذي يوفر نفس الأغذية وتتفاوت بسيطاً في الأسعار، كما أنها تتبع نفس طرق: التخزين لأن وسائله التقليدية والحديثة هي نفسها لدى الأسر (ثلاجات، مجمدات، خزائن... الخ)، التحضير الذي يشترك في تقنيات النظافة، الحفظ والطبخ والاستهلاك (من حيث الوقت خاصة)، وبهذا نستنتج أن العينة تخضع لنفس القيود الاقتصادية، التنظيمية والتنفيذية المصاحبة ل(س غ ص) وهو ما يبرر لحد كبير توزيعه الطبيعي، والأمر سيان عندما نتحدث عن العوامل الثقافية والاجتماعية التي تحكمه فهي متشابهة حتى في تغيراتها، فعلى سبيل المثال لا الحصر نلاحظ أن عدم القدرة على ضبط استهلاك الأغذية كثيفة الطاقة (الحلويات، الأغذية السريعة.... الخ) في مقابل تراجع النشاط البدني والأكل أمام الشاشات -مشكلاً ما يعرف بالبيئة المحفزة للسمنة- أصبح يمس الفئات الشابة بتفاوت طفيف في الحدة منتجا ظاهرة عامة تسهم في خلق هوية غذائية شبه موحدة لدى الشباب وهو تفسير أومبرر آخر لاعتدالية توزيع (س غ ص) لدى العينة. وإذا أردنا فهم سبب هذه الاعتدالية فلا يوجد أحسن من وجهة نظر الأنثروبولوجيا الغذائية حيث تشير ماري دوغلاس Mary Douglas كما ورد في (2011 Cristina Grabovschi) إلى أن النظام الغذائي يفرز مستويات وتصنيفات تحدها القيم الاجتماعية وأضيف إلى كلامها الاتجاهات نحو التغذية الصحية، المعتقدات الصحية والوعي الصحي وكلها نقاط تقاطع لدى عينة الدراسة بل لدى مجتمع الدراسة، ليس هذا فحسب فمسألة تبرير هذا التوزيع في السلوكيات بالصعوبة بما كان حيث يضاف إلى ما سبق تدخل العوامل النفسية والبيولوجية مشكلة خارطة للسلوك الغذائي والسلوك الغذائي الصحي بوجه خاص حيث تتدخل حاسة الذوق، حالة الجهاز الهضمي، الحالة المزاجية والتمثلات المعرفية... الخ في تحديد أنماط مختلفة من الممارسات الغذائية المضرة أو المدعمة للصحة، وبما أن العينة تتمتع

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

بتجانس من الناحية البيولوجية (السن : 73.33% تتراوح أعمارهم بين 14-17 سنة، الحالة الصحية : 87.1% غير مرضى، 95.9% تحصلوا لمدة معينة على رضاعة طبيعية وحوالي 70% مؤشر كتلة أجسامهم مثالي) ومن الناحية الاجتماعية (أكثر من 75% أبناء لأولياء ذوي مستوى تعليمي جامعي وحوالي 72% لم يتحصلوا على تثقيف صحي) ومن الناحية النفسية (حوالي 65% راضين عن أجسامهم) فاحتمالات توزع ممارساتهم بشكل طبيعي تصبح متوقعة.

3-4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة : لا توجد فروق معنوية تعزى لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للوالدين والعمر في درجات متوسط السلوك الغذائي الصحي.

أظهرت نتائج التحليل الفروق بين الجنسين كما يظهر في (الجدول رقم 48) أن قيمة "ت" كانت 0.62 وهي ليست دالة وهو ما يعني أن الممارسات الغذائية الصحية ماثلة لدى الجنسين، حيث كان الفرق متوسط ممارسة الذكور والإناث ل (س غ ص) ضئيل جدا (متوسط الذكور: "4.5±22.63، متوسط الإناث: 5.38±23)، ولقد جاء هذا التوقع نتيجة لما لمستته الباحثة من التغيرات التي مست طبيعة الأسر الجزائرية والتي بدأت تتلاشى فيها حالة الأفضلية الذكورية، فكلا الجنسين على حد سواء يتعرضون لنفس الأساليب التربوية التي بدأت تسمح لهم بالتمتع بوسائل التكنولوجيا وإنشاء العلاقات الاجتماعية المستقلة عن البيئة الأسرية وكذا التمتع بشيء من الحرية والمسؤولية في مجالات حياتهم المختلفة بما فيه الصحية وعلى رأسها تلك ذات العلاقة بالتغذية هذا من جهة ومن جهة أخرى تماثل خصائص العينة، فهذا التجانس في طبيعة الأسر وفي المؤشرات الصحية من شأنه أن ينتج تجانسا في السلوكيات المرتبطة بالصحة لدى العينة وعلى رأسها (س غ ص)، لقد كانت النقطة الأخيرة من مبررات الباحثة لفرضيتها محل دراسة ل كل من Anita. S و Lana. P (2005) والتي توصلت إلى نتائج عكسية لدى عينة (507) من المراهقين (15-18 سنة، متوسط: 16.38 سنة) من المجتمع الكرواتي حيث أظهرت نتائج تحليل الانحدار اللوجستي الترتيبي لمتغير النظام الغذائي (وهو ما يكافئ (س غ ص) في الدراسة الحالية) تبعا لمتغيرات المستوى الاقتصادي والعمر، أن الإناث يتفوقن بمرتين ونصف على الذكور في نظامهن الغذائي مع أن هذا يرتبط بقوة مع عدم رضاهن على أجسادهن تبعا لمتغيرات المستوى الاقتصادي والعمر، أما بالنسبة للفروق التي يحتمل أن تكون المستويات التعليمية بفئاتها الثلاثة (سنة أولى، سنة ثانية، سنة ثالثة ثانوي) ومستويات الاقتصادية بمستوياتها الثلاث (ضعيف، متوسط ومرتفع)، المستوى التعليمي للأولياء (جامعي، ثانوي، متوسط، ابتدائي) وكذا الفئات العمرية الثلاثة (14-15، 16-17، 18 فما فوق) فقد تم الاستدلال على وجودها من خلال استخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه كما هو موضح في (الجدول رقم 49)، الذي أسفر على أن كل من المستوى الدراسي، المستوى الاقتصادي والمستوى التعليمي للأولياء لم يحدث الفرق بين متوسطات ممارسة السلوك الغذائي الصحي وهذا لأن كل قيم ف كانت غير دالة عند مستوى دلالة أقل من 0.05، إلا أن الفروق وجدت عند متغير العمر

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

بفئاته الثلاث حيث كانت قيمة ف = 12.404 عند مستوى دلالة 0.000 وهو أقل من 0.05 وبالتالي هي دالة ولذا استخدم اختبار شيفيه لمعرفة الفئات التي لها درجات متوسطات أعلى وبصورة دالة بين الفئات العمرية ولقد أظهرت النتائج أن الفروق بين الفئة العمرية (14-15 سنة) كانت دالة ولصالح الفئة (18 سنة)، أما بالنسبة للفروق بين الفئة العمرية (16-17) كانت دالة ولصالح الفئة الثالثة كذلك (18 سنة)، أما بالنسبة للفروق بين الفئة (18 سنة) وباقي الفئتين فقد كانت دالة ولصالحها كذلك. تشير النتائج الموضحة في (الجدول رقم 50) بوضوح إلى ارتفاع طفيف في الممارسة الغذائية الصحية لدى العينة مع التقدم في العمر، حيث يمكن افتراض اقتران التقدم في العمر بالتقدم في الوعي المعرفي الغذائي .

4-4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة: يؤثر الرضا عن الجسم ومؤشر الكتلة في ممارسة السلوك الغذائي الصحي.

أظهرت نتائج أسلوب تحليل التباين الثنائي الذي استخدم من أجل تحليل العلاقة ودراسة أثر تفاعل كل من مؤشر كتلة الجسم والرضا عن الجسم على السلوك الغذائي الصحي الممارس من طرف العينة والذي تظهر نتائجه في الجدول رقم 50 و 51، أن التباين كان متجانسا حيث أن قيمة اختبار ليفيني كانت دالة لأنها كانت كانت أكبر من 0.05 ، كما أنه لم توجد فروق معنوية في ممارسة (س غ ص) بالنسبة لكل من مؤشر كتلة الجسم، الرضا عن الجسم ولا التفاعل بينهما، حيث أن مستويات الدلالة كلها كانت أكبر من 0.05، كما أظهرت النتائج أن العينة لا تحتوي على أي متفوق يعاني من النحافة ويشعر بالرضا عن جسمه وهو ما تشير إليه العديد من الدراسات التي تؤكد أن الموهوبين والمتفوقين ربما يكونوا أحسن حالا في النمو الجسمي فهم أكثر صحة ووزنا وطولا ووسامة وحيوية وتفوقا في التأزر البصري والحركي وأقل عرضة للأمراض مقارنة بالأفراد الذين يماثلونهم في العمر الزمني، في حين أشارت بعض الدراسات أنهم لا يختلفون عنهم كثيرا ولقد ظهرت بعض الاعتقادات الخاطئة حول الخصائص الجسمية لهذه الفئة تلخصت في ضعف النمو الجسمي والنحول والافتقار الى التناسق الجسمي.

أما بالنسبة لباقي المجموعات فالاختلاف في ممارسة (س غ ص) ضئيل جدا وكلها تجاوز الدرجة 22 وبهذا يمكن أن نستنتج أن لا الرضا على الجسم أو مؤشر كتلة الجسم ولا التفاعل بينهما يؤثر في ممارسة عينة المتفوقين للسلوكات الغذائية الصحية.

غير انه في دراسة مشابهة لـ (Anita Sujoldi, 2001, 7) على عينة من 318 مراهق ألبناني و 301 مراهق كرواتي تتراوح أعمارهم بين 15 و 18 سنة وجد هناك أثر دال للتفاعل بين الرضا عن الجسم، مؤشر كتلة الجسم على الممارسة الصحية للسلوكات الغذائية وذلك لدى الإناث والذكور معا.

وفي دراسة عكسية لـ (Rheanna N.Ata, 2006) وزملائها على عينة من 177 مراهق (13-19 سنة) والتي هدفت إلى تقصي أثر كل من الجنس، تقدير الذات، المساندة الاجتماعية، الأسرة، الأصدقاء، الضغط الإعلامي المرتبط بصورة الجسم والاتجاهات والسلوكات الغذائية على صورة الجسم وأظهرت النتائج

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

وجود فروق جوهرية بين الجنسين في كل من صورة الجسم، الاتجاه نحو الأكل، تقدير الذات، وأسفرت نتائج تحليل الانحدار المتعدد عن تأثير الجنس (الإناث)، ضغط الأسرة والأقران فيما يخص الوزن، ضغط الإعلام في صورة، السلوك الغذائي غير الصحي في خفض الرضا عن الجسم من خلال تدني صورة الجسم لدى العينة وانخفاض ممارسة (س غ ص).

4-5 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة يؤثر كل من اهتمام الأولياء والاستفادة من برامج التنقيف الغذائي في ممارسة السلوك الغذائي الصحي.

أظهرت نتائج نموذج تحليل التباين الثنائي الدال إحصائياً عند 0.000 والموضحة نتائجه في (الجدول رقم 54) أن المتغير الوحيد الذي يؤثر معنوياً في ممارسة (س غ ص) هو الاهتمام الوالدي بالتغذية الصحية وتحقق هذا التأثير عند مستوى دلالة 0.00 أما بالنسبة لمتغير الاستفادة من برامج التنقيف الغذائي وتفاعله مع الاهتمام الوالدي فلم يحدث أين منهما أثراً يجعل متوسطات ممارسة (س غ ص) تتباين. كما أوضحت النتائج أن ادني ممارسة ل(س غ ص) كانت للذين لا يهتم أولياهم بتوجيههم من ناحية السلوك الغذائي ولم يستفيدوا من برامج تدعيمية في هذا المجال وقدرت بـ (0.771 ± 19.171)، كما نلاحظ أن درجات ممارسة (س غ ص) تكاد تتماثل لدى المجموعة التي لا يهتم والديها بالتغذية بصرف النظر عن الاستفادة أولاً من البرامج التدعيمية ومع هذا فهي مرتفعة (0.358 ± 23.23 و 0.566 ± 23.97) مقارنة بالمجموعة التي تحظى بالاهتمام واستفادت من برامج التنقيف الغذائي حيث كان متوسط (س غ ص) 20.273 بانحراف معياري 1.489، إن النتيجة الأخيرة تضعنا أمام مفارقة أن لا تكون السلوكيات الغذائية الصحية للمتوقفين الذين يحضون بعامل الاهتمام الوالدي والاستفادة من برامج التنقيف الغذائي جيدة مقارن بأقرانهم ممن لا يحضون بالعاملين معاً، قد يتبادر للأذهان أن في هذا الأمر شيء من التمرد أو اللامعنى الصحي أو تراجع في مستوى الفعالية الذاتية أو حتى حالة الهشاشة النفسية التي يتسم بها المراهق المتفوق... الخ وغيرها من الاحتمالات السببية.

وفي هذا السياق تؤكد (Jennifer Ulter, 2008) وزملاؤها أن الحصول على الدعم الوالدي لممارسة (س غ ص) بما فيها عدم الأكل أمام التلفاز، تناول خمس خضر وفاكهة، تناول وجبة الفطور وتناول الأكل البيتي وتوفر البيئة الغذائية الأسرية الصحية وتشجيع يرتبطان بقوة مع تواتر الوجبات العائلية، فعلى مستوى 3245 مراهق تتراوح أعمارهم بين 13 و 17 سنة، نسبة 42% تناولت وجبات عائلية خلال كل أيام الدراسة السابقة وأظهرت نتائج تحليل التباين الثنائي عن ارتباط طردي متوسط بين تواتر الوجبات العائلية ومؤشر كتلة الجسم ($p < 0.045$) وتفقد هذه الدلالة في النموذج بمجرد إدخال العوامل الديمغرافية، إلا أن الاهتمام الوالدي بالتغذية الصحية فيما يخص التقليل من الأغذية الغنية بالدهون والسكريات لم يتأثر بوتيرة الوجبات العائلية، وقد يعود هذا إلى أن الأسر وإن استطاعت تقنين مشترياتها الغذائية وحصرها في الصحية منها فإنها لن تستطيع بسط سيطرتها على البيئة الخارجية (المدرسة، الحي، فضاءات الترفيه والرياضة... الخ) التي قد تشجع

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

على تناول الأغذية غير الصحية وهو ما يحدث فعلا على مستوى عينة الدراسة فبالإضافة إلى كون المتفوقين أكثر حساسية لتوجيهات الأولياء الغذائية مقارنة بالعاديين وأكثر هشاشة نفسية تجعلهم مضطرين للتفاعل مع جماعة الأقران من خلال الانخراط في سلوكات غذائية غير صحية فقط لتفادي الشعور بالعزل والإبعاد وتشير بعض الدراسات إلى أن الشباب والمتفوقين خاصة يميلون إلى ممارسة سلوكات غذائية غير صحية وإن كانوا في وسط أسري مشجع وامن ففي دراسة لـ (Asghar .P (2015) وزملاؤه على عينة عشوائية من 220 طالب موهوب على مستوى جامعة بايزيد ومرمرة بتركيا، أعمارهم (14.56 سنة \pm 10.41) ومؤشرات كتلة أجسامهم (3.12 \pm 31.25) موزعين بنسبة 52.28% من الإناث و 47.27% من الذكور، حيث أظهرت النتائج ارتباطا قويا بين مؤشر كتلة الجسم والسلوكات الغذائية الصحية الممارسة (P:0.001) وأسفر تحليل الانحدار المتزامن أن المررونة الأسرية لم تكن ذات أثر.

