

تأثير السمنة على الشعور بجودة الحياة لدى عينة من سكان مدينة  
الرياض بالمملكة العربية السعودية

د. عائشة بنت علي حجازي

أستاذ علم النفس المساعد

بجامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

ملخص:

يهدف هذا البحث الى التعرف على مدى تأثير السمنة على درجة الشعور بجودة الحياة لدى عينة من سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية ، وذلك من خلال مسح ميداني للأفراد الذين يعانون من السمنة في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية ، وتم توظيف مقياس جودة الحياة ( إعداد الباحثة ) ، على عينة عشوائية بلغت ٣١٦ فرداً ، وأشارت نتائج الدراسة الميدانية الى أن درجة الشعور بجودة الحياة أعلى لدى الأفراد الذين لا يعانون من السمنة عنها من الأشخاص الذين يعانون منها لدى مجمل أفراد العينة ، كما تبين من الدراسة عدم وجود اختلافات بين فئات العينة ( الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها ) حسب المتغيرات النوع ، والتخصص ، والدخل الشهري للأسرة ، في درجة الشعور بجودة الحياة لدى عينة الدراسة.

**The impact of obesity on the feeling of quality of life  
at a sample of the population of Riyadh, Saudi Arabia**

**Dr.. Aysha Ali Hijazi**

(Assistant Professor of Psychology

Princess Nora bint AbdulRahman University )

**ABSTRACT:**

This study aims at examining the impact of obesity on the feeling of quality of life at a sample of the population of Riyadh, Saudi Arabia.

A random sample of 316 members of Individuals who suffer from obesity In Saudi Arabia, Riyadh was selected for the study. The e Quality of Life Scale (Prepared by the researcher ) was applied for this study, The findings show that to the degree of sense of a higher quality of life Higher in individuals who

do not suffer from obesity On the contrary, people who suffer from the overall sample, The study found no differences between the sample groups(Who are obese and who do not suffer from it) According variables weight, gender, monthly income of the family, And the degree of specialization in the sense of the quality of life in the study sample.

#### مقدمة :

وفقا لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، تم إعلان السمنة كوباء عالمي لارتباط العديد من الأمراض المزمنة بها ، ويوجد حاليا حوالي ٤٠٠ مليون شخص يعانون من السمنة المفرطة في جميع أنحاء العالم .(WHO,2006-2014)

وقد زاد الانتشار العام للبدانة بسرعة في كثير من مناطق العالم ، كالولايات المتحدة والعديد من البلدان الأوروبية مثل السويد الذي تضاعفت نسبة انتشار السمنة مؤشر كتلة الجسم (٣٠ كجم / م ٢ ) بين الناس في منتصف العمر على مدى العقدين الماضيين وتمثل حوالي ١٠٪ من السكان البالغين (Ringbäck W.et all, 2008) و في الآونة الأخيرة لوحظ ازدياد في نسبة البدانة لدى معظم سكان الدول العربية عموماً، بمن فيهم الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة .( حمده وآخرون ، ٢٠٠٩ ) وأفاد (Eriksson Mand his colleagues,1986) أن انتشار السمنة لا يزال في الزيادة، ولكن مع تغير في توزيع مؤشر كتلة الجسم حسب العمر وعلى وجه التحديد فقد وجد هؤلاء المؤلفون أن مؤشر كتلة الجسم قد أصبح أكثر استقرارا لدى الشباب وقد انخفض بين كبار السن (MONICA (2010), كما أظهرت دراسات أخرى زيادة عامة في السمنة مع مرور الوقت، وخاصة بين النساء. (Nyholm M, 2007)

وتعرف السمنة بأنها حالة من التراكم المفرط للدهون في الأنسجة الدهنية مما يسبب الضعف العام للصحة ، ويزيد مؤشر كتلة الجسم الذي يزيد عن ٣٠ كجم / م ٢ من خطر الإصابة بالأمراض، ولا سيما أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وبعض أنواع السرطان . (Rosengren.A.,et all (2009), والسمنة لا تشكل خطرا على الصحة البدنية للفرد فحسب، بل هي أيضا عامل مهم في ضعف الصحة النفسية للفرد ودرجة شعوره بجودة الحياة .(Mannucci E, et al,2010) ، وقد وضعت منظمة الصحة العالمية (WHO,1948) تعريفاً عاماً للصحة على أنها "حالة من الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية المتكاملة وليست مجرد غياب المرض أو العجز"، هذا التعريف ينظر إلى الصحة نظرة شاملة ولا يركز فقط على البعد المادي، لذلك لا يمكن تعريف الصحة إلا من حيث عدم وجود مرض نفسي أو مرض بدني.

إن الشعور بجودة الحياة من العوامل النفسية المهمة في مجال الصحة والمرض ، حيث أن المؤشرات السريرية أو الموضوعية المستخدمة لتقييم الحالة الصحية لا يمكن أن توفر صورة كاملة لحالة الفرد (Singh R,& Dixit S,2010) ،ونظراً لأن الصحة تشمل مؤشرات ذاتية وموضوعية. (HassBK.,1999) فينبغي أيضاً مراعاة الاحتياجات النفسية والتي تتعلق بجودة الحياة المرتبطة بالصحة (وتشمل منظور الفرد بشأن الصحة، ورضاه عن الحياة، ومدى الرفاهية التي يتمتع بها. (Bowling A,1998) وفي السنوات الأخيرة، تركز الاهتمام من قبل الباحثين على استكشاف أثر الأمراض الجسدية والعقلية على الشعور بجودة الحياة. فقد ثبت أن الاهتمام بالقضايا النفسية والاجتماعية إلى جانب التدابير الطبية الحيوية تلعب دوراً هاماً في ضمان نتائج إيجابية للمريض من وجهة نظر الطبيب والمريض، عند تقييم العلاج وبالإضافة ، (Skevington.S.,1999) ، تُعرف " منظمة الصحة العالمية ٢٠١٠ " WHO جودة الحياة بأنها "إدراك وتصور الأفراد لوضعهم وموقعهم في سياق نظم الثقافة والقيم التي يعيشون فيها وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واعتباراتهم، وهو مفهوم واسع النطاق يتأثر بالصحة الجسدية للشخص وحالته النفسية ومعتقداته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية" فقد تزايد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي ، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد فأصبح متغير جودة الحياة من أكثر المتغيرات تناولاً من خلال تحقيق التوافق والسعادة والرضا لدى الأفراد وبالتالي الصحة النفسية ، خاصة في ضوء العصر الحديث وما يتعرض له الفرد من مشكلات وضغوط قد تعوق طموحاته وآماله . ومفهوم جودة الحياة متعدد الأبعاد ونسبي يختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية وفق المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومطالبها، والتي غالباً ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة كالقدرة على التفكير واتخاذ القرار، والقدرة على التحكم، وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية، والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق سعادتهم في الحياة. (رغداء، ٢٠١٢)، ويؤكد كل من (Bonomi & Bushnel,2000) على أن جودة الحياة تُمثل مفهوماً واسعاً تؤثر فيه عوامل متداخلة مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد ، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به ، وعلاقاته الاجتماعية التي يكونها ، وعلاقته بالبيئة التي يعيش فيها .