أما بالنسبة لمدى تأثير الاستفادة من برامج التنقيف الصحي فلم يكن دالا في ممارسة (س غ ص) وقد يكون هذا بسبب تدني الوعي الصحي بصفة عامة والوعي الغذائي بصفة خاصة، هذه الوضعية تشكل احد أهم عوامل الخطر على الصحة الغذائية للمراهق، فالعديد من الدراسات وجدت أن الوعي الصحي والمعارف الغذائية من المؤشرات الرئيسية للاتجاه نحو ممارسة (س غ ص) ففي دراسة لـ (Sue Reeves(2012) وزملاؤه ارتبط الوعي بأن تناول وجبة الفطور يساعد على ضبط الوزن مع تواتر تناول هذه الوجبة (أكثر من خمس مرات في الأسبوع) بشكل قوي وعند مستوى دلالة 0.0005 وفسر الباحث هذا الارتباط القوي باعتقاد المبحوثين الشديد بان هذا السلوك يساعدهم على التحكم في الجوع والطاقة ناهيك عن ارتباط هذا السلوك بالشعور بحسن الحال والصحة الجيدة والعمر بمعاملات ارتباط (0.16^{**} ، 0.07^{**} ، 0.23^{**}) على التوالي. إن عدم استفادة أغلبية العينة من متغير برامج التنقيف الغذائي مبرر إحصائي لغياب الأثر الدال له في ممارسة (س غ ص) ولكنه ليس مؤشر لتدني المعرفة الغذائية لهم، خاصة مع إتاحة المعلومات عن التغذية الصحية عبر مختلف وسائل التكنولوجيا الحديثة ، وهو ما يؤكد (هيثم محمد النادر، 2019) في دراسته على عينة من 200 طالب بجامعة البلقاء، حيث أظهرت النتائج أن مستوى الثقافة الغذائية كان مرتفعا لدى ذكور وإناث العينة العينة (متوسط : 2.55 انحراف معياري : 0.23) مبررا ذلك بالفضاء التعليمي المفتوح الذي توفره الجامعة وما يقدم فيها من مواد تعليمية خاصة للتخصصات ذات العلاقة بالصحة .

4-6 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة : نتوقع أن تتمتع عينة المتفوقين بمستويات مرتفعة من جودة الحياة المرتبطة بالتغذية في كل أبعادها.

أظهرت النتائج الموضحة في الجدولين رقم 55 و 56 أن أكثر من نصف العينة تتمتع بمستوى مرتفع من (ج ح غ) بنسبة 53.1% في حين أن 8% فقط مستوى جودة الحياة لديهم منخفض، في حين أن 44.3% من متوسطي المستوى . بالنسبة للبعد البيولوجي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية فنجد أن أكثر من ثلثي العينة تتمتع بمستوى مرتفع (69.8%) أما بالنسبة للبعد النفسي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية فقد كان متوسط لدى

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

نصف العينة ومرتفع لدى 45.3% أما بالنسبة للبعد الاجتماعي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية فقد كان متوسط لدى أكثر من نصف العينة 53.3% ومرتفع لدى 36.6%، مما سبق نلاحظ أن النتائج جاءت عكس توقعات الباحثة فيما يخص تمتع عينة المتفوقين بنسبة مرتفعة من جودة الحياة المرتبطة بالتغذية، حيث أنها اقتصرت على حوالي نصف العينة فقط، أما بالنسبة لأبعاد لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية فقد حقق البعد البيولوجي أكبر نسبة مرتفعة، حيث مست أكثر من ثلثي العينة أما باقي الأبعاد فقد كانت على التوالي متوسطة ومنخفضة. لا تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (2015) وزملاؤها حيث تقاربت نسب جودة الحياة المرتبطة بالغذاء في المستويين المرتفع والمتوسط وكانت على التوالي 34.8% و 35.8% لدى عينة من 132 طالب جامعي ببعض الجامعات، ولقد تم قياس جودة الحياة المرتبطة بالغذاء بواسطة مقياس SWFL (Satisfaction with Food-related Life Scale) لـ (Grunert (2007) وزملاؤه .

4-7 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة : المتغيرات الديمغرافية (الفئة العمرية، الجنس، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي للأولياء) لا تحدث فرقا في متوسط درجة جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بكل أبعادها لدى العينة.

أظهرت نتائج التحليل أن الجنسين لا يختلفان في استمتاعهم بوظيفة التغذية والمعبر عنها من خلال متوسطات جودة الحياة المرتبطة بالتغذية بدليل اختبار ت : 2.901 الذي لم يكن نودلالة إلا أن الذكور يتفوقون عن الإناث في البعد البيولوجي لـ (ج ح غ) وهو ما يظهر من خلال اختبار ت الذي كان دالا عند المستوى 0.004 (اقل من 0.05) كما يظهر في (الجدول رقم 57) .

أما بالنسبة لمتغيرات المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الفئات العمرية، والمستوى التعليمي للأولياء فقد لوحظ أن الفروق الوحيدة كانت على مستوى البعد الاجتماعي لـ (ج ح غ) لدى الفئات العمرية حيث قدر ف ب: 0.04 وكان دالا عند 0.05 وأظهر استخدام الاختبارات البعدية 'أقل فرق دال LSD' نجد أن الفروق كانت دالة بين الفئتين العمريتين (14-15 سنة) و (16-17 سنة) لصالح الفئة العمرية (18 سنة).

نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدولين رقم 58 و 59 أنه على غرار (س غ ص) تميل (ج ح غ) إلى التحسن مع التقدم في العمر حيث كانت الفروق لصالح الفئات الأكبر سنا (الفرضية 3).

4-8 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة : يوجد أثر دال إحصائيا لكل من الحالة الصحية، مؤشر كتلة الجسم، النشاط البدني والمصرف اليومي على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.

أظهرت نتائج إدخال متغير : الحالة الصحية، مؤشر كتلة الجسم، ممارسة الرياضة والحصول على مصروف يومي في نموذج الانحدار اللوجستي الرتبتي أن النموذج دال عند المستوى 0.000 ووجوده حيث كانت قيم معامل بيرسون والتباين غير دالة وهو ما يظهر في (الجدول رقم 61) ما يشير إلى تماثل القيم

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

المشاهدة والمتوقعة ما يعني أن استجابات المتفوقين كانت حقيقية ومتوقعة وهو ما يؤكد على أن البيانات ملائمة لبناء نموذج الانحدار اللوجستي الرتبى الذي قدم نسبة 0.079 من التباين المفسر كما يعبر عنه معامل نيجليريك كما هو موضح في (الجدول رقم 62) كما أن نتائج اختبار الخطوط المتوازية والذي يعتبر شرطا أساسيا لبناء النموذج كانت 763.54 و 1.294 لكل من 2 لغ التشابه ومربع كاي (انظر الجدول رقم 63) وهما غير دالان ما يعني أن تأثير المتغيرات المنبئة (الرياضة، مؤشر الجسم، الحالة الصحية) هونفسه بالنسبة للفئات الثلاثة للمتغير التابع (ج ح غ) أوبصيغة أخرى معاملات انحدار المتغيرات المستقلة ثابتة عند كل فئات (ج ح غ) وبهذا كانت شروط بناء النموذج محققة ومؤشرات جودة النموذج كانت جيدة، وبهذا تكون الدراسة قد كشفت على أن الأثر الدال على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية كان لكل من متغيري الحالة الصحية ومؤشر كتلة الجسم، حيث أوضحت نتائج تحليل الانحدار اللوجستي الترتيبي أثرهما في نقل مستويات (ج ح غ) إلى مستويات أرفع كلما اقترب مؤشر كتلة الجسم (BMI) من المستوى المثالي وكلما كانت الحالة الصحية للمتفوق جيدة بمنأى عن المرض، وهما تظهره قيمة إحصاء وولد التي كانت 14.562 و 4.234 الموضحة في (الجدول رقم 64) والتي كانتا دالتان إحصائيا لكل من متغير الحالة الصحية ومؤشر كتلة الجسم وقيمتها غير الدالة لكل من متغير ممارسة الرياضة والحصول على مصروف يومي.

كما أن قيمة آسية (معامل الانحدار) لمتغير الحالة الصحية ومؤشر كتلة الجسم وهي على التوالي (آسية) $1.192 = 3.29$ و آسية $(0.613) = 1.84$ (الموضحة في (الجدول رقم 64) تدل على نسبة الأرجحية Odd للمتغيران المؤثران في النموذج واللذان يتمتعان بتأثير تنبؤي على تغير مستوى (ج ح غ) حيث أن تغير نسبة الانتقال من مستوى معين لـ (ج ح غ) لمستوى أرفع هو بمقدار 3.29 و 1.84 في كل تغير بدرجة واحدة لكل من متغير الحالة الصحية ومؤشر كتلة الجسم في مجالي الثقة 95% : -0.580 - 1.805 و (95% : 0.29 - 1.196) على التوالي.

وهو أمر متوقع فمن الطبيعي أن يسهم شعور الأفراد بحسن الحال الجسدي الذي تنتجه حالة السلامة البيولوجية المرتبطة بعملية التذوق، المضغ، الهضم، الامتصاص واطراح الزائد من الأطعمة المتناولة والمرتبطة بميكانيزمات الجوع والشبع الطبيعية في رفع درجة الاستمتاع بما يتناولونه، كما أن ابتعاد (BMI) عن حالة النحافة المفرطة أو زيادة الوزن والبدانة سترفع من احتمالات تحسن (ج ح غ)، ففي الحالة العكسية أي عندما تتجه مؤشرات (BMI) نحو الاضطراب ستميل (ج ح غ) نحو الانخفاض حيث يجد النحيف نفسه مضطرا لتناول كميات كبيرة من الطعام لتدارك الناقص من وزنه وهو أمر بالغ الخطورة على الصحة وبالتالي سيخفض من جودة الوظيفة البيولوجية للتغذية، ويجد زائد الوزن نفسه أمام خيار التنازل عن أي متعة تنتج عن تناول ما يحبه ويستسيغه من طعام لأنه سيبدل قسارى جهده لتفاديه أو على العكس من ذلك قد لا يكثرث للأمر ويواصل في حالة "النهم" لأنه غير قادر عن مراقبة وضبط وزنه من خلال تغذيته وبهذا ستدهور جودة الوظيفة النفسية والاجتماعية لعملية التغذية وفي كلتا الحالتين ستتأثر سلبا جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

ويتجاوز تحقيق جودة الحياة المرتبطة بالتغذية مجرد الشعور بحسن الحال الجسدي، إذ يساهم مستوى الصحة النفسية في ذلك، فمن غير الممكن أن نتوقع أي درجة من درجات الاستمتاع بالوظيفة الغذائية عند من يعانون الوسواس القهري أوالاكتئاب وبشكل أكثر اضطرابات الأكل المختلفة التي تشير الدراسات إلى أنها شديدة الشيوع بين الموهوبات بشكل خاص.

ففي دراسة لـ Jayne .A.Fulkersson(2004) وزملاؤه على عينة عشوائية مكونة من 4734 مراهق (49.78% ذكور، 50.21% أنثى)، ظهر أن الاهتمام ب: الغذاء الصحي، الوزن المثالي والنشاط البدني يرتبط بعلاقة عكسية قوية مع جميع مستويات الأعراض الاكتئابية لدى العينة (من الخفيفة إلى الحادة) (P : 0.001)، ومع هذا أسفرت الدراسة عن ارتباط عكسي بين أعراض الاكتئاب وتناول ثلاث وجبات في اليوم بينما لم يرتبط تناول الوجبات السريعة مع الأعراض الاكتئابية وفي هذا دليل على أن حتى الوجبات السريعة تفقد قدرتها على إنتاج حالة الاستماع الاعتيادية عندما ينخفض الشعور بحسن الحال النفسي، أما بالنسبة لتواتر الوجبات في اليوم فبالرغم من عدم إمكانية تحديد اتجاه السببية بينها وبين الأعراض الاكتئابية إلا أنها تبدو مفيدة في رفع مستوى جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.

أما بالنسبة النشاط البدني فلم يكن له أثر في رفع مستوى (ج ح غ) وهو أمر لم نتوقعه لان أغلب الدراسات تشير إلى ضرورة اقتران التغذية الصحية بالنشاط البدني للحفاظ على الصحة وانمائها بشكل يساهم في تنمية مجالات الحياة المهمة للأفراد كالعمل والتعليم... الخ، وعلى ذكر هذا الأخير تشير دراسة لـ (Dylan B.Jackson, Kevin M.Beaver,2015) على عينة من 644 توأم تتراوح أعمارهم بين 11 و20 سنة هدفت للتعرف على أثر النشاط البدني، الوراثة والعادات الغذائية في الذكاء اللفظي وأسفرت نتائج تحليل الانحدار على النموذج الذي تنبأ بأن التوائم التي لم تمارس الرياضة في مرحلة المراهقة ولم تمارس سلوكيات غذائية صحية ترتفع احتمالات تراجع ذكائها اللفظي، وما هذا الأخير إلا عينة من العوامل المدعمة لجودة الحياة الأكاديمية للمتفوق والتي ستؤثر حتما في جودة تغذيته فمن الطبيعي أن يتجه المتفوقون ممن يعانون صعوبات في التعبير اللفظي -بالرغم من ارتفاع مستوى ذكائهم - إلى تطوير اضطرابات غذائية كتخطي الوجبات أو الإفراط في تناول الأغذية الغنية بالكربوهيدرات وغيرها كما أوردت دراسة لكلاارك (1992) بعض خصائص المتفوقين والموهوبين ومنها وجود فجوة غير عادية بين التطور العقلي والجسمي مع ظهور النزعة الديكتاتورية التي قد تشمل إهمال الصحة الجسمية وتجنب النشاط البدني.

كان هذا بالنسبة لغياب أثر ممارسة الرياضة في (ج ح غ) أما بالنسبة لغياب أثر الحصول على مصروف يومي فهو جيد ولصالح (ج ح غ) وإن كنا قد افترضنا حصوله وهذا لأنه سلاح نوحدين ففي الوقت الذي قد يرفع فيه المصروف اليومي من فرص رفع الاستمتاع بالجانب الاجتماعي للتغذية - والذي يحدث على المدى القريب - من خلال مشاركة الطعام مع الأقران والأصدقاء تتخفف فرص الاستمتاع البيولوجي

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

النتائج عن ارتفاع الأخذ من الطاقة بسبب السكريات والنشويات التي تكوّن المأكولات السريعة، المشروبات الغازية والحلويات وهوما سيؤثر سلبا وعلى المدى الطويل على (ج ح غ) للمتفوقين.

4-9 عرض ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة : يوجد أثر دال احصائيا للسلوكات الغذائية الصحية على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.