مشكلة الدراسة :

تعد السمنة من أخطر الأمراض التي يتعرض لها العديد من الأفراد في مجتمعاتنا العربية على في جميع المراحل العمرية لما لها من آثار هامة على الصحة العامة للأفراد (البدنية والاجتماعية والنفسية) من حيث ارتباطها بالعديد من الأمراض المزمنة كأمراض القلب والسكر وبعض أنواع السرطان... الخ ، كذلك تأثيرها السلبي على العلاقات الاجتماعية للفرد وتقديره لذاته ، مما يزيد من صعوبة الحياة لدى البعض ويؤثر بشكل ما على شعوره بجودة الحياة لما قد تستحدثه في النفس من تغيرات يشعر بها الفرد البدني ولا يستطيع التخلص منها ، وقد حاولت العديد من الدراسات دراسة العلاقة بين السمنة والشعور بجودة الحياة في عدد من الدراسات منها : دراسة (Fontaine KR, 2001) التي توصلت إلى أن السمنة لها تأثير سلبي على الأداء البدني، مثل ضعف إدراك الصحة العامة وحيويتها ؛ كذلك يكون تأثير السمنة سلبياً على الأداء النفسي والاجتماعي للفرد ، وتوصلت دراسة (Kolotkin RL, et al, 2001) إلى أن العوامل الاجتماعية وخاصة المرتبطة بالإعاقات الخطيرة بين الأشخاص المصابين بالبدانة لها تأثير سلبي على درجة شعور الفرد بجودة الحياة ، وأيضاً تتأثر درجة الشعور بجودة الحياة بالمتغيرات النفسية مثل تدني تقدير الذات، وصورة الذات السلبية، وضعف العلاقات الاجتماعية ، كما توصلت دراسة (Marchesini G, et al, 2003) ، ولاحظ كل من (Elfhag K.& Rössner S., 2005) وجود نقص في الاهتمام بالخصائص الشخصية التي يحتاجها الأشخاص الذين يعانون من السمنة من أجل الإدارة الذاتية وإجراء تغييرات ناجحة في نمط حياتهم. في دراسة كان الغرض منها تقييم ما إذا كان درجة الشعور بجودة الحياة لدى الأفراد الذين يعانون من السمنة ترتبط مع مؤشر كتلة الجسم والعمر والجنس ، ودراسة (De Zwaan M, 2009) التي توصلت إلى أن درجة الشعور بجودة الحياة منخفضة لدى العديد من الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة كما في دراسة (Renzaho A, et al, 2010) ، وتوصلت دراسة (Lisa.s.et all, 2014) إلى انه لا توجد فروق دالة احصائياً بين الذكور والاناث الذين يعانون من السمنة في الدرجة الكلية للشعور بجودة الحياة ، ويمكن أن تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في معرفة مدى تأثير السمنة على درجة الشعور بجودة الحياة لدى شريحة سكان مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية وذلك من خلال الإجابة عن التساؤل التالي:

٢- هل يوجد تأثير للسمنة على درجة الشعور بجودة الحياة لدى سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية الذين يعانون من السمنة؟ ، واستناداً لهذا التساؤل تمت صياغة الفروض التالية:

**اهداف الدراسة:** تستهدف الدراسة تعرف:

-مدى تأثير السمنة على درجة الشعور بجودة الحياة لدى سكان مدينة الرياض حسب متغيرات البحث للوقوف على ما تتمتع به هذه الفئة من صحة نفسية وجسمية.

#### فروض الدراسة:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها تعزى لمتغير النوع.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها تعزى لمتغير التخصص.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها تعزى لمتغير دخل الاسرة الشهري.

٤- لا توجد فروق دالة احصائيا لتأثير السمنة على متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها .

#### تحديد المصطلحات:

##### أولاً-السمنة -عرفها كل من:

١- (فكري ، ٢٠٠٤ ) بأنها تراكم كمية زائدة من الدهون في الجسم مما يؤدي إلى زيادة غير طبيعية في وزن الشخص بالنسبة لطوله وعمره .. فإذا زاد وزن شخص أكثر من ٢٠% على وزنه الطبيعي نتيجة لتراكم الدهون .. فإننا نطلق عليه كلمة سمين (فكري،٢٠٠٤ : ١٩)

٢- (هزاع ، ٢٠٠٦ )على أنها تلك الحالة الطبية التي تتراكم فيها الدهون الزائد بالجسم إلى درجة تُسبب معها في وقوع آثارٍ سلبيةٍ على الصحة، مؤديةً بذلك إلى انخفاض متوسط عمر الفرد المأمول أو إلى وقوع مشاكل صحية - (هزاع ، ٢٠٠٦ : ٧٦)

٣- (مامتاني، ٢٠١١) السمنة بأنها زيادة في شحوم الجسم . بشكل عام ، يمكن تحديد السمنة بسهولة من المظهر الخارجي للجسم ، ومع ذلك في بعض الحالات، يجب استخدام الوسائل الدقيقة لقياس السمنة (مامتاني، ٢٠١١ : ٧)

ثانيا- جودة الحياة - عرفها كل من:

- ١- (Taylor & Rogdan,1990) بأنها رضا الفرد بقدره في الحياة والشعور بالراحة والسعادة (Taylor & Rogdan,1990,p.87)
- ٢- (Felce,1997) على أن جودة الحياة بمفاهيمها المختلفة ترتبط بالقيم الشخصية للفرد التي تحدد معتقداته حول كل ما يُحيط به من متغيرات حياتية وما تُواجهه من مشكلات للسعي إلى تحقيق الرضا الذاتي (Felce,1997,p.5)
- ٣- (مبارك، ٢٠١١): هي شعور الفرد بالرضا والسعادة وبالقدرة على اشباع الحاجات في ابعاد الحياة الذاتية والموضوعية والتي تشمل (النمو الشخصي ، والسعادة البدنية والمادية ، والاندماج الاجتماعي ، والحقوق البشرية) (مبارك، ٢٠١١ : ٨)
- ٤- (Reine&others 2003) أن جودة الحياة هي إحساس الأفراد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة والعلاقات وتتغير حدة الوجدان والمشاعر وأن الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثران باستبصار الفرد (Reine&others 2003,p.54)