أسفرت نتائج استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي المتعدد (طريقة خطوة بخطوة) بعد تحقق شرط غياب الازدواجية الخطية - حيث أن كل معاملات التضخم كانت أقل من القيمة 10-، وشرط متوسط البواقي الذي يساوي صفر - وهوعلا كذلك وبانحراف معياري 0.9486 - عن 11 نموذج تقابله 11 خطوة بطريقة (STEPWISE) ولقد أشارت قيمة معامل الارتباط المتعدد R في الخطوة الحادية عشر المقدرة بـ 0.935 وذلك في حالة النموذج الذي يحتوي على السلوكات الغذائية التالية : وهي موضحة بالتفصيل في (الجدول رقم 65)

(أحرص كل يوم على تناول وجبة مع أسرتي، أتناول اللحوم والأسماك أو البيض مرة أو أكثر في الأسبوع، أتجنب الأكل أمام التلفاز، أتناول فطور الصباح يوميا، أتجنب الأكل في ساعات الليل المتأخرة، أتجنب تناول مشروبات الطاقة، أكل فقط عندما اشعر بالجوع، أشرب خمسة أكواب من الماء حتى في الجوالبارد، أتناول خمسة خضر وفاكهه يوميا، أتناول الحبوب الجافة مرتين في الأسبوع (العدس، الفاصولياء، الحمص، فول، أتناول وجبة تقليدية مرة أو أكثر في الأسبوع)

وهذا يعني أنها مجتمعة تفسر نسبة 93.5% من التباين الكلي في درجات المتغير التابع (ج ح غ)، كما أن قيمة الثابت وكل معاملات الانحدار للنموذج كانت دالة (أقل من 0.05) كما توضحه النتائج في (الجدول رقم 67) وبالتالي كانت عبارة معادلة الانحدار المتعدد كما يلي :

$$\sum_i \alpha_i^* \text{ : جودة الحياة المرتبطة بالتغذية = الثابت + (السلوك الغذائي الصحي)}$$

أظهرت النتائج أن أكثر (س غ ص) مؤثر في (ج ح غ) كان الوجبات العائلية وهذا لما لاجتماع الأسر خاصة تلك التي تتمتع بجومن الاستقرار والتفاهم حول مائدة الطعام من أثر في الاستمتاع بالأكل، إذ تشير الدراسات إلى أنها من عوامل الحماية الفعالة ضد السمنة ومختلف أنواع اضطرابات الأكل، وستزداد أهميتها إذا ما تعلق الأمر بالمرهق المتفوق إذ تمثل هذه اللقاءات فرصة لتخفيف ضغوط الدراسة التي ينقدمها السعي نحوالتفوق والتميز . ففي دراسة تحليلية لـ 17 دراسة تبحث عن أثر الوجبات الغذائية في ممارسة (س غ ص) لدى الأطفال والمرهقين توصل (Amber J.Hammons and all, 2011) إلى أنه في مجموع عينات الدراسات السبة عشر والمقدر بـ 182936 طفل ومرهق وجد أن تناول ثلاث وجبات عائلية أو أكثر في الأسبوع يرتبط بقوة مع مؤشر كتلة الجسم الطبيعي ويقال نسبة الارجحية (OR) للتعرض للسمنة بـ 12% وبـ 20% لتناول الأغذية غير الصحية وبـ 35% لاحتمالات الإصابة باضطرابات الأكل كما يرفع (OR) بـ 24% لتناول الأغذية الصحية وما هذا إلا دليل على أن اثر الوجبات العائلية في رفع مستوى جودة الحياة وجودة الحياة

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

المرتبطة بالتغذية بشكل كبير لأنها تسهم في تخفيض احتمالات الاكتئاب وسوء الحال النفسي وسوء تقدير الذات... الخ الذي ينجر عن اضطراب الوزن وعن احتمالات الإصابة باضطرابات الأكل المختلفة. كما نلاحظ أن هذا التأثير يدعمه سلوك غذائي صحي آخر وان كان ضئيلاً وهوتناول وجبة تقليدية في الأسبوع لما يحمله من دلالة حول اللقاءات الأسرية حول مائدة الطعام بالإضافة إلى طبيعة مكونات الوجبات التقليدية التي يستسيغها الأفراد وبشكل يحقق لهم حالة من حسن الحال النفسي والاجتماعي.

يمكن أن نلاحظ أنه بالإمكان تصنيف (س غ ص) إلى مجموعة تضم ما يتناوله أو يتجنبه المتفوق ومجموعة أخرى تعبر عن متى، كيف وأين يتناول طعامه وهونفس التصميم البحثي الذي انتهجه (Berta Schnettler,2015) وزملاؤها حيث هدفت دراستهم لتصنيف 369 من الطلبة الجامعيين التشيليين (العمر 20.09±2.27) وفقاً لرضاهم عن الحياة ورضاهم عن الحياة المتعلقة بالغذاء وشمل الاستطلاع مؤشر جودة الحياة المرتبط بالتغذية بالإضافة إلى أسئلة حول مكان الإقامة وتيرة الوجبات العائلية، عدد الوجبات المستهلكة يومياً، تواتر الإفطار والعشاء، استهلاك الحليب واستهلاك اللحوم واستهلاك الفواكه والخضر، الإدراك الذاتي للصحة والحالة الاجتماعية والاقتصادية وكان هذا باستعمال التصنيف العنقودي للعينات وتم تأكيده باستعمال التحليل العاملي التوكيدي، وأبرز التحليل ثلاث نماذج من الطلبة حيث كان أحسنها المجموعة التي تضمنت الطلبة من ذوي المستويات المرتفعة في الرضا عن الحياة وجودة الحياة المرتبطة بالغذاء وهم يعيشون مع آبائهم، ويتناولون الطعام المنزلي بشكل متكرر ويبلغون عن عدد أقل من المشكلات الصحية ويمارسون عادات صحية ويعتبرون الطعام مهماً واحداً أسباب الرفاهية.

وتجاوز احد الدراسات المستعرضة المسحية التصنيفات السابقة لتستكشف مدى ارتباط الأهداف الغذائية كتناول المزيد من الخضر والفواكه وشرب المزيد من الماء وفقدان الزائد في الوزن كجزء من الأهداف الحياتية مع جودة الحياة بمختلف مجالاتها ولقد وجدت الدراسة أن الارتباط كان دالاً (اصغر من 0.05) إلا أن المشاركين أعلنوا نجاحهم في الأهداف الصحية المختلفة و بالأخص الأهداف الصحية المرتبطة بالتغذية بشكل أقل وهو ما يدل على صعوبة التحكم في (س غ ص) بالرغم من إمكانية القيام بها. (Gabrielle M. Turner, 2017, McGrievya and all).

إن ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج على مستوى هذه الفرضية يتقاطع مع نتائج دراسات تم إجراؤها على عينات متشابهة الخصائص وإن كانت الأساليب الإحصائية تختلف فقد أسفرت نتائج دراسة كورية (Shin ,Woo-Kyong and all ,2017) على عينة من 302 تلميذ أن الوجبات العائلية كانت مرتبطة إيجابياً وبقوة مع النظام الغذائي الصحي، التحصيل الدراسي وجودة الحياة كما أن تفاعل عامل مشاركة الطعام مع العائلة بشكل دائم وممارسة (س غ ص) باستمرار يساهم في رفع مستوى التحصيل الأكاديمي وبالتالي الدخول ضمن تصنيف المتفوقين ويرفع كذلك من جودة الحياة في كل مجالاتها.

يلاحظ من خلال نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد أن تقادي تناول مشروبات الطاقة يؤثر في (ج ح غ) على عكس تناول الوجبات السريعة والتي تؤكد الكثير من الدراسات على أهميتها في تدعيم الصحة

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

والسؤال هو لماذا هذا الاختلاف بالرغم من أن كلا السلوكين من مظاهر النظام الغذائي الغربي الغني بالطاقة، وهو ما تؤكدته دراسة الباحثة التي تمت على 100 طالب جامعي حيث أظهرت أن النسبة الأكبر من أفراد العينة لا تتناول مشروبات الطاقة على اختلاف الفئات العمرية ولدى الجنسين، أما أعلى نسبة ممن لا يتناولون مشروبات الطاقة نهائياً فكانت 80.5% لدى الإناث ممن تتراوح أعمارهن بين 18-25 سنة في حين تغيب أي حالة لتناول مشروبات الطاقة لدى الإناث ممن تتراوح أعمارهن بين 26-35 سنة وقد يعزى العزوف الواضح لدى العينة عن تناول مشروبات الطاقة إما لارتفاع أسعارها في السوق أو عدم ترسخ الاعتقاد بكونها توفر فعلاً الطاقة.

كما أسفرت الدراسة عن مساهمة تناول وجبة الفطور في تحسن جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وهو من العوامل شديدة الأهمية بالنسبة للمتفوقين فأغلب الدراسات تشير إلى أهمية تناول وجبة الفطور في رفع القدرة على التحصيل المعرفي خاصة لدى المتمدرسين منهم وهذا منذ السنوات الأولى للتعليم ففي دراسة مقطعية لـ (Anchamo Anato .A , Marcos Bususa, 2005) على عينة عشوائية مكونة من 211 مراهق بمتوسط عمر (0.82±12.01) والتي هدفت لتقييم العلاقة بين سلوك تناول إفطار الصباح والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والأداء المعرفي لدى العينة وجد أن تناول وجبة الإفطار بانتظام يرتبط بقوة مع نتائج مقياس التفكير المنطقي المتزامن ويرتبط تعليم الأم بقوة مع تناول الإفطار ($P < 0.001$)، كما ارتبط هذا الأخير بعادات الأكل وبهذا فسر نموذج الانحدار المتعدد المكون من متغيرات فطور الصباح، تعليم الأم كمتغيرات مستقلة والأداء المعرفي كمتغير تابع 31.6% من التباين وبهذا كان ما سبق من عوامل ومن بينها تناول وجبة الفطور ذواتر في تنمية التحصيل المعرفي ولهذا تصبح هذه الوجبة عامل حماية للمتفوق من أجل تنمية أعلى الأقل الحفاظ على مستوى معرفي مرتفع وهو ما سيحسن حالته المزاجية التي قد تتذبذب أمام أي تراجع في التحصيل الأكاديمي وبصفة عامة لخص Sue Reeves (2012) وآخرون خصائص متناولي الفطور بأنهم يتمتعون بأجسام رشيفة ومؤشرات جسم طبيعية كما أن أخذهم من المغذيات جيد وهم أقل عرضة للتظاهرات الاكتئابية ويظهرون مهارات معرفية مرتفعة مقارنة بمن يتجاوزون الفطور وبالتالي سترتفع احتمالات استمتاعهم بجودة الحياة بما فيها تلك المرتبطة بالتغذية.

5- مناقشة عامة

تعد التغذية السليمة وما يصاحبها من سلوكيات غذائية صحية أساساً للبنية الصحية للمتفوق وهي من أهم العوامل المؤثرة في صحته إذ يمتد تأثيرها إلى المساهمة في تشكيل وتوجيه أهدافه الحياتية المختلفة على غرار الحفاظ على الصحة وتنميتها، الوقاية من مخاطر الأمراض، حماية مستويات الذكاء الفطرية وتنمية مستويات الذكاء المكتسبة، فلقد أكدت العديد من الدراسات على تأثير العوامل الغذائية في صحة المتفوقين في مختلف الأطوار العمرية، حيث يشير Richard Lynn (1989) إلى أن وظائف الدماغ يمكن أن تتأثر بالحالة

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

الغذائية وطريقة تغذية الطفل منذ مرحلة الرضاعة إلى المراهقة المتأخرة وهو ما سيؤثر بدوره على مستويات الذكاء، التحصيل الدراسي، المهارات العقلية والسلوكية والنشاط البدني، كما أنه يمكن التنبؤ بالمتفوقين عقليا من بين الرضع من خلال القدرة على المشي مبكرا والتحدث بطلاقة في سنتين.

وهناك الكثير من المشاكل الغذائية التي تؤثر في تنمية الموهبة والتفوق ومنها: سوء التغذية اضطرابات الأكل المختلفة، عدم كفاية الطعام وتدني ممارسة السلوكات الغذائية الصحية... الخ بكل ما ينجر عنها من حالات فقر الدم ونقص المغذيات، فقد أوضح Terman أن الموهوبين والمتفوقين عادة ما ينحدرون من أسر ميسورة الحال تحرص على الرعاية الصحية والتغذية الجيدة لأبنائها وهو ما يوجه أغلب فرضيات البحث إلى توقع الاتجاه الايجابي فيما يتعلق بالممارسة الغذائية الصحية لهذه الفئة وإن كانت المؤشرات الميدانية قد لا تتفق مع هذا التوجه النظري خاصة في الفترات الانتقالية الحرجة من العمر.

وتؤكد الدراسات كما يشير له (Ralf .S ,Jana.R ,2010,605) على أن السلوكات الغذائية الصحية تبدأ في الانحراف والتوجه نحو الاضطراب في مرحلة المراهقة، ومثل هذه التغيرات الغذائية قد تتداخل مع آليات التنظيم الذاتي الطبيعية للمراهقين (الجوع والشبع) وتقودهم ليصبحوا أكثر تقييدا فيما يسمحون لأنفسهم بتناوله وأقل وعيا بما يتناولونه، متى وكيف يأكلون عندما يكونون جائعين وأقل ثقة بإشارات الجوع والشبع لديهم وعلى الأرجح سيأكلون لأسباب أخرى غير الجوع، هنا يتحول السلوك الغذائي لمجرد استجابات لانفعالات سلبية قد تساهم حالة التفوق والتميز في خلقها واستمرارها، لان المتفوق سيتجاوز الأسباب الاعتيادية للأفراد في تنظيم سلوكياتهم الغذائية والتي تتضمن الاستمتاع بجسم رشيق، أوحى لمجرد طاعة الأولياء... وغيرها (Yoshiko and all, 2013) ليخلق تنظيما ذاتيا تفرضه خصائص التفوق ففي أبسط الحالات من سوء التنظيم الذاتي للسلوك الغذائي للمتفوق قد نجده يكتف من حالات القضم (الأكل بين الوجبات)، الإسراف في تناول السكريات، الإفراط في تناول الأكل خارج المنزل، الامتناع عن الأكل... وغيرها عندما يشعر: أنه متطرف، غير كفؤ، مستبعد ومعزول عن أقرانه أو عندما يتعرض لحالات التمر والمضايقة ويكون كل هذا تارة لكسب مودة الآخرين خاصة الأقران وتارة أخرى كدفاع ضد الخوف من المجازفة الأكاديمية أولتقادي تكرار تجارب الطفولة القاسية التي واجه فيها صعوبة العثور على نظرائه المشابهين له في التفكير والاهتمامات، أما بالنسبة لأعقد حالات سوء التنظيم للسلوك الغذائي فقد تكون اضطرابات الأكل النموذجية المختلفة أحد مخرجاتها اللاتكيفية لتسيير حالة فرط الحساسية، اللاتزامن والمثالية... الخ التي يعاني منها المتفوق وهو ما تؤكد بعض الدراسات على غرار نتائج دراسة (Tseng (2007) وزملائها التي أجريت على الموهوبات في الرقص بتايوان والتي أظهرت لديهن بعض اضطرابات الأكل ك فقدان الشهية العصبي والشره العصبي.

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

ومع هذا هناك جانب مشرق فيما يتعلق بالسلوك الغذائي الصحي فقد يسهم ذكاء المتفوقين ووعيهم المتنامي في شتى مجالات الحياة وإحساسهم بالمسؤولية اتجاه ذواتهم وبالأخص اتجاههم نحو صحتهم واتجاههم نحو غيرهم مشكلين نماذج سلوكية صحية يقتدى بها، وهو ما سيمنح فرصة جيدة لشعورهم بجودة الحياة من خلال شعورهم بحسن الحال الجسدي، النفسي والاجتماعي من خلال علاقتهم مع الغذاء.

أسفرت نتائج الدراسة على أن سمة التفوق لم تكن مصدرا لتوليد اضطرابات الأكل الأكثر شيوعا بين المتفوقين وفي نفس الوقت لم تكن مصدرا لدعم الممارسات الصحية الغذائية، بل كانت طبيعية بغض النظر عن يمارسها -نقصد المتفوقين - وتتماثل مع ما يفترض أنه سائد في البيئة المحلية من سلوكيات غذائية وهو ما دعمه غياب الفروق التي تعزى للجنسين والمستويات الاقتصادية أو التعليمية للأولياء، بل حتى أن الحالة الشعورية الذاتية الناجمة عن التفاعل بين الرضا عن الجسم ومؤشر كتلة الجسم لم تشكل فرقا في طبيعة الممارسة الغذائية الصحية.

إلا أن عاملين أساسيين شكّلا فارقا في ممارسة المتفوقين للسلوك الغذائي الصحي: أحدهما التقدم في العمر، بكل ما يصاحبه من نضج انفعالي ومعرفي من شأنه أن يخفض من بعض خصائص التفوق التي قد تكون سببا في تدهور السلوك الغذائي الصحي، والآخر درجة الاهتمام الوالدي بالأكل الصحي والذي سبق وأن أشار إليه Termman كأحد نتائج دراسته الطولية لفائقي القدرات العقلية والتي أكدت على ارتباط الموهبة والتفوق بالاهتمام الوالدي بالأخص فيما يخص الصحة والغذاء.

لقد بينت نتائج النماذج الإحصائية الموظفة لدراسة فرضية تأثير السلوكيات الغذائية الصحية على جودة الحياة المرتبطة بالتغذية في كل مجالاتها لدى المتفوقين - وإن كانت متوسطة المستوى - حقيقة هذا الفرض فبغض النظر حتى عن بعض المتغيرات الذاتية كالشعور بالرضا عن الجسم أو بيئية كالمستوى الاقتصادي والتعليمي للأولياء أثرت نسبة لا بأس بها من الممارسات الغذائية الصحية وأسهمت بقوة في رفع مستوى جودة الحياة المرتبطة بالتغذية وكان هذا بشكل متماثل لدى الجنسين ما قد يدل على تضال خصائص الجندر أمام خصائص التفوق العقلي لدى العينة أو الخصائص السلوكية المدعمة للصحة وإن لم تكن مشجعة على مستوى هذه الدراسة حيث أتضح أن النسبة الأعلى لا تمارس الرياضة بشكل منتظم، على خلاف ما توصي به منظمة الصحة العالمية.

كما أسفرت الدراسة على أن الكثير من السلوكيات الغذائية الصحية المدعمة لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية جاءت متنسقة مع دراسات السلوك الغذائي المحلية والأجنبية على غرار تناول وجبة الفطور، تجنب الأكل الليلي... وغيرها.

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

إن ما تم الوصول إليه من نتائج يصلح لأن يكون مؤشرات يمكن توظيفها وأخذها بعين الاعتبار عند تطوير برامج الإرشاد الغذائي.

لقد جاءت هذه الدراسة في إطار النموذج البيونفوساجتماعي لدراسة أحد السلوكيات المرتبطة بالصحة ألا وهو السلوك الغذائي الصحي لدى عينة تقترن فيها ثلاث خصائص أساسية: التمدن، المراهقة والتفوق وهذا بهدف رصد السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة كخطوة أولى ثم التحقق من قدرة هذه الممارسات على إنتاج مستوى جيد من جودة الحياة المرتبطة بالتغذية كخطوة لاحقة.

بصفة عامة مكنت الدراسة من الوصول إلى الاستنتاجات التالية:

فيما يخص المتفوقين:

- ✓ اعتماد الأساتذة على كل من معيار التفوق في المادة التي يدرسونها والانطباع الشخصي كمعيار لترشيح التلاميذ المتفوقين .
- ✓ احتل التلميذ المتفوق المستقر النسبة الأعلى لأنماط التلاميذ المتفوقين، وغياب أي ترشيح لنمط التلميذ المتفوق مضاعف الموهبة .

فيما يخص السلوكيات الغذائية الصحية :

- ✓ ربط السلوك الغذائي الصحي بالأكل الصحي، التغذية المتوازنة والمتنوعة والسلامة الغذائية .
- ✓ حصر أثار السلوكيات الغذائية الصحية في الجانب النفسي، الصحة وصورة الجسم، جسس الحال الجسدي وصحة الجهاز الهضمي
- ✓ العلاقة بين السلوكيات الغذائية والمتغيرات الديمغرافية ليست متباينة بشدة.

فيما يخص جودة الحياة المرتبطة بالتغذية:

- ✓ لم تساهم كل السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة في تنمية جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.
- ✓ حظي الذكور بمستوى مرتفع من جودة الحياة المرتبطة بالتغذية في مجالها البيولوجي وفي ذلك دلالة على عدم معاناة المتفوقين على مستوى عينة الدراسة من مشاكل عضوية بسبب التغذية.
- ✓ لم يحظى المتفوقون بمستوى مرتفع من المجال النفسي لجودة الحياة المرتبطة بالتغذية وهو ما قد نرجعه لتداخل متغيرات نفسية أخرى تفرزها مرحلة المراهقة أوحالة التفوق .
- ✓ لم تسبب المتغيرات الديمغرافية تباينا مهما في مستوى جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.



الخاتمة

الخاتمة

مما لا شك فيه أن عملية التغذية يجب أن تشكل استجابة لحاجات المتفوقين البيولوجية، النفسية والاجتماعية وأن تتناسب قدر الإمكان مع مختلف العوامل المشكلة لبيئتهم كالمستوى الاقتصادي بكل ما يوفره من إمكانيات متاحة للوصول إلى الأغذية الصحية أو مستوى الوعي الغذائي لدى القائمين على رعايتهم... وغيرها وكل ما سبق سيحدد أبعاد فعل الأكل بشكل تتجاوز فيه التغذية مجرد كونها وسيلة للحفاظ على العضوية البيولوجية إلى وسيلة لتنمية المجال النفسي والاجتماعي الذي تحدث فيه، والذي سيتحقق بممارسة السلوكات الغذائية الصحية.

تتأثر عملية ممارسة السلوكات الغذائية الصحية بالخصائص العامة التي يتقاسمها المتفوق مع أقرانه العاديين، وفي الوقت ذاته بخصائص تميزه عنهم ولعل لخاصية التفوق الذهني وما يصاحبها من اللاتزامن، الهشاشة النفسية والسعي نحو الكمال ومثالية، الالتزام والمسؤولية، الوعي والاستقلالية... وغيرها الأثر الأكبر لأنها وبكل بساطة تشكل جزءا كبيرا من هويتهم البيولوجية، النفسية والاجتماعية هذا من جهة ومن جهة أخرى تؤثر السلوكات الغذائية الصحية على القدرات الذهنية للمتفوقين، فالأنظمة الغذائية الصحية الغنية بالأغذية معتدلة الطاقة التي تحتوي على العدد الكاف من العناصر المغذية التي توفرها الخضراوات، الفواكه واللحوم الطازجة والتي تحافظ على قواعد الأكل الصحية على غرار مواعيد الأكل الثابتة، كميات الطعام المتوازنة، قواعد السلامة الغذائية الصارمة... الخ تحقق مجتمعة فوائد على تلك القدرات فهي بهذا أحد عوامل الحماية لخاصية التفوق إلى جانب عوامل أخرى كالرعاية الأكاديمية المناسبة والرعاية الأسرية... الخ .

لقد حظي هذا التأثير المتبادل بين السلوكات الغذائية الصحية والتفوق بالعديد من الدراسات إلا أن الدراسة الحالية قد أخذت منحى آخر لا يقتصر على دراسة هذا الأثر في أحد الاتجاهين بل اهتمت من خلال جملة من الافتراضات بالبحث أولا عن أكثر الممارسات الغذائية الصحية شيوعا ومن ثم البحث في أثر هذه الممارسات على مجال دقيق من مجالات جودة الحياة للمتفوقين ألا وهي جودة الحياة المرتبطة بالتغذية.

ولقد أظهرت نتائج هذا البحث تمسك المتفوقين بممارسة جملة من السلوكات الغذائية الصحية التي أثبتت نتائج الكثير من الدراسات ارتباطها بخاصية التفوق والتميز الأكاديمي على غرار تناول وجبة الفطور، الالتزام بالوجبات العائلية، تناول الخضراوات والفواكه... الخ.

أما بالنسبة لمفهوم جودة الحياة المرتبطة بالتغذية فقد اكتشفنا تطابقه مبدئيا مع فرضية أنه يوافق تحقق الشروط البيولوجية، النفسية والاجتماعية للوظيفة الغذائية بشكل مدعم للصحة وفقا للطرح البيونفوساجتماعي.


وتدعم هذا الطرح من خلال النموذج التنبؤي الذي أكد على تقدم مستوى جودة الحياة المرتبطة بالتغذية نحو الأحسن كلما توفرت الشروط الصحية الملائمة وهوما يتسق مع ترجمة المتفوقين لاستمتاعهم بالعافية

الخاتمة

البدنية، وكذلك كلما اتجهت مؤشرات كتلة أجسامهم نحو المستويات الطبيعية أو بتعبير آخر كلما اتجهت أجسامهم نحو الكمال وهو يوافق ما تمليه عليهم مرحلة المراهقة من نزعة نحو الجمال والمثالية، كما أثبتت الدراسة عن وجود علاقة قوية بين السلوكيات الغذائية الصحية الممارسة وجودة الحياة المرتبطة بالتغذية وهو دليل على أن الاستمتاع بهذا النوع من جودة الحياة يحتاج لأكثر من مجرد معرفة أو إدراك لما يجب أن تكون عليه السلوكيات الغذائية إلى الممارسة الفعلية في الحياة اليومية.

لقد اتضح في نهاية الدراسة أن المتفوقين هم أكثر تعقيدا مما يبدو عليه، ففي الوقت الذي بدأ العمل بافتراضات تنزع نحو تأكيد الكمال في السلوكيات الصحية للمتفوقين بالنظر إلى ما يملكونه من ذكاء ووعي وإدراك جيد لذواتهم وبيئتهم نصل في الأخير إلى حقيقة أن السلوكيات الغذائية الصحية ليست بتلك الصورة المثالية التي تم الانطلاق منها على أمل الوصول لها هذا من جهة ومن جهة أخرى أظهرت الدراسة أن جودة الحياة المرتبطة بالتغذية تجلت في جانبها البيولوجي والاجتماعي أكثر من جانبها النفسي وهوما سيضعنا أمام تساؤلات عن السبب وراء هذه النتيجة أو بعبارة أخرى ما هي العوامل الأخرى التي لا ترتبط بالممارسات الغذائية والتي يمكن لها أن تحدد جودة الحياة المرتبطة بالتغذية لدى المتفوقين.

ولهذا يمكن أن نتوجه للبحث من خلال أدوات ووسائل مختلفة في هذا الاتجاه من خلال تعميق الدراسات الميدانية لحصر السلوكيات الغذائي الصحية المتطابقة مع الاتجاهات العامة نحو التغذية في البيئة المحلية للحصول على أداة أكثر ملائمة لمعطيات البيئة المحلية ولخصائص المتفوقين، كذلك من خلال إجراء دراسات ميدانية لحصر العوامل المساهمة في ممارسة السلوكيات الغذائية الصحية لبناء نموذج نظري يتم التحقق من صلاحيته العملية باستخدام الأدوات الاحصائية المناسبة على غرار النمذجة البنائية، مع ضرورة إجراء دراسات ميدانية على عينات أوسع بهدف التحقق من البنية العاملية لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي لاستخدامه في دراسة هذا المجال من جودة الحياة لدى المتفوقين أو العاديين ولما لا توسيعها لتشمل فئات أخرى.



قائمة المراجع

ابراهيم بن سلامة الصبحي. (2012). الخصائص المعرفية والشخصية للطالب الموهوب في المرحلة المتوسطة بالعاصمة المقدسة، متطلب تكميلي لنيل شهادة الماجستير منشور، جامعة ام القرى، كلية التربية، قسم علم النفس، المملكة العربية السعودية.

أبوراسين محمد بن حسن. (2012). فعالية برنامج تدريبي مقترح لتحسين جودة الحياة لدى طلبة الدبلوم التربوي لجامعة الملك فيصل بأبها، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، العدد 33 .
أحمد بن عمارة. (2015). تأثيرات انماط البيئة في تغيير العادات الاجتماعية الغذائية، دراسة ميدانية بصحراء وادي سوف، واد العلندة نموذجاً، رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر

أحمد محمد عبد السلام محمد، التغذية السليمة، كلية التربية البدنية والرياضية، جامعة الملك سعود، متوفر على الرابط: http://faculty.ksu.edu.sa/sport_health/default.aspx

أحمد، نوري الشدايدة، وهاني، مسلم الضمور (2013). مستوى الوعي الغذائي لدى سيدات المجتمع الأردني في محاور الغذاء والتغذية وعلاقتها ببعض المتغيرات، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد 30.
أحمد، محمد بدح، وأيمن، سليمان مزاهرة، وزين، حسن بدران (2009)، الثقافة الصحية، الأردن دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

أريج عيسى الوحيدي. (2012). تجربة المملكة العربية السعودية في اكتشاف ورعاية الموهوبين، متوفر على <http://www.mohyssin.com>

الأزرق عبد الرحمن. (2012). التفوق والموهبة والإبداع: إشكالية المفاهيم بين التطابق والاختلاف، المؤتمر العلمي العربي السابع لرعاية الموهوبين والمتفوقين، الأردن 10-11 تشرين الثاني، عمان، الأردن.

أسماء ادم، ياسر الجاجان. (2014). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، مجلد 36، عدد 5.

الأشول، عادل عز الدين. (2005). نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، وقائع المؤتمر العلمي الثالث للإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي، جامعة الزقازيق، مصر.

امنتال هادي الحويلة، فاطمة سلامة عياد، ملك جاسم الرشيد، نادية عبد الله الحمدان، مكتبة الأنجلو.
أمينة حرطاني، كريمة ابيزدي. (2016). علاقة المشكلات السلوكية عند الأبناء بجودة الحياة لدى الأمهات مجلة العلوم النفسية والتربوية، العدد 2(1) مارس 2016.

أن كينغ، شيري جونسون، جون ميل وآخرون. (2016). علم النفس المرضي، ترجمة اياس نمر العبادي، يحي أحمد القبالي. (2015). أثر كل من دافع الانجاز وموقع الضبط و مفهوم الذات والتنشئة الأسرية على

- التفكير الابتكاري لدى طلبة المدارس الثانوية في الأردن، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الحادي عشر لرعاية الموهوبين، المملكة الهاشمية الأردنية، 8-9 نوفمبر 2015.
- إيمان محمد حمدان الطائي. (2014). دور الإرشاد النفسي في تحقيق جودة الحياة بالمجتمع المعاصر، مجلة البحوث النفسية والتربوية، العدد 47.
- بشرى عناد مبارك. (بدون سنة). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، كجلة كلية الآداب، جامعة ديالى، العدد 99.
- بلعدي مراد. (2008). تأثير الوجبات السريعة على العادات الغذائية للشباب بمدينة قسنطينة مقارنة سوسيو انثربولوجية، مذكرة ماجستير تخصص علم الاجتماع الحضري، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
- بن غذفة شريفة. (2007). السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة، دراسة مقارنة بين سكان المدينة والريف، رسالة ماجستير، جامعة لامين دباغين، سطيف، الجزائر.
- بيغلهولر، بونيال.ر. (1997). علم الوبائيات، الكتاب الطبي الجامعي، منظمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي لشرق المتوسط.
- جمال الدين بن مكرم ابن منظور. (2005). لسان العرب، الجزء الثالث، دار الصادر بيروت، لبنان.
- حبيب مجدي عبد الكريم. (2000). تنمية الإبداع في مرحلة الطفولة، مكتبة الأنجلو، ط1، القاهرة، مصر.
- حرطاي أمينة. (2014). جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الأسري، جامعة وهران، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا.
- حسن حمود الفلاحي. (2015). سمات الشخصية للطلبة المتميزين والاعتياديين في المرحلة المتوسطة في العراق، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الحادي عشر لرعاية الموهوبين، المملكة الهاشمية الأردنية، 8-9 نوفمبر 2015.
- حسن عبد العزيز المانع، التشريعات الغذائية المتعلقة بالأغذية المقواة، قسم علم الأغذية والتغذية، كلية علوم الأغذية والزراعة، جامعة الملك سعود -الرياض، السعودية.
- حسين قزق، ندى الحبيب. (2013). قياس المعرفة التغذوية لدى السكريين الامارتيين بالمجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد 30.
- حيدر عبد الله الدومي. (2015). السمنة بين الأطفال والشباب، مجلة الغذاء والتغذية، العدد 14 رقم 33.