## الفصل الثاني

### اطار نظري

#### المحور الاول- السمنة:

يواجه عدد متزايد من الأفراد في مختلف أنحاء العالم عبء السمنة، والذي يعرف بأنه مؤشر كتلة الجسم (BMI) < ٣٠ كجم / م<sup>2</sup>، (Popkin B.,2006) هذا الوباء هو مصدر قلق للمهنيين الصحيين في جميع أنحاء العالم ، لأن السمنة ترتبط ارتباطا وثيقا بالمخاطر العوامل المرتبطة بها مع ضعف الصحة، وقصر العمر المتوقع. (Bray.G.A.,2004) ، لذلك أصبحت دراسة السمنة في عصرنا الحالي لها أهمية كبيرة وخاصة مع ازدياد انتشارها في العديد من بلدان العالم وفي جميع الأعمار (Fulton et al,2001) ، فقد انتشرت السمنة في العديد من الدول الصناعية، وهي الآن تزحف بقوة على البلدان التي في طور النمو ، ذلك ما تشير إليه وتحذر منه عدة تقارير صادرة عن منظمة الصحة العالمية حول نقشي السمنة في دول العالم ومن الأمور المثيرة للقلق في بعض حالات السمنة أنها قد تستمر مع الفرد طوال حياته ، فهناك احتمال عال أن البدين في الصغر يبقى بديناً في مرحلة الرشد . (Guo, et al,2002) .

و تتعدد وتتوغل الأسباب المؤدية للسمنة ، على أن آلية حدوث السمنة لدى الشخص هي في الواقع نتاجاً لتداخل الكثير من العوامل البيولوجية والبيئية .ومن المعلوم أن المحافظة على الوزن الطبيعي

للجسم يتطلب الموازنة بين الطاقة الحرارية المستهلكة عن طريق الطعام ، والطاقة الحرارية المصروفة عن طريق الطاقة المصروفة في كل من العمليات الحيوية الأساسية، والطاقة المصروفة في هضم الطعام وامتصاصه، والطاقة المصروفة من جراء القيام بالأنشطة الاعتيادية اليومية، بما في ذلك الأنشطة البدنية والرياضية، ويضاف إلى ذلك الطاقة اللازمة للنمو في حالات الأطفال في فترة ما قبل مرحلة الرشد. (الهزاع ، ٢٠٠٦ )، فجسم الإنسان يتكون من شحوم وأجزاء أخرى غير شحمية، وتتكون الأجزاء غير الشحمية من العضلات، والعظام، والأنسجة الرخوة من غير العضلية . أما الشحوم في الجسم فتتقسم إلى شحوم أساسية وشحوم مخزنة، وتوجد الشحوم الأساسية في نخاع العظام، وحول القلب والرئتين والكبد والطحال والكلية والأمعاء، وفي الجهاز العصبي، بالإضافة إلى منطقة الحوض والثديين في النساء . تعد الشحوم الأساسية ضرورية للعديد من الوظائف الفسيولوجية في الجسم، كما تبلغ نسبتها لدى الرجل البالغ حوالي ٣-٥% من كتلة الجسم، وترتفع هذه النسبة إلى ١٢% لدى المرأة . أما الشحوم المخزنة فتتراكم في الجسم وتخزن في الأنسجة الشحمية في منطقتين رئيسيتين، هما تحت الجلد، وفي الأحشاء، وتكون مهمتها الرئيسية توفير طبقة عازلة للجسم، كما تستخدم بالإضافة إلى المواد الكربوهيدراتية كطاقة، غير أن زيادة الشحوم المخزنة عن حد معين يعرض الشخص للعديد من الأمراض والمشكلات الصحية. (الهزاع ، ٢٠٠٦ )

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية في عام 2005 إلى وجود نحو 1.6 مليار (مليار وستمئة مليون ) من البالغين ( ١٥ عاماً فما فوق ) الذين يعانون من فرط الوزن. وما لا يقل عن 400 مليون من البالغين الذين يعانون من السمنة. وتشير المنظمة أيضاً إلى أنّ نحو 2.3 مليار من البالغين سيعانون من فرط الوزن و أنّ أكثر من 700 مليون سيعانون من السمنة عام 2015 ( حمده وآخرون ، ٢٠٠٩ )

#### الأسباب التي تؤدي إلى السمنة :

قد يرجع سبب الإصابة بالسمنة إلى ما يلي :

- ١- التغذية: فالعادات الغذائية الحالية ليست متوافقة مع أساسيات التغذية الصحية ، على الرغم من أنه تقوم الأسر في معظم الثقافات، بتعليم أبنائها قواعد التغذية الصحيحة إلا أن هناك تغيير جوهري في أساليب استهلاك الغذاء الغير صحية من حيث النوع والكمية المستهلكة. (Sam.G. 2011)
- 2-التغير في نمط الحياة ، مثل توافر السيارة للمواصلات، والتسهيلات لربة المنزل، ووجود الخدم، والجلوس أمام التلفزيون لساعات طويلة، وزيادة الدخل، والتعدد في أنواع الأكل والشرب، وتوفر الأغذية

الغنية بالسكريات والدهون، مما أدى إلى صرف أقل للطاقة، وتكدس الدهون بالجسم وزيادة الوزن، ومن ثم السمنة. (Ajlouni, al et, ١٩٩٨)

3-العوامل الديمغرافية والاجتماعية والعادات الصحية تؤثر على تناول الأغذية الصحية ، فعلى سبيل المثال وُجد في الولايات المتحدة الأمريكية أن الأشخاص الأكثر تناولاً للأغذية غير الصحية هم الأقل تعليماً والمدخنات والمصابات بالسمنة (Subare&Block,1990) .