خلاص طاهر ادم احمد. (2015). اكتشاف الأطفال الموهوبين بالتعليم قبل المدرسة بولاية القضارف، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الحادي عشر لرعاية الموهوبين، المملكة الهاشمية الأردنية، 8-9 نوفمبر 2015.

درياس ليلي. (2018). ورقة عمل بعنوان تقييم معلمي المدارس الابتدائية لجودة الخدمة في المطاعم المدرسية من وجهة نظر المعلمين، مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني للصحة المدرسية

درياس ليلي، مزوزو بركو. (2017). ورقة عمل بعنوان مدى انتشار السلوكيات الغذائية الصحية لدى طلبة الجامعة ضمن فعاليات الملتقى الوطني حول الشباب والصحة، جامعة باتنة 1 الجزائر.

ديفيد. ه. بارلو. (2002). الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، ترجمة صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة

رياب بنت يوسف بن يعقوب بخاري. (2010). تقييم الحالة التغذوية للموهوبين في المرحلة الابتدائية في منطقة مكة المكرمة، رسالة ماجستير اقتصاد منزلي قسم التغذية وعلوم الأطعمة تخصص تغذية تطبيقية، المملكة العربية السعودية، جامعة أم القرى.

رندة نبيه يحي. (2015). البرامج الاثرية والتعلم عن بعد، تجربة لبنان، ورقة عمل منشورة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العربي الحادي عشر لرعاية الموهوبين والمتفوقين المنعقد في المملكة الهاشمية الأردنية، نوفمبر 2015.

زعطوط رمضان، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.

سامر، عبد الستار أمين (2012)، دليل التثقيف الصحي للعاملين في الرقابة الصحية، ط1، 2012: 8-9-10 الموقع

سامية تومي، راجية بن علي. (2015). واقع جودة عملية تقويم تلاميذ السنة الثالثة ثانوي المتفوقين في الرياضيات، ورقة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الحادي عشر، 8-9 نوفمبر، عمان، الأردن.

سعاد خشاب. (2011). علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة باتنة

سلاف مشري. (2014). جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية جامعة الوادي، العدد الثامن.

سلامة بهاء الدين. (2001). الصحة والتربية الصحية، القاهرة كدار الفكر العربي.

سليمان عبد الرحمن، سيد منيب تهاني. (2008). المتفوقون و الموهوبون و المبتكرون، مكتبة الانجلو المصرية، ط1، القاهرة، مصر.

سمير الغامدي. (2007). العادات الغذائية المنتشرة في الدول العربية، محاضرة في قسم الاقتصاد المنزلي، كلية الغذاء والتغذية، جامعة الملك عبد العزيز، جدة.

شهرزاد، نوار. (2013). دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد13، ديسمبر2013. شيلي، تايلور(2008)، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكر طعمية بريك. ط1. دار الحامد للنشر والتوزيع: 20-21.

عادل عبد الله الشهران. (2010).مجلة تعليم وتقويم الطفل، سبتمبر، العدد7.

عائشة أحمد فخرو. (2003). دراسة مقارنة لمستوى الوعي الغذائي لدى الطالبات المعلمات تخصص الاقتصاد المنزلي بكلية التربية جامعة قطر والتخصصات الأخرى فيم ضوء بعض المتغيرات، مجلة العلوم التربوية، العدد الرابع.

عبد الرحمن عبيد مصيقر. (2003). العوامل المؤثرة في السمنة، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد 8.

عبد الرحمن عبيد مصيقر. (2004). العادات الغذائية والحالة التغذوية في الإمارات العربية المتحدة: دراسة ميدانية، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد 10

عبد الرحمن عبيد مصيقر. (2012). الوضع الغذائي و التغذوي في إقليم شرق البحر المتوسط، المجلة العربية للغذاء و التغذية، ملحق رقم 1.

عبد الرحيم محمد البديري.(2010).دراسة تقويمية لسياسة القبول للمتفوقين و الموهوبين بالجمهورية الليبية الاشتراكية العظمى في ضوء الاتجاهات المعاصرة، ورقة مقدمة ضمن المؤتمر العربي السابع لرعاية الموهوبين، الاردن، 28-29 جويلية .

عبد الناصر، قدومي، وكاشف، زايد(2012)، مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية بجامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس، مجلة الغذاء والتغذية، العدد 28.

عبد الوهاب بن قونية. (2015). الخيار الوقائي واليقظة الصحة ي :أفضل الإصلاحات الراهنة في تعليم العلوم الطبية، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الحادي عشر لرعاية الموهوبين، المملكة الهاشمية الأردنية، 8-9 نوفمبر 2015.

عبد المنعم، شفيق وبركات، منى ونوار، إيزيس (1985). أثر تنفيذ برنامج إرشادي اقتصادي منزلي في الحالة الغذائية والصحية للأطفال في قرية خورشيد بمحافظة الإسكندرية، مجلة الإسكندرية، المجلد 29، العدد 3.

عثمان يخلف. (2001). علم نفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة، الدوحة قطر.

عزت، خميس أمين، وفاروق شاهين (2005)، الغذاء والتغذية، ط 2، لبنان: أكاديمية أنترناشيونال: 197-199.

علي حسن الحلو. (2012). قياس جودة الحياة لدى طلبة جامعة بغداد، مجلة ابن رشد، جامعة بغداد، قسم العلوم التربوية والنفسية، العدد 48

علي حسين الحلو. (2016). قياس جودة الحياة لطلبة جامعة بغداد، مجلة ابن رشد، جامعة بغداد، كلية التربية للعلوم الإنسانية، العدد 48.

علي عبد الحسن بريسم. (2014). الكفاية في التعامل مع الضغوط لدى المراهقين العراقيين والجزائريين، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 41.

فارس محمد أحمد بني الصوفي، أمل بدري النوي بلال. (2015). أثر استخدام المعلمين للتكنولوجيا الحديثة لتطوير التفكير الإبداعي للموهوبين في مدرسة اليوبيل في عمان، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الحادي عشر لرعاية الموهوبين، المملكة الهاشمية الأردنية، 8-9 نوفمبر 2015.

فاطمة الزهراء، الزروق. (2015). علم النفس الصحي، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

فاطمة الزهراء مرياح، أمينة ياسين، محمد حدبين. (2017). المتناول الغذائي وعلاقته بالسلوك العدواني لدى المتدريس، مجلة العلوم الإنسانية، ISSN-1112-9255، العدد الثامن، الجزء الأول، ديسمبر 2017.

فائق باهية، عدوان يوسف. (2017)، المعتقدات الصحية التعويضية لدى الشباب المدخنين وعلاقتها بأسلوب الحياة الصحي، مداخلة لفعاليات الملتقى الوطني حول الشباب والصحة، جامعة باتنة 1 الجزائر.

فتحي جروان.(1998). (2008).الموهبة التفوق و الابداع، دار الفكر، ط3، عمان، الأردن.

فهيم عبد الكريم خيال، هدى امراجع بلحسن، نجلاء محمد صالح. (2007). تغذية طلاب مدارس المرحلة الابتدائية بمدينة البيضاء -ليبيا، مجلة أسبوط للدراسات البيئية، العدد 30.

فؤاد علي العاجز. (2012). استراتيجية مقترحة لتطوير نظام اكتشاف الطلبة الموهوبين بمحافظات غزة في ضوء التجربة الألمانية، ورقة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي العربي التاسع لرعاية الموهوبين والمتفوقين، الأردن، 10-11 تشرين الثاني.

فؤاد، الجوالدة، وايناس، محمد (2012). أثر برنامج ارشادي قائم على التثقيف الغذائي في تنمية التفاعل الاجتماعي والسلوك الغذائي لدى الأطفال ذوي الإعاقات الحركية، مجلة جامعة النجاح للأبحاث في العلوم الإنسانية، مجلد 26.

القص صليحة. (2017). فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة الجزائر.

قنون خميسة. (2013). الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك لدى مرضى السرطان، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة باتنة.

كارول م كونيهان، ترجمة سهام عبد السلام، (2013) أنثروبولوجيا الجسد و الطعام : النوع و المعنى و القوة ، المركز القومي للترجمة، العدد 1779.

كارين رودهام .(2012).علم النفس الصحي، ترجمة هناء شويخ، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة 166-167.

كاظم، علي مهدي و البهادلي، عبد الخالق نجم .(2006). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين، المجلة العلمية للأكاديمية العربية المفتوحة بالدنمارك.

لطرش فيروز، عماري سارة .(2016).تأثير البيئة الحضرية الفيزيائية و البنى التحتية على التنشئة الاجتماعية للطفل، مركز جيل البحث العلمي، مجلة جيل العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، العدد 36 .

ليندزاي، س، ل وبول، ج، ي.(2000). مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشد، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

ماضي يحيى. (2011). المتفوقون وتنمية مهارات التفكير في الرياضيات، ط2، عمان الأردن، دارديبو انشر والتوزيع.

مجلة ثمار الصحة تصدر عن المجلس الأعلى للصحة بالتعاون مع المجلس العربي للتغذية. (2012). المملكة العربية السعودية، الناشر الدار المحلية للعلاقات العامة، العدد10.

مجموعة مؤلفين. (2006). تـمريض صحة المجتمع، بيروت، أكاديميا انترناشيونال .

محمد بن عبد العزيز العقيل، نوف بنت عبد العزيز المحسن نورة بنت مطلق الجعدي. (2015). جور الأنشطة العلمية الاثرائية في التعرف على الموهوبين، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الحادي عشر لرعاية الموهوبين، المملكة الهاشمية الأردنية، 8-9 نوفمبر 2015.

محمد حسن قاسم خليل، زاهر عاطف ذياب عكرية. (2015). اتجاهات الطالبات الموهوبات بمنطقة تبوك نحو تطبيق "ابنكر" القائم على الهاتف النقال، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الحادي عشر لرعاية الموهوبين، المملكة الهاشمية الأردنية، 8-9 نوفمبر 2015.

محمود سعيد أبو حلاوة. (2014)، علم النفس الايجابي: ماهيته و منطلقاته النظرية و أفاقه المستقبلية، الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية العربية .

مسعد شتيوى. (2004). المخ والذاكرة وسائل طبيعية وغذائية لتحسين عمل الذاكرة ووقاية المخ من أمراض الشيخوخة، مجلة أسبوط للدراسات البيئية - العدد الخامس والعشرون جويلية 2003.

مسعودي امحمد. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي دراسة تحليلية، مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية، جامعة وهران، الجزائر، العدد20، سبتمبر 2015 .

المصرية، القاهرة

مصطفى حجازي. (2012). اطلاقات الحياة قراءة في علم النفس الايجابي، النور للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

مصطفى نوري القمش. (2013). مقدمة في الموهبة والتفوق، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ط2.

معجم المصطلحات الجغرافية. (2002). بيار جورج، ترجمة حمد الطفل مراجعة هيثم اللمع، بيروت المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

موسوعة علم النفس. (1997). مجلد 3، رولان دورون، فرانسواز يارو، تعريب فؤاد شاهين، لبنان، عويدات للنشر والطباعة والتوزيع.

نبال عباس هادي المهجة. (2009). العادات الغذائية لدى طلبة كلية التربية جامعة القادسية، مجلة القادسية للعلوم الانسانية، المجلد 2 العدد 12.

نداء بنت سعود الحربي. (2015). تصور مقترح لنظام تعلم الكتروني للطلبة الموهوبين بالمملكة العربية السعودية، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الحادي عشر لرعاية الموهوبين، المملكة الهاشمية الأردنية، 8-9 نوفمبر 2015.

هشام ابراهيم عبد الله. (2008). جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض التغيرات الديموغرافية، دراسات تربوية و اجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة، العدد4، ص139،

الهويدي زيد، وجمل محمد. (2003). أساليب الكشف عن المبدعين و المتفوقين وتنمية التفكير الإبداعي ط1. العين الإمارات: دار الكتاب الجامعي .

هيام، سعدون عبود(2015). السلوك الغذائي وعلاقته بالحالة النفسية للطلبات الممارسات وغير الممارسات للنشاط الرياضي، مجلة الفتح، العدد407.

وفاء مسند.(2015).التحصيل الأكاديمي لدى الطلاب الموهبة و التميز في مرحلتي الأساس و الثانوي، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الحادي عشر لرعاية الموهوبين، المملكة الهاشمية الأردنية، 8-9 نوفمبر 2015.

وفاء مصطفى محمد عليان. (2014). الجمود الفكري وقوة الأنا وعلاقتها بجودة الحياة لدى الطلبة الجامعيين بمحافظة غزة، رسالة ماجستير منشورة، غزة، جامعة الأزهر، كلية الآداب.

وليد عيسى كردي. (2015). تجربة مدرسة خالد بن الوليد الإعدادية المستقلة للبنين في رعاية الفائقين والموهوبين، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي الحادي عشر لرعاية الموهوبين، المملكة الهاشمية الأردنية، 8-9 نوفمبر 2015.

عبد الحميد محمد حسن، عزت. (2011). الإحصاء النفسي و التربوي تطبيقات باستعمال برنامج SPSS18 . القاهرة. مصر: دار الفكر العربي .

Adelaide d'Antin de Vaillac. (2011). Peut-on dresser un profil psychologique de l'obésité ? Etude clinique de la violence dans la dynamique psychique de personnes obèses, universite de Toulouse Le Merail, Département de Psychopathologie Clinique, de Psychologie de la Santé et de Neurosciences .

Aina ,R.(2012).la valeur perçue dans l'alimentation sante :conceptualisation et mesure dans une perspective expérientielle ,thèse de doctorat ,université Panthons Assas, France .

AlisonJ,carr &al (2003).Quality of life.(1pub).London.Group London.p32015).methodologie pour l'evaluation de la qualite de vie adaptee a la fin de vie des patients atteints de cancer, these de doctorat publiee ,universite de Franche-Comte ,ecole doctoral sante –environnement, France ,p10 , <https://tel.archives-ouvertes.fr/tal01146644>

Amal Raissouni.(2013).étude critique d'un questionnaire de diagnostic des habilités d'enfant surdoués au vu du MDDT de F .Gagne (cas des élèves marocains a haut rendement scolaire) , J revue de l'association francophone internationale de recherche scientifique en éducation disponible sur : [www. La –recherche-en –education](http://www.la-recherche-en-education.com) , N10 , pp :42-53.

Ameer Deshpande , Michael D. Basil & Debra Z. Basil.(2009). Factors Influencing Healthy Eating Habits Among College Students: An Application of the Health Belief Model , Health Marketing Quarterly, 26:145–164, 2009 Copyright# Taylor & Francis Group, LLC ISSN: 0735-9683 print=1545-0864 online DOI: 10.1080/07359680802619834.

Amelie Courtinat, Myriam De Leonardis.(2006).L'enfant a haut potentiel :Quelle experience de la difference ? disponible sur : [http://Cairn.info/enfant-en -développement-famille-et handicape-97827492006837.page.69.htm](http://Cairn.info/enfant-en-developpement-famille-et-handicape-97827492006837.page.69.htm)

Ammanda, K.& Marion, S.& Myriem , R.& all .(2012).La malbouffe aux Etats Unis :les causes et les conséquences, disponible sur <http://Essec-Ms> Marketing /Intelligence économique.

and Adolescents: A School-Based Study , Downloaded from www.aapublications.org/news.

Anne –Liss Septans .(2015).méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée a la fin de vie des patients atteints d'un cancer ,[http://Tel.Archives –ouvertes .fr/tel01146644](http://Tel.Archives-ouvertes.fr/tel01146644).