٣-عدم تناول وجبة الإفطار : تنتشر السمنة بين الأشخاص الذين لا يحرصون على تناول وجبة الإفطار يومياً ، أو الذين يكثر من شرب القهوة يومياً. (Hulshof ,et al ,1991)

4-تناول الوجبات السريعة : فالأشخاص الذين يتناولون الأطعمة السريعة أكثر من مرتين بالأسبوع أكثر عرضة للإصابة بالسمنة وتراكم الدهون في أجسامهم (Pereira,et all,2005)

٥- ترتبط السمنة ارتباطاً طردياً مع العمر وعدد الأطفال : فكلما زاد العمر زادت نسبة الإصابة بالسمنة ، وكلما زاد عدد الأطفال زادت بالتالي نسبة الإصابة بالسمنة ، وترتبط السمنة عكسياً بالمستوى التعليمي فكلما انخفض مستوى التعليم زادت نسب الإصابة بها . (Bowie,et al,2007)

ويقترح ( محمد كمال ، ٢٠١٢ ) عدة استراتيجيات للتعامل مع البدانة والوزن الزائد نذكر منها علي سبيل المثال وليس الحصر :

١-تنظيم الوجبات واتباع أنظمة الحماية الغذائية (الريجيم الغذائي)

٢-ممارسة الرياضة وعمل التدريبات الرياضية الملائمة

٣-المشي لمدة نصف ساعة على الأقل يومياً. ٤-تغيير العادات الغذائية الخاطئة.

٥-استخدام العقاقير الملائمة لخفض الوزن تحت إشراف الطبيب المتخصص.

٦-إجراء العمليات الجراحية الملائمة لخفض الوزن.

### المحور الثاني-جودة الحياة :

على الرغم من أن مفهوم الجودة يُطلق أساساً على الجانب المادي والتكنولوجي ، لكن يُمكن استخدامه للدلالة على بناء الإنسان ووظيفته ووجدانه ، وجودة الإنسان هي حُسن توظيف إمكانياته العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية ، وتكون المحصلة هي جودة الإنسان وجودة المجتمع .( سليمان ، ٢٠٠٨ )

ويشير مفهوم جودة الحياة في الأدب إلى الرفاهية المعيشية ويحاول العلماء والباحثين وضع مفهوم جديد يتضمن المعنى النفسي والاجتماعي لجودة الحياة ، فقد اقترح (Smith,١٩٧٣) في إحدى الدراسات الأساسية في هذا المجال أن يتم استخدام الرفاهية للإشارة إلى ظروف الحياة الموضوعية



التي تنطبق على السكان بشكل عام، في حين أن جودة الحياة يجب أن تقتصر بشكل أكبر على تقييمات الأفراد لحياتهم الذاتية وذلك بهدف تحديد مفهوم دقيق لجودة الحياة من وجهة نظره ، أما اليوم لا يُجد تمييز أو تحديد واضح للمصطلحات وغالبا ما تكون المصطلحات مستخدمة بشكل غير متسق أو متبادل ضمن الدراسات. (Clarke, P.et all, 2000)

وقد اهتم علم النفس بمفهوم جودة الحياة في مُختلف التخصصات النفسية النظرية منها والتطبيقية ، فقد كان لعلم النفس السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن جودة الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة ، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يُدركه منها . ( الأشول ، ٢٠٠٥ ).

ومفهوم جودة الحياة يشمل على نطاق واسع كيف يقيس الفرد "الخير" من جوانب متعددة من حياته. وتشمل هذه التقييمات ردود الفعل العاطفية على أحداث الحياة، والتخلص من التوتر والقلق، والشعور بانجازاته في الحياة والرضا عن علاقاته الشخصية وعن عمله (Diener, e.et all,1999)

إن الشعور بجودة الحياة أمراً نسبياً، لأنها مرتبطة بالفرد مثل المفهوم الإيجابي للذات ، والرضا عن الحياة وعن العمل ، والحالة الاجتماعية والسعادة التي يشعر بها الفرد، كما يرتبط ببعض العوامل الموضوعية التي يُمكن أن تُلاحظ وتُقاس ويُحكم عليها مباشرة مثل : الامكانيات المادية المُتاحة ، والدخل ، ونظافة البيئة ، والحالة الصحية ، والحالة السكنية

والوظيفية ، ومستوى التعليم ، وغير ذلك من العوامل التي تؤثر في الفرد ، وهذه العوامل الذاتية والموضوعية تجعل أمر تقدير درجة جودة الحياة لدى الفرد أمراً ضرورياً لأن الفرد الذي يتفاعل مع أفراد مجتمعه يحاول دائماً أن يُحقق مستواً معيشياً أفضل ، والحصول على خدمات أجود ، أو يُحافظ على حياة أو مستواً معيشياً لا يقل عن مستوى الحياة التي كان يعيشها في الماضي . ( سليمان ، ٢٠٠٨ )

إن جودة الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تُقدم لأفراد المجتمع ، وإدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات التي تُقدم لهم على إشباع حاجاتهم المختلفة ، ولا يُمكن أن يُدرك الفرد جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتعامل معهم ( أصدقاء ، زملاء ، أشقاء ، أقارب ) ، أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئة النفسية الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد. ( الأشول ، ٢٠٠٥ )

ومن خلال ماتقدم يمكن تمييز ثلاثة أبعاد لجودة الحياة:

- 1- جودة الحياة الموضوعية: وتشمل هذه الفئة الجوانب الاجتماعية لحياة الأفراد والتي يوفرها المجتمع من مستلزمات مادية.
- 2- جودة الحياة الذاتية، ويقصد بها مدى الرضا الشخصي عن الحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة.
- 3- جودة الحياة الوجودية، وتمثل الحد المثالي لإشباع حاجات الفرد، واستطاعته العيش (بتوافق روحي ونفسي مع ذاته ومع مجتمعه).

### الفصل الثالث

#### منهجية البحث وإجراءاته

##### منهج الدراسة :

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لمناسبته لطبيعة هذه الدراسة. حيث تم استقصاء آراء عينة من سكان مدينة الرياض - في المملكة العربية السعودية حول مستوى شعورهم بجودة الحياة وتأثير الوزن على هذا الشعور من وجهة نظرهم.

**مجتمع الدراسة:** تكون مجتمع الدراسة من سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية من كلا النوعين ( ذكور وإناث، ٢٠١٦، ٢٠١٧م ) ، حيث اشتمل مجتمع الدراسة على جميع الاشخاص الذين (يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها ) .

##### عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٤٠٠) فرداً من كلا الجنسين ، منهم (٢٠٠) فرد يعانون من السمنة، و(٢٠٠) فرد لا يعانون منها تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية العشوائية من مجتمع الدراسة الكلي، وبعد إتمام عملية جمع البيانات وصلت حصيلة الجمع (٣١٦) استبانة، وبما أن تعريف الوزن والسمنة وفقاً لنظام تصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO)، استناداً إلى مؤشر كتلة الجسم (BMI) الذي يعادل وزن الفرد (بالكيلوغرام) مقسوماً على طوله بالمتر المربع فالفرد الذي يزن ١٠٠ كجم و يبلغ ارتفاعه ١,٨٥ م لديها مؤشر كتلة الجسم من ٢٩,٢ كجم / م<sup>2</sup> ويندرج في فئة زيادة الوزن، وبعد دراسة العينة من حيث الطول والوزن ( كما هو موضح بجدول رقم (٤,٥) فقد حددت الباحثة وزن ٦٠ كجم كمؤشر لأفراد العينة الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها ، وعلى ذلك يكون توزيع أفراد العينة كالتالي (٢١٥) يعانون من السمنة واوزانهم (٦٠ كجم او تزيد)، و(١٠١) لا يعانون من السمنة واوزانهم تقل عن (٦٠ كجم)، والجدول رقم (١,٢,٣,٤,٥) تبين توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً للنوع ، والتخصص ، دخل الأسرة الشهري ، الطول ، الوزن .

جدول (١) توزيع العينة تبعاً للنوع.

النوع	التكرار	النسبة المئوية (%)
ذكر	٣١	٩,٨
انثى	٢٨٥	٩٠,٢
الاجمالي	٣١٦	١٠٠

جدول (٢) توزيع العينة تبعاً للتخصص.

التخصص	التكرار	النسبة المئوية (%)
علمي	١٥٩	٥٠,٣
أدبي	١٥٧	٤٩,٧
الاجمالي	٣١٦	١٠٠

جدول (٣) توزيع العينة تبعاً دخل الأسرة الشهري

دخل الأسرة الشهري	التكرار	النسبة المئوية (%)
منخفض	١٧	٥,٤
متوسط	٢٥٤	٨٠,٤
مرتفع	٤٥	١٤,٢
الاجمالي	٣١٦	١٠٠

جدول (٤): توزيع العينة تبعاً الطول

الطول:	التكرار	النسبة المئوية (%)
أقل من ١٥٠ سم	٢١	٦,٦
من ١٥٠ - ١٦٥ سم	٢٤٠	٧٥,٩
أطول من ١٦٥ سم	٥٥	١٧,٤
الاجمالي	٣١٦	١٠٠

جدول (٥): توزيع العينة تبعاً الوزن

الوزن	التكرار	النسبة المئوية (%)
من ٤٠ - ٥٠ كيلو جرام	٢٩	٩,٢
من ٥٠ - ٦٠ كيلو جرام	٧٢	٢٢,٨
أكثر من ٦٠ كيلو جرام	٢١٥	٦٨,٠
الاجمالي	٣١٦	١٠٠

أداة الدراسة:

بعد إطلاع الباحثة على عدد من الدراسات السابقة منها دراسة (محمود منسي ، وعلي كاظم ، ٢٠٠٦ ) ، ودراسة (بشرى مبارك ، ٢٠١١) ، ودراسة رغداء نعيصة ، ٢٠١٢) تم اعداد مقياس للتعرف على الشعور بجودة الحياة لدى عينة من الأفراد الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها من سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، وقد تكونت أداة الدراسة في صورتها النهائية من قسمين:

**القسم الأول:** تضمن بيانات أولية عن عينة الدراسة مثل (الاسم، العمر، الحالة الاجتماعية)

**القسم الثاني:** تضمن العبارات التي تقيس الشعور بجودة الحياة، وعدد فقرات هذا القسم (٤٠) فقرة، وقد بنيت الفقرات بالاتجاه الايجابي والسلبي، حسب سلم خماسي وأعطيت الأوزان للفقرات كما هو آت: (دائماً: خمس درجات، غالباً: أربع درجات، احياناً: ثلاث درجات، نادراً: درجتين، ابداً: درجة واحدة). وقد طبق هذا السلم الخماسي على جميع الفقرات الايجابية وهي (٢، ٣، ٥، ٦، ٧، ٨، ١٢، ١٣، ١٤، ١٧، ٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٦). أما الفقرات السلبية المتبقية فقد تم تصحيحها بطريقة عكسية.

وللتعرف إلى تقديرات أفراد العينة وتحديد (مدى الشعور بجودة الحياة لدى عينة من الأفراد الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها من سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية)، تم حساب المدى (٥-١ = ٤)، ثم تم تقسيمه على (٤) للحصول على طول الخلية الصحيح (٤/٥ = ٠,٨٠)، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في الاستبانة (أو بداية الاستبانة وهي الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جدول (٦): يوضح طول الخلايا.

الدرجة	المستوى	الرقم
منخفضة جدا	بين ١ - ١,٧٩	١
منخفضة	بين أكثر من ١,٨٠ - ٢,٥٩	٢
متوسطة	بين أكثر من ٢,٦٠ - ٣,٣٩	٣
مرتفعة	بين أكثر من ٣,٤٠ - ٤,١٩	٤
مرتفعة جدا	بين أكثر من ٤,٢٠ - ٥	٥