Anne-Laure Moscone.(2013).trouble de l'image du corps et troubles psychologiques associés dans l'anorexie mentale :mécanisme sous –jacentes et proposition de régulation par les activités physiques adaptées ,thèse de doctorat ,université Paris sud ,disponible sur :[http://tel-archives-ouvertes .fr/tel00835113](http://tel-archives-ouvertes.fr/tel00835113).

Annie Hubert.(1991).l'anthropologie nutritionnelle aspect socioculturelles de l'alimentation ,disponible sur John Librey eurotext téléchargé le 20/05/2017.

Annie-Claude Pial,Malika Mboupaing.(2017). Etat Des Lieux Du Dispositif D'alimentation Dans Quelques Écoles Primaires De La Ville De Yaoundé(Cameroun), European Scientific Journal July 2017 edition Vol.13, No.18 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431.

Asma Abdelfatah Alshahat .(2015).study of binge eating and food addiction in Egyptian adolescents ,faculty of Ain Shams .

Bahgat KA , Elhady M ,Abdelaziz A, Youness ER.(2018).Cociente omega-6/pmega -3 cognition en niños con epilepsia .an pediatri(Barc).2019;91:88-www.analesdepediatria.org.

Bandura A.(1977).self-efficacy toward an unifying theory of behavioral change ,psychological review ,p191-215

Bent D.(2008). the influence of children's diet on their cognition and behavior ,Eur.J.Nutr ,N 47,Suppl 3:25-37.

Blandine,B.(2008).approches psychologiques et anthropologique de l'apprentissage et de la transmission , colloque IFN institut français pour la nutrition : éduquer les mangeurs de l'éducation nutritionnelle a l'éducation alimentaire .

Bocquet .A , and all .(2003). Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. bookorders@who.int.

Bouanjak Kamel, Belounissi Rachid .(2014).sedentary life style and eating habits as risk factors for obesity in adolescents الجزائر ، جامعة المسيلة محمد بوضياف، العدد 14، نوفمبر، مجلة الابحاث الرياضي، 2014.

Brown , L.(1998).statement on the link between nutrition and cognitive development in children ,center of Hunger , poverty and nutrition policy , Tufts University school of nutrition .

Carmelo Vazquez, Conzelo, Harvas, Juans, Jose Rohana, Diego, Gomez. (2009). Psychological well-being and health, contribution of positive psychology, J Annuary of clinical and health psychology, school of psychology, compulense university Madrid, Spain, N5.

Caroff Xavier, Jouffray Celine, Jelinskaya Mariya, Fernandez Gills. (2006). Identification multidimensionnelle du haut potentiel : mise au point d'une version française des échelles d'évaluation des caractéristiques de comportement des élèves surdoués, J Bulletin de psychologie, N5, disponible sur <http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2006-S-page-469.htm>.

Caroline Boldman. (2010). Enfants surdoués : Génie ou folie ? Articulations théoriques et projectives, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel/00468136>.

Caroline Maan, Kieffer. (2015). Hauts potentiels et Troubles Spécifiques des Apprentissages : étude de la présence de TSA auprès d'une population de collégiens à hauts potentiels, Université De STRASBOURG, Faculté De Médecine, Centre De Formation Universitaire En Orthophonie.

Caroline, Guibert Lafaye. (2010). Bien être et qualité de vie en santé : l'approche par les capacités, <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00510370>.

Caroline, Lebel. (2015). Étude des motivations alimentaires de l'adolescent Québécois de 12 à 14 ans par l'utilisation de la photographie, université de Montréal, faculté de médecine : 5.

CERI Nutrition and intelligence in children, from smart drugs News .htm

Chantal Green, Anne Eléne Delavigne. (1991). Les méthodes de l'anthropologie sociale dans les études sur l'alimentation, Cahier de santé 1991, 167

Chantal Martin Solch. (2014). Séminaire de master semestre de printemps, université de Fribourg, psychologie des troubles de conduites alimentaires, des troubles sexuels et troubles de la personnalité.

Cherie McCracken. (2010). Challenges of long-term nutrition intervention studies on cognition : discordance observational and intervention studies of vitamin B12 and cognition, Nutrition Reviews, vol 68, suppl. 1: 511-515.

Chun-Hsia Huang and all. (2017). Development and validation of a Quality of Life Scale for elementary school students, International journal of clinical and health psychology, www.elsevier.es/ijchp.

Cindy Daubechies, Huguette Desmet, Jean-Pierre Pourtois. (sans date). De hauts potentiels qui vont bien. Ce qu'en disent les parents, J Education Sciences & Society.

Cristina Ruaro Rodriguez. (2015). Assessing the impact of dietary habits on health-related quality of life requires contextual measurement tools, J Frontiers in pharmacology, vol 6 article 101, available at : www.frontiersin.org.

Cristina, Grabovschi. (2011). L'alimentation selon l'âge et la culture : Une analyse logico-naturelle des représentations construites par des enfants canadiens/québécois et roumains ; Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de docteur (PhD) en Sciences humaines appliquées.

D'Abidjan (Côte d'Ivoire) : rôle de l'assainissement dans ce débat, European Scientific Journal October 2015 edition vol. 11, No. 29 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431.

Daniela Galdino Costa, Cintia Tavares and all. (2017). Quality of life and eating attitudes of health care students, Rev Bras Enferm (internet) . 2018; 71(supl 4) 1642-1649.

David Gaugman. (1997). Hand book of behavior and personal and social determinants, Springer, New York

David.M.Garner.(1981).Eating disorders in the gifted adolescent , available at <http://www.researchgate.net/publication/260834547>.

Denise de Ridder, Floor Kroese, Catharine Evers, Marieke Adriaanse & Marleen Gillebaart.(2017). Healthy diet: Health impact, prevalence, correlates, and interventions, *Psychology & Health*, 32:8, 907-941, DOI: 10.1080/08870446.2017.1316849 ,To link to this article: <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1316849>.

Diague , G et al.(2011). connaissance et pratiques de mères sénégalaises vivants en milieu rural et sur urbain sur l'alimentation de leurs enfants de la naissance a l'âge de sixième mois , journal de pédiatrie et de puériculture , n 24 :161 disponible sur www.sciencedirect.com

Diana Cardenas.(2016). La nutrition en médecine : approche épistémologique,

Doris ,H.(2009).Les pratiques alimentaires du quotidien :un ensemble complexe en mutation constante , courrier de l'environnement de l'INRA ,n°47

Doris Perrodin.(2011).les différents profils des enfants intellectuellement précoce , les dossiers ANPEIP , J association nationale pour les enfants intellectuellement précoce.

Duha Aboud.(2008).le rapport entre l'estime de soi et le rendement scolaire ainsi que la dépression chez les enfants intellectuellement précoce et surdoués de 11 a 16 ans , Thèse de doctorat , Université de Lumière , Lyon2, France.

Eileen Moore, Alastair Mander and all.(2012).Cognitive impairment and vitamin B12: a review , *International psychogeriatrics*(2012),24:4,541-556.

Eldestein,Sand Sharlin, J.(2008).life cycle nutrition ,Jones and Bartlet publisher ,Sudbury, Massachusetts.

Elizabeth L Prado , Khthryn G Dewey.(2014).Nutrition and brain development in early life . *Nutrition Reviews* , vol .72(4):267-284

Emine Geçkil and Ozlen Dundar.(2011).Turkish adolescent health risk behaviors and self – esteem , *Jsocial behavior and personality* , vol 39(2) ,219-228.

Esteel Morgan , Serge Larivée .(2000).Nutrition et Intelligence .*Journal international de psychologie* , vol 35 (1).

Fanny Artaud.(2016).comportement de sante , dépendance et déclin moteur au cours du vieillissement dans deux études cohorte. [https:// tel.archives.ouvertes.fr.tel013714828](https://tel.archives.ouvertes.fr/tel013714828).

Fao.(2009).l'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires ,vol1,la division de la nutrition et de la protection des consommateurs de la F.A.O.

Fisher ,G F.(2002).traite de la psychologie de la sante , Paris ,Dunod.

Fracnce Bellisli.(2004). Effects and cognition in of diet on behaviour children , *British Journal of Nutrition* , n 92 suppl.2.

Framson C, Kristal, A.R, Schenk, J.M, and coll(2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *J. Am Diet Assoc*,109(8).

Francesca, B and colleagues .(2017). Nutrition and health in women ,children and adolescents girls . *J . the BMJ /supl1*.

François, Lenglet.(2006). le processus de choix alimentaire et ses déterminants : vers une prise ne compte des caractéristiques psychologiques du consommateur ,disponible sur <http://hal.archives.ouvertes.fr/tel-02159793>.

Frerichs .I and all .(2015).influence of school architecture and design on healthy eating: a review of the evidence ,*American Journal of public health* , vol105,n 4.

Gagné, F. (2004). Transforming gifts into talents: the DMGT as a developmental theory. *J High Ability Studies.*, 119-147.

Gang Chen , Julie Ratclife and all.(2014).BMI ,health behavior and quality of life in children and adolescent : A school –based study , J of Pediatrics , vol 133, www.aapublications.org.news.

Gerald E Larson, Richard J Haier , Lori Locasse, Kay Hazen .(1995).Evaluation of natural effort hypothesis for correlations between cortical metabolism and intelligence , J Intelligence ? VOL 22, ISSUE 3 ,November-December 1995(267-278).

Grail A Wasserman , Xinhua Liu , Nancy J Lolcono .(2014). Across –sectional study of well water arsenic and child IQ in Maine schoolchildren, J of environmental health , <http://ehjournal.net/content/13/1/23>.

Grant Duncan .(2013).should happiness –maximisation be the goal of government ,the exploration of happiness: present and future perspectives , Antonella Fave editor , Springer , happiness studies book serie , p303) .

Gremmo-Féger,G , Dobrzynski, M,and Collet , M.(2003). Allaitement et médicaments, édition Masson ,Paris ,disponible sur http://www.eld.chumontpellier.fr/publication/inter_pub/R75/A3065/hochard.

Guidelines for training community health workers in nutrition , second edition,1990.

Guignard.J.H ,Zenasni.F.F.(2004).les caractéristiques émotionnelles des enfants a haut potentiel , disponible sur www.elsevier.com.

Gustave, Nicolas Fisher.(2000).traite de la psychologie de la sante . édition Dunod ,Paris.

Hassanain Faisal Ghazi,Zaleha MD Isa ,Sayed Aljunid .(2013).Intelligence quotient (IQ) relationship with energy intake and micronutrient composition among primary school in Baghdad city .Iraq.Pakista, journal of nutrition (12) 2.

Hatice Kumcağis.(2017).the relationship between Quality of life and eating attitudes in Turkish height school students ,World journal of education ,vol7, N6,<http://wje.sciedupress.com>.

Hiroaki Ueno, Masamitsu Nakazato.(2016). Mechanistic relationship between the vagal afferent pathway, central nervous system and peripheral organs in appetite regulation,JDI journal of diabetes investigations available at <http://onlinelibrary.wiley.com/journal/jdi>.

Holger J ,Schunemann and all.(2010).an instrument to assess quality of life in relation to nutrition :item generation ,item reduction and initial validation , J , Health and Quality of life ,<http://www.hqlo.com/BioMedcentral>.

<http://medlineplus.gov>

<http://www.who.int/fr>

<https://www.cambridge.org/core/terms>.

<https://doi.org/10.1017/S0029665113002462>

Ibrahima Kaba.(2015). Qualité de vie et sante dans un quartier a habitat indigène de la ville

Igor De Garine.(1988).Anthropologie de l'alimentation et pluridisciplinarité ,ECOL.HUM ,vol 22.

Inger M Oellingrath , Martin V Svendsen and Ingebjørg Hestetun.(2013). Eating patterns and mental health problems in early adolescence – a cross-sectional study

of 12–13-year-old Norwegian schoolchildren, *Public Health Nutrition*: 17(11), 2554–2562.

İnigo Galilea-Zablaza, Pilar Buil-Cosiales and all.(2018).Mediterranean diet and quality of life : Baseline cross-sectional analysis of the PREDIMED-PLUS trial .*PloS one* /<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198974>.June 18, 2018.

introduction to health psychology ,Jones and Bratlett publishers LLC, chap 1 , p:12.

Jennifer Laguardia,Richard .M.R yan .(2000).revue quebequoise de la psychologie ,vol 21, N2.

Jieun Kim , Royown Choue and all.(2016).Differences of sociopsychology eating behavior , diet quality and quality of life in south Korean women according to weight status ,*J Clinical nutrition research*(5)3 ,<http://e-cnr.org>.

Johannes Hebebrand and all .(2014).eating addiction rather than food addiction better captures addictive –like eating behavior ,*J ,neuroscience and behavioral reviews* 47 available at www.elsevier.com/locate/newbiorev.

John S. Fuqua and Alan D. Rogol.(2014). Puberty: Its Role in Adolescent Maturation , *Handbook of Adolescent Health Psychology*, available in www.Springer.com

Joseph ,Renzulli .(2006). Qu'est –ce que le haut potentiel et comment peut –on –le développer chez l'enfant et l'adolescent,*J Bulletin de psychologie* , tome59(5), N485. Disponible sur <http://Cairn.info/revue-Bulletin-de-psychologie-2006.5-page-485.htm>

Juoz Ruzevicius.(2013).qualité de vie :notion globale et recherche en la matière ,*International Business :innovation ,psychology, economics* ,vol(4) N° 21 .

Karine,G.(2013).Manger avec sa tête ou selon ses sens :perception et comportement alimentaire ,thèse de doctorat en nutrition ,université Aval –Quebec ,Canada .

Katherine A. Fowler and Stuart F. White.(2014). Personality Disorders in Adolescence, *Handbook of Adolescent Health Psychology*, available in www.Springer.com

Khaled M.B, Diaf (2019). Impact of diet and food habits on Algerian consumer's health , *Algerian journal of health sciences* , vol 01 n 00 .

Khalid NM,Faridus N and all.(2019).Iodine Content of Malaysian food ,*Journal of nutrition and food science* ,vol 9, Iss.4N°764

Knightsmith. P, Treasure.j and Schmidt.U .(2013). Spotting and supporting eating disorders in school:recommendations from school staff. *J . HEALTH EDUCATION RESEARCH* Vol.28 no.6 2013.

Koji Amano , Isseki Maeda , Tatsuya Morita , Yoshiro Okajima, Takashi Hama, Maho Aoyama, Yoshiyuki Kizawa,Satoru Tsuneto, Yasuo Shima & Mitsunori Miyashita.(2016). Eating-related distress and need for nutritional support of families of advanced cancer patients: a nationwide survey of bereaved family members, *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* N 7 Published online 15 February 2016 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/jcsm.12102.

Kuller.N,Kurry.A.(2013).Enfants a haut potentiel :quel défi pour les enseignants . mémoire professionnel Haute Ecole Pédagogique – BEJUNE.

Kurubaran Tanasegeran , Sami AL –Dubai , Ahmed Quershi and all.(2012).social and psychological factors affecting eating habits among university students in Malaysian medical school : a cross sectional study , *Nutrition journal*, vol 11, N 48 ? available at : www.nutritionj.com/content/11/11/48.

L B Zhao , Chiang .(1993).Effect of fluorid water supply on child intelligence .

Lakia A. Jones and Catherine Cook-Cottone.(2013). Media and Cultural Influences in African-American girl's eating Disorder Risk, Hindawi Publishing Corporation ISRN Preventive Medicine Volume 2013, Article ID 319701, 8 pages <http://dx.doi.org/10.5402/2013/31970>.

Lauren JFrensham,Janet Bryan , Natalie Parletta.(2012).Influences of micronutrient and omega -3 fatty acid supplementation on cognition , learning , and behavior methodological considerations and implications of children in developed societies.Nutrition Reviews , vol .70(10):594-610.