وكما يبين جدول رقم (٧) توزيع العينة تبعاً للاستجابة لعبارات المقياس

جدول (٧) توزيع العينة تبعاً للاستجابة لعبارات المقياس

م	العبارة	دائما		غالبا		احيانا		نادرا		ابدا	
		%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار
١	اجد صعوبة في التواصل مع افكار الآخرين	٣,٥	١١	١١,٧	٣٧	٤٩,٧	١٥٧	٢٧,٢	٨٦	٧,٩	٢٥
٢	لدي إحساس بالحيوية والنشاط.	١٧,١	٥٤	٣٧,٣	١١٨	٢٨,٦	١٢٢	٦,٣	٢٠	٠,٦	٢
٣	انتهاز الفرص المناسبة لتحقيق اهدافي	٢٨,٥	٩٠	٣٢,٠	١٠١	٢٠,١	٩٥	٧,٣	٢٣	٢,٢	٧
٤	علاقتي بزملائي رديئة للغاية.	١,٦	٥	٤,٤	١٤	١٧,٤	٥٥	٣٠,٤	٩٦	٤٦,٢	١٤٦
٥	اثق بإمكانيتي ومهاراتي	٥٠,٣	١٥٩	٣٣,٥	١٠٦	١٤,٦	٤٦	٠,٩	٣	٠,٦	٢
٦	استطيع الاسترخاء بدون مشاكل	٢٣,٤	٧٤	٣٥,١	١١١	٢٢,٣	٧٤	٧,٠	٢٢	٢,٢	٧
٧	اشعر بانني فخورة بنفسي	٥٠,٣	١٥٩	٢٧,٨	٨٨	١٨,٤	٥٨	١,٩	٦	١,٦	٥
٨	شعر باحترام الآخرين وتقديرهم لي	٤٩,١	١٥٥	٣٤,٨	١١٠	١٤,٢	٤٥	١,٩	٦	٠,٠	٠
٩	اشعر ببعض الالام في جسمي.	١٨,٠	٥٧	٢٨,٢	٨٩	٤٢,١	١٣٣	٩,٢	٢٩	٢,٥	٨
١٠	شعر بالنقص والدونية لزيادة وزني.	٧,٣	٢٣	١٣,٦	٤٣	١٩,٩	٦٣	٢١,٨	٦٩	٣٧,٣	١١٨
١١	تتهمل دموعي بحرارة عندما افكر في المستقبل.	١٠,١	٣٢	٨,٥	٢٧	٢١,٢	٦٧	٢١,٢	٦٧	٣٨,٩	١٢٣
١٢	اشعر بالارتياح لعلاقتي مع الآخرين	٣٩,٩	١٢٦	٣٧,٠	١١٧	٢٠,٦	٦٥	١,٩	٦	٠,٦	٢
١٣	اشعر بان والدي راضيان عني.	٥٨,٥	١٨٥	٢٣,٤	٧٤	١٤,٢	٤٥	٢,٥	٨	١,٣	٤
١٤	بتعد عن التفكير في الامور المحزنة والمزعجة	٢٣,١	٧٣	٢٨,٢	٨٩	٣٥,٤	١١٢	٨,٢	٢٦	٥,١	١٦
١٦	اضطر لِقضاء بعض الوقت في السرير مسترخيا	١٧,١	٥٤	٢٨,٨	٩١	٣٧,٠	١١٧	١٣,٦	٤٣	٣,٥	١١
١٧	اعرف نقاط ضعفي وقوتي	٣٥,٤	١١٢	٤١,٨	١٣٢	١٩,٣	٦١	١,٩	٦	١,٦	٥
١٨	تفكيري مشغول ب(زيادة وزني).	١٦,٨	٥٣	١٣,٩	٤٤	٣٠,٤	٩٦	١٥,٥	٤٩	٢٣,٤	٧٤
١٩	اقنقد القدرة علي وضع اهداف لحياتي	١٠,٤	٣٣	١٩,٠	٦٠	٣٨,٩	١٢٣	١٦,١	٥١	١٥,٥	٤٩
٢٠	لا اجد من اثق فيه من افراد اسرتي.	٨,٢	٢٦	١١,٤	٣٦	٢٣,٧	٧٥	١٨,٤	٥٨	٣٨,٥	١٢١
٢١	انام جيدا	٢١,٥	٦٨	٣٤,٥	١٠٩	٢٣,٥	٧٥	٧,٠	٢٢	٣,٥	١١
٢٣	اشعر بانني متزن انفعاليا	٢٤,٤	٧٧	٣٨,٩	١٢٣	٢٩,٧	٩٤	٣,٨	١٢	٣,٢	١٠
٢٤	اشعر بالفخر لانتمائي لاسرتي.	٧٥,٣	٢٣٨	١٥,٢	٤٨	٦,٠	١٩	٢,٥	٨	٠,٩	٣
٢٥	انتاول وجبات الطعام بسرعة كبيرة	١٩,٦	٦٢	٢٥,٣	٨٠	٢٩,١	٩٢	١٣,٣	٤٢	١٢,٧	٤٠
٢٦	اتصرف بطريقة تناسب مع معاييرنا الاجتماعية	٤٦,٥	١٤٧	٣٧,٣	١١٨	١٤,٦	٤٦	١,٦	٥	٠,٠	٠
٢٧	كثيرا اتعرض لعدم القدرة على القيام بأعمالي	٧,٠	٢٢	١٩,٦	٦٢	٣٥,١	١١١	٢٥,٦	٨١	١٢,٧	٤٠
٢٨	اصبحت متقلبة المزاج	١٢,٣	٣٩	٢١,٢	٦٧	٤٠,٥	١٢٨	١٦,٨	٥٣	٩,٢	٢٩
٢٩	لا يوجد لدي برنامج منظم لتناول الوجبات الغذائية	٢٨,٨	٩١	٢١,٥	٦٨	٢٨,٥	٩٠	١٤,٢	٤٥	٧,٠	٢٢
٣٠	الامور البسيطة اصبحت تثير اعصابي	١٣,٣	٤٢	٢٠,٩	٦٦	٣٣,٩	١٠٧	١٧,٤	٥٥	١٤,٦	٤٦
٣١	ينتابني شعور بالحزن العام دون مبرر	١٣,٦	٤٣	١٥,٢	٤٨	٣٤,٢	١٠٨	٢٠,٩	٦٦	١٦,١	٥١
٣٢	اشعر بانني قليلة الثقة بنفسي	٧,٦	٢٤	١١,٤	٣٦	٢٠,٧	٩٧	٢٣,١	٧٣	٢٧,٢	٨٦
٣٣	اشعر بعدم الرضا دون معرفة السبب	٩,٥	٣٠	١٤,٦	٤٦	٣١,٣	٩٩	٢٠,٦	٦٥	٢٤,١	٧٦
٣٤	اصبحت اميل للاكتئاب	٤,٧	١٥	١٢,٣	٣٩	٢٤,٤	٧٧	٢٤,٤	٧٧	٣٤,٢	١٠٨
٣٥	اشعر بالقلق والضيق دون التعرض لموقف معين	١٠,٤	٣٣	١٢,٧	٤٠	٣٣,٢	١٠٥	٢٤,٤	٧٧	١٩,٣	٦١
٣٦	الامور البسيطة تثير اعصابي	١٠,١	٣٢	١٦,٥	٥٢	٣١,٦	١٠٠	٢٢,٥	٧١	١٩,٣	٦١
٣٧	اشعر بالملل بسرعة	١٠,٨	٣٤	١٩,٠	٦٠	٣٤,٢	١٠٨	٢٤,٤	٧٧	١١,٧	٣٧
٣٨	اميل إلى الخمول وانخفاض سرعة رد الفعل	١٠,٨	٣٤	١٥,٨	٥٠	٣٨,٠	١٢٠	٢٢,٥	٧١	١٣,٠	٤١
٣٩	اصبحت اعاني من الصعوبة في اتخاذ القرارات	٧,٦	٢٤	١٥,٥	٤٩	٣٨,٩	١٢٣	٢٠,٣	٦٤	١٧,٧	٥٦
٤٠	اجد صعوبة في استرجاع الاحداث السابقة	٩,٢	٢٩	٢٠,٦	٦٥	٣٣,٢	١٠٥	٢٠,٦	٦٥	١٦,٥	٥٢

#### صدق الأداة:

تم التأكد من صدق الأداة في الدراسة الحالية بعرضها على ٧ محكمين من المختصين في البحث العلمي، وكان هناك اتفاق بينهم على صلاحية الأداة وقد تم إجراء بعض التعديلات على فقرات الاستبانة حسب ما اقترح المحكمين.

#### ثبات المقياس:

تم حساب الثبات لأداة الدراسة بطريقة الاتساق الداخلي، بحساب معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، حيث بلغت درجة الثبات (٩١,٨%) معبرة عن درجة عالية جداً من الثبات.

#### المعالجة الإحصائية

تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات، وتم استخدام الإحصاء الوصفي باستخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدى أفراد العينة واستجاباتهم على أداة الدراسة (الشعور بجودة الحياة)، وقد تم فحص فروض الدراسة عن طريق الاختبارات الإحصائية التحليلية التالية: اختبار (ت) (t-test)، واختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance)، كما تم استخدام معامل الثبات كرونباخ ألفا لحساب ثبات الأداة، وذلك باستخدام الحاسوب باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

## الفصل الرابع

### تفسير النتائج ومناقشتها

نتائج الفرض الأول: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها تعزى لمتغير النوع.

للتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار ت (t-test)، و الجدول (٨) يبين ذلك.

جدول (٨). الفروق بين الوزن و مجموع درجات مقياس جودة الحياة في عينة الذكور (ن = ٣١)

الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ف"	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	درجات جودة الحياة الوزن
غير دال	٢٩	٠,٣٨٦	-	-	٠	من ٤٠ - ٥٠ كيلو جرام
			٢٠,٣١	١٣٩,٦٧	٣	من ٥٠ - ٦٠ كيلو جرام
			٢٠,٦٣	١٤٤,٥٠	٢٨	أكثر من ٦٠ كيلو جرام

ف الجدولية عند  $0,01 = 2,756$

ف الجدولية عند  $0,05 = 2,045$

يتبين من جدول (٨) أن قيمة ( ف ) المحسوبة لدرجات جودة الحياة تساوى (٠,٣٨٦) وهي أقل من قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ تساوى (٢,٠٤٥) وبهذا يمكن القول لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائية بين الذكور الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها، كما تبين أن متوسط درجة الذكور الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم أكبر من متوسط درجة الذكور الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم ، وهذا يدل على أن درجة شعور الذكور الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة أكبر من درجة شعور الذكور الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة حيث بلغ متوسط درجة الذكور الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم ( ١٤٤,٥٠ ) ، بينما بلغ متوسط درجة الذكور الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم ( ١٣٩,٦٦ ) .

جدول (٩) الفروق بين الوزن و مجموع درجات مقياس جودة الحياة في عينة الإناث (ن = ٢٨٥)

الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ف"	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	درجات جودة الحياة
						الوزن
دال	٢,٢٨٢	٤,٨١٣	١٩,٦٧	١٤٢,٥٥	٢٩	من ٤٠ - ٥٠ كيلو جرام
						من ٥٠ - ٦٠ كيلو جرام
						أكثر من ٦٠ كيلو جرام

ف الجدولية عند ٠,٠١ = ٤,٦٨١

ف الجدولية عند ٠,٠٥ = ٣,٠٢٠٧

يتبين من جدول (٩) أن قيمة ( ف ) المحسوبة لدرجات جودة الحياة تساوى (٤,٨١٣) وهي أكبر من قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ تساوى (٣,٠٢٠٧) وبهذا يمكن القول أنه توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين الإناث اللاتي يعانين من السمنة واللاتي لا يعانين منها، كما تبين أن متوسط درجة الإناث اللاتي يزيد وزنهن عن ٦٠ كجم أكبر من متوسط درجة الإناث اللاتي يقل وزنهن عن ٦٠ كجم ، وهذا يدل على أن درجة شعور الإناث اللاتي يزيد وزنهن عن ٦٠ كجم بجودة الحياة أكبر من درجة شعور الإناث اللاتي يقل وزنهن عن ٦٠ كجم بجودة الحياة حيث بلغ متوسط درجة الإناث اللاتي يزيد وزنهن عن ٦٠ كجم ( ١٣٦,٥٠ ) ، بينما بلغ متوسط درجة الإناث اللاتي يقل وزنهن عن ٦٠ كجم ( ١٤٥,٣٥ ) ، ويمكن تفسير وجود فروق جوهرية لدى الإناث اللاتي تعانين من السمنة في درجة الشعور بجودة الحياة واللاتي لا تعانين منها إلى اهتمام المرأة بثيابها ، ورغبتها في التمتع بمظهر أنثوي جذاب ، كذلك قد يكون تعرض المرأة بالإصابة بالأمراض المرتبطة بالسمنة أسرع على العكس من الذكور والتي أوضحت النتائج عدم وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين الذكور الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها ، وهذا يتفق مع دراسة (De Zwaan M,2009).

**نتائج الفرض الثاني:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (  $0.05 \geq \alpha$  ) في متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها تعزى لمتغير التخصص ، وللتحقق من صحة الفرض الثاني تم استخدام اختبار ت (t-test)، كما هو واضح في جدول (١٠).



جدول (١٠) الفروق بين الوزن و مجموع درجات مقياس جودة الحياة في عينة التخصص العلمي (ن = ١٥٩)

الوزن	درجات جودة الحياة					
	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	أختبار "ف"	درجة الحرية	الدلالة
من ٤٠ - ٥٠ كجم	٢٠	١٤٢,٠٥	١٤,٤٩	١,١٥٤	٢,١٥٦	غير دال
من ٥٠ - ٦٠ كجم	٣٣	١٤٣,٥٥	٢٠,٣٨			
أكثر من ٦٠ كجم	١٠ ٦	١٣٧,٦٥	٢٢,٣٥			

ف الجدولية عند ٠,٠١ = ٤,٧٤٣

ف الجدولية عند ٠,٠٥ = ٣,٠٥٤

يتبين من جدول (١٠) أن قيمة ( ف ) المحسوبة لدرجات جودة الحياة تساوى (١,١٥٤) وهي أقل من قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ تساوى (٣,٠٥٤) وبهذا يمكن القول أنه لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين ( الأفراد في التخصص العلمي ) الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها، كما تبين أن متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم أقل من متوسط درجة الأفراد الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم ، وهذا يدل على أن درجة شعور الأفراد ( في التخصص العلمي) الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة أقل من درجة شعور الأفراد ( في التخصص العلمي ) الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة حيث بلغ متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم (١٣٧,٦٥) ، بينما بلغ متوسط درجة الأفراد الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم ( ١٤٤,٥٥ ) .