Laurene,K,Williams ,Jeny Veitch,Kylie Ball.(2011).what helps children eat well? A qualitative exploration of resilience among disadvantage families, Health education research ,vol 26, n 2,Oxford university press.

Leann L. Birch Jennifer O. Fisher.(1997) Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents, J t he American Academy of Pediatrics.

Lefur.C ,Delevo.V.(2014), les comportements alimentaires ,ISTNF.FR.

Louise Arvidsson , Gabriele Eiben , Monica Hunsbergerand all.(2017). Bidirectional associations between psychosocial well-being and adherence to healthy dietary guidelines in European children: prospective findings from the IDEFICS study,Biomed Center public health , DOI 10.1186/s12889-017-4920-5.

Ltwin .M.(1999). Measuring quality of life after prostate cancer treatment , Cancer Journal , vol 52(4).

Luc G Pelletin , Stephanie C Dion and all .(2004). Why Do You Regulate What You Eat? Relationships Between Forms of Regulation, Eating Behaviors, Sustained Dietary Behavior Change, and Psychological Adjustment,J Motivation and E motion ,vol28 n3.

Macevoy C.T,Lawton .J and all .(2014).Adolescent's views about a proposed reward s intervention to promote healthy food choices in secondary school canteens ,J Health educational research vol 29 n 5.

Machiko Asana and all.(2014).correlation between brain structures and study time in healthy children : a longitudinal analysis ,J Brain and Behavior 4(6), 801-811.

Maite Pellicer-Chenoll , Xavier Garcia-Masso´ , Jose Morales , Pilar Serra-An˜o´,M_onica Solana-Tramunt , Luis-Milla´n Gonzalez and Jose´-Luis Toca-Herrera.(2015). Physical activity, physical fitness and academicachievement in adolescents: a self-organizing maps approach, HEALTH EDUCATION RESEARCH Vol.30 no.3 2015.

Malika Abdessemed et Justine Fischbach.(2010). Représentations et positionnement des enseignants quant aux enfants à haut potentiel intellectuel, mémoire professionnel Haute école pédagogique Lausanne , France.

Maloney.N.G, Giles,K, Fyfe.C.L, Cooper.C, Lorenzo-Arribas.A, O' Connor.D.Band. Johnstone.A.B.(2015). Effects of an acute stressor on snack intake in a laboratory environment, Proceedings of the Nutrition Society (2015), 74 (OCE1), E134 doi:10.1017/S00296651150014941.

Marie Gausset,Catherine Reverdy.(2013).Neuroscience et éducation : la bataille des cerveaux ,J dossier d'actualité veille et analyse ,N86, septembre 2013, Institut Français de l'éducation , Agence qualité éducation

Marie Josee Harbec.(2016). Associations prospectives entre l'environnement des repas en famille et le développement bio-psycho-social d'enfants d'âge scolaire,

- Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en psychoéducation ,université de Montréal.
- Marie Odile, M et Maude, L.(2010). perception gustative et neophobie alimentaire des enfants et adolescents , disponible sur <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00487498>.
- Marilou Bruchon-Schweitzer ,Emilie Boujut.(2014).psychologie de la sante :concepts,methodes,et modeles , DUNOD ,2eme édition .
- Mariya Voytyuk.(2017).Lay theories of healthy eating :insights from cross-cultural , a dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for degree doctor of philosophy , Arizona state university.
- Markus J ,Venla B and all .(2016).body mass index and depressive symptoms:testing for adverse and protective associations in two twin cohort studies ,Journal of twins research and human genetics,vol 19, n4.
- Márta Varga , Barna Konkoly Thege,and all.(2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary, BMC Psychiatry 2014, 14:59 <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/59>
- Martine Stead , Laura MacDemott, Anne Marie Mackintosh ,Ashley Adamson .(2011).Why healthy eating is bad for young peopl's health: Identity , belonging and food, Soocial Science &Medecine 72.(2011).1131-1139.
- Mary Gatineau, Monica Dent .(2011). Obesity and Mental Health, http://www.noo.org.uk/NOO_pub/briefing_papers.
- Mats Johnson , Seven østland and all .(2008).Omega3/Omega6 Fatty Acids for attention Deficit Hyperactivity disordes, Journal of attention Didorders , <http://online.sagepub.com>.
- Maud Besançon ,Jacques-Henri,Guignard, Todd.Labart .(2006). Haut potentiel, vreativitr chez l'enfant et education ,J Bulletin de psychologie, N485 page491-504
- Maureen M.Black .(2003).Micronutrient and Dificiencies and cognitives functioning ,American Society for Nutritional sciences .
- McEvoy.C.T, Lawton., F. Kee1, I. S. Young1, J. V. Woodside,J. McBratney3 and M. C. McKinley.(2014). Adolescents' views about a proposed rewards intervention to promote healthy food choice in secondary school canteens, Health Education Research Vol.29 no.5 2014.
- McSweeney.L.A, Stamp.E, Jones.A.R, Parkinson.K.N and Adamson.A.J.(2010). Parenting styles, child and mother dietary behaviour: are there relationships? Proceedings of the Nutrition Society (2010), 69 (OCE6), E417 doi:10.1017/S0029665110002806.
- Mee Yong Hong ,Tahirih L,and all .(2015).Majoring in nutritions influences BMIof females college students ,Journal of nutritional science ,available at www.cambridge.com (27/10/2017)
- Melissa N Laska and all.(2014). How we eat what we eat: identifying meal routines and practices most strongly associated with healthy and unhealthy dietary factors among young adults ,J Public Health Nutrition ,N 18(12), 2135–2145
- Michael B.Zimmermann.(2013). Are mild maternal iodine deficiency and child IQ linked? , Nature revues / endocrinology /Macmillan Publishers limited (2013), www.nature.com/nrendo

Ming Qian and all.(2005).the effect of iodine on intelligence in children: a meta analysis of studies conducted in China ,Asia parc J clin nutr ,vol14(1).

Natalie Pearson , Lauren Williams , David Crawford and Kylie Ball .(2012). Maternal and best friends' influences on meal-skipping behaviours, British Journal of Nutrition (2012), 108.

Nathalie Leroy.(2015). .quels facteurs explicatifs du burnout et du bien être subjectifs :déterminants psychologique ,sociaux et organisationnels auprès des cadres a responsabilité ,http ://Tel.archives-ouvertes .fr/tel01124140.

Naughton.P, McCarthy,S and McCarthy,M.(2013). Healthy eating attitudes and healthy living: An examination of the relationship between attitudes, food choices and lifestyle behaviours in a representative sample of Irish adults , Proceedings of the Nutrition Society (2013), 72 (OCE4), E221 doi:10.1017/S0029665113002462

Nele, P, Isabelle ,S ,and all (2014) , The influence of parenting style on health related behavior of children: findings from the ChiBS study, Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 11:95 <http://www.ijbnpa.org/content/11/1/95>

Nicolas ,Z .(2001).La sante a l'adolescence :un processus d'intérialisation lié a la dynamique familiale, thèse de doctorat en Biomédicales , université catholique De Louvain , faculté de médecine.

Nihaya A. Al-sheyab , Tamer Gharaibeh, and Khalid Kheirallah.(2018). Relationship between Peer Pressure and Risk of Eating Disorders among Adolescents in Jordan, Hindawi Journal of Obesity Volume 2018, Article ID 7309878, 8 pages <https://doi.org/10.1155/2018/7309878>.

Oxford Dictionary of Psychology .(2003).Oxford university press.

Padilla , M, Bricas, N, Khaldi , R, Haddad, M. (2002).Un model causal global de la consommation. Disponible sur http://om.cih.eam.org/article.php?p?ID_PDF=3400048.

Patrica F. G et Edouard G.(2012). Endocrinologie Nutrition ,6eme edition ,édition Vernazobres –Grego : 394.

Patrick Etievant at all .(2010).Les comportements alimentaires quels sont les déterminants ,quels actions pour quels effets ?Expertise collective INRA .

Paul, Bennett (2000).Introduction to clinical health psychology,open university,Buckingham pheladelphia , first edition ,ISBN033520497x(pb).

Pereira-Fradin Maria, Joufray Celine.(2006).Les enfants a haut potentiel et l'école : historique et questions actuelles , J Bulletin de la psychologie , tome59(5) .

problèmes éthiques et cas cliniques disponible sur <http://tel.archive-ouverte.fr/tel01452596>

Rachel ,Gillibrand , What are the psychological factors in health and illness? School of Health &Social Sciences.

Réalisation pratique , Archives de pédiatrie 10 (2003) 76–81 77 , Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. DOI: 1 0 . 1 0 1 6 / S 0 9 2 9 - 6 9 3 X (0 3) 0 0 2 3 1 - 8

Reeta Hakkarainen , Timo Partonen , Jari Haukka , Jarmo Virtamo ,demetrius Albanes and Jouko Lönnqvist .(2004). Food and nutrient intake in relation to mental wellbeing, *Nutrition Journal* 2004, 3:14 doi:10.1186/1475-2891-3-14.

Renee Rieneke Hoste,Daniel Le Grange.(2013). Eating disorders in adolescence ,handbook of adolescent health psychology,springer , ISBN 978-1-4614-6633-8 (eBook)..

Richard Lynn.(1989). The role of nutrition in secular increases in intelligence , *Prwrwt. VI&L id. DIR: Vol. II, No. 3, 1990*,Copyright t' 1990 Pergamon Press plc.

Robert Oh, David L Brown.(2003).Vitamine B12 Deficiency , *American family physician* 67(5) ,979-986

Rut Morley and Alan Lucas .(1997).nutrition and cognitive development ,*British Medical Bulletin* 1997, vol53 N 1 ,p123-134.

Rutt Veenhoven.(2013). the four qualities of life ordering concepts and measures of the good life *Happiness studies book series* , Antonelle Delle Fave editor ,<http://www.springer.com/10117>).

Ryff,C.(1984),Happiness in every thing or exploration on the meaning of psychology cal well being ,*Journal of social psychology* ,vol(4),N2.

Saadi,Lahlou.(2005).Peut on changer les comportements alimentaire , *cahier de nutrition et dietique* 40(2) ISSN0007-9960Elsevier, disponible sur :<http://eprints.lse.ac.uk/33153/> ,3.

Salah-eddine Khzami,Sabah Selmaoui,Boujemaa Agorram.(2015). Points de vue et perceptions d'adolescent Marocains sur l'alimentation et l'obésité , *European Scientific Journal* May 2015 edition vol.11, No.13 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431

Sally A.Dockendorff , Trent A.Petrie and all .(2012).Intuitive eating scale : an examination among early adolescent , *Journal of Consulling Psychology* , vol 59 , N 4/P604-611.

Sanjana Makamaih ans all .(2017).impact of nutritional status on cognition in institutionalized orphans A pilot study ,*Journal of clinical and diagnostic research* ,2017 vol 11(3) :cc01-cc04available in www.jcdr.net

Sarah Cathelin,Paul Brunault et all .(2016).L'addiction a l'alimentation :définition , mesures, limites du concept ,facteurs associes et implication clinique et thérapeutique .disponible sur http://hal.archives-ouvertes.fr/hal_01379864 .

Sarah Kendal,Sue Kirk and all.(2015). How a moderated online discussion forum facilitates, *John Wiley & Sons LtdHealth Expectations*, 20 support for young people with eating disorders, doi: 10.1111/hex.12439

Sarah Lipee, Audry –Rose Charlebois.(2017). Que se passe t-il a l'intérieure du cerveau intelligent, <http://orderpsyqc.ca> .

Shaden Adel Hassen .(2012).association between Impulsivity and development of eating disorders in females with depressives disorders ,*faculty of medicine –Cairo university* .

Shalok,R.(2000).three quads of quality of life focus in autism and other developmental disabilities, vol 15 n 2.

Shin,Woo-Kyoung, Kang,So Young, Kim,Yookyoung.(2017) Effects of family meals on eating behavior , academic achievement and quality of life –Based on the student of middle school at Goyangui,Gyeonggido,*Journal of Korean Home Economics Education Association* ,vol 29, N°4 ,pp149-159.

Shwarze,R.&Renner,B.(2000).social-cognitive predictor of health behavior :action self-efficacy and coping , Journal of health psychology.p487-495.

Soderstern .P,Berg.C,Leon.M, Brodin .U,Zandin.M,cognitive therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior .J physiology and behavior ,2017,www.Els evier.com.

Somiya Gutbi Salim Mohammed. (2014). Ifants feeding and wearing practices amo,g mothers in northern Kordofan state Sudan European Scientific Journal August 2014 edition vol.10, No.24 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431,

Stanley J. Uljaszek.(2002). Human eating behaviour in an evolutionary ecological context , Proceedings of the Nutrition Society (2002), available at <https://www.cambridge.org/core/terms> .

Stéphanie PINEL-JACQUEMIN..(2016). Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé, Synthèse de la littérature internationale pour le Conseil National d'Évaluation du Système Scolaire (CNESCO), Université de Nantes ,France

Sudha Venkatramanan , Ilianna E Armata all.(2016).Vitamin B-12 and cognition in children , Advances in nutrition 7(5) , 879-888.

T, Lubart.(2005).concepts définitions et théories , chapitre1 , Enfants exceptionnels :précocité intellectuelle,haut potentiel et talent, Collection « Amphi Psychologie » dirigée par Annick Weil-Barais.

Taylor ,S.E.(2003) .Health psychology , 5 edition , New York , Mc Graw Hill.

Todd Lubart,Asta Georgsdottir.(2006).créativité , haut potentiel et talent , L'état de la recherche sur les enfants dits « surdoués » , Laboratoire Cognition et Développement , universites Renes Discartes Paris5 , F rance .

Ulrica Paulsson and all.(2017).psychological vulnerability underlying four common unhealthy behaviours in 15-16year old swedish adolescent :a cross sectional study J.BMC Psychology,BioMed central,Doi 10.1186/540359-017-0209-9.

Ulrike Ravens –Sieberer and all.(2014).The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development,current application and future advances . J Springer ,Qal lif Res , Pediatric QQL special section ,n23,791-803

Université virtuelle Francophone .(2011). Régulation physiologique du comportement alimentaire. Version pdf .

Victor Morge ,BSc,MHPE.(2013).Overweight ,obesity and thinness associated factors among school age children (5-14 years)in Tamale Northern Ghana ,European journal , edition jully 2013,vol 09.

Virginie Mathias .(2010). Communication et information sur l'alimentation et la nutrition dites bénéfiques pour la sante ,Thèse présente pour l'obtention du grade docteur , Université de la méditerranée , Faculté de médecine ,France .

Vrignaud.Piere .(2006).La scolarisation des enfants intellectuellement précoces en France :présentation des différentes mesures et de résultats de recherches , J Bulletin de la psychologie , n 485, 2006 (5), pp 439-449, disponible sur : <http://Cairn.info/revue-Bulletin-de-psychologie-2006.5-page-439.htm>

Wallace M and all .(2017). Proceeding of the nutrition society , differences in eating behavior of secondary school children in northern Irland according to school type :the young person's behavior and attitudes survey ,available at :<http://www.cambridge.org>

Weisman-Arcache .Catherine.(2006).hétérogénéité ou dysharmonie ?clinique du fonctionnement mentale des enfants a haut potentiel , J Bulletin de la psychologie , tome 59(5), septembre 2006.

WHO,working group on the growth reference protocol the WHO task force on methods for the natural relation of fertility (2002). growth for healthy infants and timing type and frequency of complementary food ,Am J Clin Nutr76:620-627.

Wissam.J.Qassim, Rajaa.I.Abed.(2014). Evaluation of the Families, Attitudes toward Environment Pollution, Iraqi Journal of Nursing specialties ,vol(27)2.

Woodruff, S. J. et Hanning, R. M. (2009). Associations between family dinner frequency and specific food behaviors among grade six, seven, and eight students from Ontario and Nova Scotia. *Journal of Adolescent Health*.

www.aasst.com

www.syr-res.com ?5139/January 28,2015,3 :01AM .

www.weforum.org: World economic forum ,global agenda concil on health and well-being.(2012).well –being and global success.

www.youtub.com/watch?=&H-etcYBfiE&feature=share.

Zenasni, F., Lubart, T., Pahlavan, F., Jacob, S., Jacquet, A.Y., Lemoine, C., 2003. Traits émotionnels, intelligence émotionnelle : Intérêt de ces concepts et étude de leur interrelations. *Revue Psychiatrie, Sciences Humaines et Neurosciences* 1 (4), 19–27.

Giovana , T.,Marrianna,G.,and all.(2008).**Eating habit and behaviors , physical activity , nutritional and food safety, knowledge and beliefs in adolescent Italian population** , *Jornal of American college of nutrition* , vol27, N°1,pp31-43.

Helene Chaireire .(2012). **Des métabolismes urbains aux métabolismes humains : réflexions sur les relations entre environnements urbains et comportements nutritionnels. Exemple d'application d'une recherche pluridisciplinaire . disponible sur** https://www.persee.fr/doc/bagf_0004-5322_2012.

Gronhoj, A., Bech-Larsen, T., Chan, K., & Tsang, L. (2012). Using theory of planned behavior to predict healthy eating among Danish adolescents. *Health Education*, 113 (1), 4-17. <https://doi.org/10.1108/09654281311293600>.

Berta Schnettler , Horacio Miranda , German Lobos and all.(2015). **Eating habits and subjective well-being. A typology of students in Chilean state universities**,*J Appetit* ,vol89, <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.008>.

Anchamo Anato .A , Marcos Bususa .(2005).**Assesement of eating habits and it's association with cognitive performance of early adolescents (11-13 years) in Shebidino District Zone ,Sothern Ethiopia**, <http://www.sciencepublishinggroup.com/j/jfins>.

Dylan B.Jackson, Kevin M.Beaver.(2014).**The role of adolescent nutrition and physical activity in the prediction of verbal intelligence during early adulthood : a genetically informed analysis of twins pairs**, *International Jornal of environment research and public health* , available at : www.mdpi.com/gournal

Rheanna N.Ata, Alison Bryant Ldden.(2006).**the effect of gender, and family , friend , and media influences on eating behaviors and body image during adolescent**, *J.youth adolescence* (2007)36:1024-1037 available at <http://www.springerlink.com/content/1573-6601/>

282-ects-hiatcheslav Wlassof.(2016).psychcentral.com/blog/ how-obesity –affects- humain- brain

Jane Wardle, Carol Ann Gutherie ,Saskia Sanderson.(2001).**Development of Children ‘s eating behavior questionnaire** .J Child Psychol.Psychiat.vol.42.N°.7,pp.963-970,2001.

Yassine .T.Srhan.(2013).**Effect of life style on weight in a sample of Early Adult from Falluja Secondary Schools** , Al Anbar Medical Journal, vol .N°1;42-45.

Asghar Pouresmali .P, Mehri Moulaiie.Jaber.(2015).**eating habits , flexibility and the body mass index in gifted stdents** , Open Journal of Medical Psychology, vol4, pp116-123.

Jayne .A.Fulkersson and all.(2004).**Depressive Symptoms and Adolescent eating and healthy behavior : a multifaceted view in a population –based sample** , available at : www.sciencedirect.com .

Tseng Mei –Chih, David Fang and all.(2007).**Tow –phase srvey of eating disorders in gifted dance and non dance height school students** , J Psychological Medicine, vol37,Issue8, pp.1085-1096.

Ralf Shwarzer, Jana Richert.(2010).**Translating intentions into nutrition behavior via planning requires self –efficacy evidence from Thailand and Germany** , J : International journal of Psychology (2010).45.

Yoshiko Kato, Makoto Iwanaga ,Roswith Roth, Tomoko Hamasaki, Elfrieded Gveimel.(2013).**Psychometrique validation of the motivation for healthy eating scale (MHSE)** ,J of psychology ,vol 4, N° 2, pp136-141.

Jessica Cohen, Kathy F.Yates, Michelle Duang and Antonio Lonvit.(2011).**Obesity , orbitofrontal strcture and function associated with food choices : A cross sectional study** , Available at : <http://bmjopen.bmj.com>

ملحق رقم 01

بطاقة ترشيح وتنميط التلاميذ المتفوقين

التعليمات: أخي /أختي الأستاذ(ة)، في إطار دراسة ميدانية حول التلاميذ المتفوقين ترجوا من سيادتكم إفادتنا بخبرتكم في المجال، وهذا من خلال الإجابة على السؤالين س1 وس 2، لكن قبل هذا نرجوا أن تطلعوا على تعريف بسيط للتلميذ المتفوق.

تعريف التلميذ المتفوق: يعرف التلميذ المتفوق بأنه ذو استعداد عال في الدراسة.

يتميز التلميذ المتفوق بالنضوج العقلي المبكر وبسعة عقلية أكبر من نظرائه من العاديين، كما أن هذه القدرات تنمو وتتطور وتزداد كلما قدم إليها منهج أكاديمي خاص ومناسب.

L'élève supérieur(ou haut potentiel , doué ,surdoué , intellectuellement précoce) est tout élève qui manifeste : une haute prédisposition aux études (apprentissage) , une maturité mentale précoce et des capacités mentales supérieures ,des performances que ne parviennent pas a accomplir la plupart des ses pairs et qui nécessitent des programmes académiques spéciales afin de les préserver et les développer.

س1- أن تحدد أي المعايير المقترحة ستعتمد عليها لترشيح التلاميذ المتفوقين على مستوى قسمك، مع العلم أنه لك كامل الحرية في اختيار ما تريده من معايير وإن كانت كلها.
ضع علامة (X) أمام المعيار المرغوب في استعماله

لا	نعم	المعيار
		1/ نتائج الاختبارات في المادة
		2/ نتائج الاختبارات في المادة + المعدل العام
		3/ المشاركة الفعالة في الأنشطة الفصلية
		4/ انطباع شخصي
		5/ اختبارات الذكاء

الملاحق

س2-تحديد الخصائص التي تنطبق على كل متفوق (ة) قمتم بترشيحه بوضع علامة (X) أمام الخاصية التي تنطبق عليه(ها).

المتفوق	الخصائص
الناجح الممتثل	تلميذ نموذجي
	طموح بالرغم من شعوره بالضجر
	ثالي يحصل على أعلى العلامات
	يبحث عن الاعتراف من الراشدين
المستفز	يخاف الفشل بالرغم من أنه بأمس الحاجة لأن يكون في وضعية التحدي حتى يثبت ويؤكد ذاته
	شديد الإبداع
	يعلن عن ضجره في القسم
	غير عنيد
	محبط بشكل دائم
	فرط الحساسية
	يتحدى المعلمين
	علاقته مع الراشدين مصدر للصراع بسبب ثورته على قواعدهم
الممحي	يضع نفسه في مستوى عال من المنافسة
	نجاهه عند الاناث بشكل أكبر
	تتقصه الثقة
	انكار القدرات حتى يتقبله الزملاء
	يعجز عن تأكيد ذاته و التعبير عن مشاعره
	علاماته من متوسطة الى حسنة
في خطر	يضع نفسه في وضعيات الضغط بشكل مستمر
	مجالات تفوق غير ظاهرة
	دائم الاستياء من نفسه ومن الراشدين لأنهم غير قادرين على مساعدتهم
	تقديره لنفسه منخفض وهو في حالة استنفار دائم
	لايهتم بأن يكون معزولا أو محل رفض من الاخرين
	شديد الاندفاع و الهيجان
مضاعف الموهبة	لا يؤدي واجباته المدرسية ما يجعله عرضة للرسوب
	مضطرب

الملاحق

يعاني صعوبة في التعلم	
ضعيف الانتباه(مع او بدون فرط النشاط)	
لا يدرك أن له قدرات عالية	
ديد الحساسية	
يشعر بالعجز	
مشوش الافكار	
قد يظهر بعض السلوكيات المزعجة	
قد يعاني من اعاقة نفسية أو جسدية	
متحمس	المستقل
واثق بنفسه	
صورة ايجابية عن ذاته	
يتقبل الفشل فهو مثابر	
يضع تحديات على المدى المتوسط و الطويل وهو يحسن المخاطرة	
يعبر عن حاجاته ومشاعره بشكل مباشر	
يتقبله المعلمين والأولياء بسبب تفوقه و موهبته	
يؤثر بشكل ايجابي على زملاؤه	

الملاحق

الملحق رقم 02: بطاقة البيانات الشخصية

عزيزي التلميذ السلام عليكم:

نرجو أن تتفضل بقراءة الأسئلة بتمعن وأن تضع العلامة 'x' أمام الإجابة التي تعبر فعليا عنك.
نتمنى عليك أن تجيب على كل الأسئلة، وشكرا مسبقا على تعاونكم معنا.

السن: سنة / السنة : ثانوي / الشعبة:

الجنس: ذكر أنثى

الوزن: كغ الطول : متر السنة:

كم تبلغ قيمة الدخل الشهري لأسرتك: دج

هل تمارس الرياضة بانتظام؟ لا نعم

هل تعاني من مرض معين؟ لا نعم ما هو:

هل أنت راض عن جسمك؟ لا نعم

هل يهتم والديك بالغذاء الصحي؟ لا نعم

المستوى التعليمي للأم: جامعي ثانوي متوسط ابتدائي

المستوى التعليمي للأب: جامعي ثانوي متوسط ابتدائي

هل تحصلت على رخصة؟ طبيعية (حليب الأم فقط) اصطناعية (حليب القارورة)

مختلطة (حليب الأم وحليب القارورة)

هل حضرت ولو لمرة واحدة لبرنامج التثقيف الغذائي؟ لا نعم

هل تتحصل على مصروف يومي؟ لا نعم كم تبلغ قيمة مصروفك؟ دج

الملاحق

الملحق رقم 03: النسخة الأولى لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

رقم	العبارة	دائما	أحيانا	نادرا
1	أشعر بالمتعة عندما أتناول وجباتي.			
2	أعتقد أن وزني مناسب.			
3	أشعر بالحيوية والنشاط			
4	أتلقي النصائح حول التغذية المفيدة.			
5	أمرض كثيرا.			
6	أحافظ على الطعام.			
7	أعتقد أن الأغذية الصحية باهضة الثمن (سعرها مرتفع).			
8	أنزعج عندما أتناول كمية كبيرة من الطعام.			
9	أعتقد أن أفضل طعام هو الذي تحضره أمي بالبيت.			
10	أدعم تغذيتي بأقراص الفيتامينات و المكملات الغذائية .			
11	لا أهتم بما أكله .			
12	يزعجني إتباع الحميات الغذائية.			
13	الأغذية الصحية متوفرة في السوق.			
14	أعتقد أن الإكثار من الدهون، السكريات و الملح مضر بالصحة.			
15	أظن أن تغذيتي متوازنة ومتنوعة.			
16	أذوق الأطعمة بشكل جيد.			
17	أهضم الطعام جيدا.			
18	أسناني في حالة جيدة			
19	عندما أمرض أشفي بسرعة.			
20	أصدق بالطعام.			
21	تشعرني الوجبات العائلية بالسعادة.			
22	أعتقد أن التغذية الجيدة ضرورية للصحة.			
23	أشعر بالسعادة عندما أشارك أصدقائي الأكل.			
24	الأكل يزيد من متعة السفر.			

الملاحق

الملحق رقم 05: النسخة النهائية لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية

الرقم	العبارة	نعم دائما	أحيانا	لا أبدا	
01	أشعر بالحيوية و النشاط.				الوظيفة البيولوجية
02	أهضم الطعام بشكل جيد .				
03	عندما أمرض أشفى بسرعة				
04	أسناني في حالة جيدة				
05	أذوق الأطعمة بشكل جيد.				
06	أشعر بالمتعة عندما أتناول وجباتي				الوظيفة النفسية
07	أعتقد أن وزني مناسب				
08	أنتلقى النصائح حول التغذية المفيدة				
09	أظن أن تغذيتي متوازنة و متنوعة				
10	أعتقد أن التغذية الجيدة ضرورية للصحة				وظيفة الاجتماعية
11	أنتصدق بالطعام				
12	تشعرني الوجبات العائلية بالسعادة .				
13	اشعر بالسعادة عندما أشارك أصدقائي الأكل				
14	الأكل يزيد من متعة السفر.				

الملاحق

الملحق رقم 06: النسخة الأولية لاستبيان السلوك الغذائي الصحي

الرقم	العبارة	نعم دائما	أحيانا	لا نادرا
01	أتناول وجبة تقليدية مرة أو أكثر في الأسبوع			
02	أتناول فطور الصباح يوميا			
03	أتجنب القهوة أو الشاي بعد الأكل			
04	عدد وجباتي الأساسية ثلاثة في اليوم			
05	أكل عندما اشعر بالقلق			
06	أتجنب الأغذية المعلبة والجاهزة (الكاشير -التونة المعلبة ...)			
07	أتناول الحليب أو أحد مشتقاته كل يوم			
08	أتجنب الأكل في ساعات الليل المتأخرة			
09	أكل فقط عندما اشعر بالجوع			
10	أتناول الأكل ببطء			
11	أتناول خمسة خضر وفاكهه يوميا			
12	أحرص كل يوم على تناول وجبة مع أسرتي			
13	أتجنب الأكل في كل وقت			
14	أتجنب تناول مشروبات الطاقة.			
15	أتجنب المأكولات الحارة والمبهرة			
16	أتناول اللحوم أو الأسماك مرة أو أكثر في الأسبوع			
17	أشرب خمسة أكواب من الماء حتى في الجو البارد			
18	أتجنب الأكل في غرفة النوم أو غرفة الجلوس			
19	أحرص بشكل مبالغ فيه ان تكون تغذيتي صحية			
20	أتناول وجباتي في وقتها المحدد			
21	قد امتع عن الاكل لفترة تزيد عن ثلاث ايام			
22	أتجنب الأكل أمام التلفاز			
23	أتناول الحبوب الجافة مرتين في الأسبوع (العدس، الفاصولياء، الحمص ...)			
24	أحرص على النظافة عند الأكل			
25	أحاول تطبيق ما اعرفه عن الغذاء الصحي			
26	أتناول الفاكهة على معدة فارغة			
27	أتناول طبق السلطة الطازج			
28	أتجنب تناول كميات كبيرة من الطعام كل يوم			

الملاحق

الملحق رقم 07: النسخة النهائية لاستبيان السلوكيات الغذائية

بعد حذف البنود ضئيلة الأهمية وإعادة ترتيب باقي البنود بشكل عشوائي

الرقم	العبارة	نعم دائما	أحيانا	نادرا
1	أكل فقط عندما اشعر بالجوع			
2	أتناول فطور الصباح يوميا			
3	أتجنب تناول مشروبات الطاقة.			
4	أتجنب الأغذية المعلبة والجاهزة (الكاشير -التونة المعلبة ...)			
5	أتناول الأكل ببطء			
6	أتناول ثلاث وجبات رئيسية في اليوم			
7	أتجنب الأكل في ساعات الليل المتأخرة			
8	أتناول خمسة خضر وفواكه يوميا			
9	أتناول وجباتي في وقتها المحدد			
10	أتناول الحبوب الجافة مرتين في الأسبوع (العدس، الفاصولياء، الحمص).			
11	أحرص على النظافة عند الأكل			
12	أحرص كل يوم على تناول وجبة مع أسرتي			
13	أشرب خمسة أكواب من الماء حتى في الجو البارد			
14	أتجنب الأكل أمام التلفاز			
15	أتناول وجبة تقليدية مرة أو أكثر في الأسبوع			
16	أتناول اللحوم أو الأسماك أو البيض مرة أو أكثر في الأسبوع			