جدول (١١): الفروق بين الوزن و مجموع درجات مقياس جودة الحياة في عينة التخصص الأدبي (ن = ١٥٧)

الوزن	درجات جودة الحياة					
	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ف"	درجة الحرية	الدلالة
من ٤٠ - ٥٠ كجم	٩	١٤٣,٦ ٧	٢٩,٢١	٢,٧٠ ١	٢,١٥٤	غير دال
من ٥٠ - ٦٠ كجم	٣٩	١٤٦,٤ ٤	١٩,٩٠			
أكثر من ٦٠ كجم	١٠ ٩	١٣٧,٤ ٤	٢١,٠٧			

ف الجدولية عند ٠,٠١ = ٤,٧٤٥

ف الجدولية عند ٠,٠٥ = ٣,٠٥٤

يتبين من جدول (١١) أن قيمة ( ف ) المحسوبة لدرجات جودة الحياة تساوى (٢,٧٠١) وهي أقل من قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ تساوى (٣,٠٥٤) وبهذا يمكن القول أنه لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين ( الأفراد في التخصص الأدبي ) الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها، كما تبين أن متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم أقل من متوسط درجة الأفراد

الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم ، وهذا يدل على أن درجة شعور الأفراد ( في التخصص الأدبي ) الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة أقل من درجة شعور الأفراد ( في التخصص الأدبي ) الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم حيث بلغ متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم ( ١٤٦,٤٤ ) ، ويمكن تفسير تمتع الأفراد من التخصصين ( العلمي - والأدبي ) الذين يعانون من السمعة بدرجة أقل من الشعور بجودة الحياة وقد يكون السبب في ذلك ما للسمعة تأثير سلبي على الأداء البدني وهذا عكس ما تتطلبه الدراسة من مجهود بدني وعقلي وهذا يتفق مع دراسة (Fontaine KR, 2001).

**نتائج الفرض الثالث :** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الذين يعانون من السمعة والذين لا يعانون منها تعزى لمتغير دخل الأسرة الشهري.

للتحقق من صحة الفرض الثالث تم استخدام اختبار ت (t-test)، كما هو واضح في الجدول (١٢).

جدول (١٢): الفروق بين الوزن و مجموع درجات مقياس جودة الحياة في عينة الدخل المنخفض (ن = ١٧)

الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ف"	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	درجات جودة الحياة
						الوزن
غير دال	١٥	١,٢٢٠	-	-	٠	من ٤٠ - ٥٠ كجم
			١٨,٥٠	١٤١,٦٧	٣	من ٥٠ - ٦٠ كجم
			٢٢,٦٢	١٢٤,٥٠	١٤	أكثر من ٦٠ كجم

ت الجدولية عند  $\alpha = 0.01 = 2.946$  ف الجدولية عند  $\alpha = 0.05 = 2.131$

يتبين من جدول (١٢) أن قيمة ( ف ) المحسوبة لدرجات جودة الحياة تساوى (١,٢٢٠) وهي أقل من قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ تساوى (٢,١٣١) وبهذا يمكن القول أنه لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائية بين الأفراد ( ذوي دخل الأسرة المنخفض ) الذين يعانون من السمعة والذين لا يعانون منها، كما تبين أن متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم أقل من متوسط درجة الأفراد الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم ، وهذا يدل على أن درجة شعور الأفراد ( ذوي الدخل المنخفض ) الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة أقل من درجة شعور الأفراد ( ذوي الدخل المنخفض ) الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة حيث بلغ متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم (١٢٤,٥٠) ، بينما بلغ متوسط درجة الأفراد الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم (١٤١,٦٧).

جدول (١٣): الفروق بين الوزن و مجموع درجات مقياس جودة الحياة في عينة الدخل المتوسط (ن = ٢٥٤)

الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ف"	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	درجات جودة الحياة	
						الوزن	
غير دال	٢,٢٥١	٢,٥٦١	٢٠,٨٧	١٤١,٩١	٢٣	من ٤٠ - ٥٠ كجم	
			٢٠,٠٥	١٤٢,٢٢	٥٩	من ٥٠ - ٦٠ كجم	
			٢١,٠٧	١٣٦,٥٧	١٧٢	أكثر من ٦٠ كجم	

ف الجدولية عند ٠,٠١ = ٤,٦٩٠

ف الجدولية عند ٠,٠٥ = ٣,٠٣١

يتبين من جدول (١٣) أن قيمة ( ف ) المحسوبة لدرجات جودة الحياة تساوى (٢,٥٦١) وهي أقل من قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ تساوى (٣,٠٣١) وبهذا يمكن القول أنه لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين الأفراد ( ذوي دخل الأسرة المتوسط ) الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها، كما تبين أن متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم أقل من متوسط درجة الأفراد الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم ، وهذا يدل على أن درجة شعور الأفراد ( ذوي الدخل المتوسط ) الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة أقل من درجة شعور الأفراد ( ذوي الدخل المتوسط ) الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة حيث بلغ متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم (١٣٦,٥٧) ، بينما بلغ متوسط درجة الأفراد الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم (١٤٢,٢٢).

جدول (١٤) الفروق بين الوزن و مجموع درجات مقياس جودة الحياة في عينة الدخل المرتفع (ن = ٤٥)

الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ف"	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	درجات جودة الحياة	
						الوزن	
غير دال	٢,٤٢	٠,٩٢٩	١٥,٥٠	١٤٥,٠	٦	من ٤٠ - ٥٠ كجم	
			١٧,٥٤	١٥٧,٣٠	١٠	من ٥٠ - ٦٠ كجم	
			١٩,٨٥	١٤٩,٦٢	٢٩	أكثر من ٦٠ كجم	

ف الجدولية عند ٠,٠١ = ٥,١٤٩

ف الجدولية عند ٠,٠٥ = ٣,٢٢

يتبين من جدول (١٤) أن قيمة ( ف ) المحسوبة لدرجات جودة الحياة تساوى (٠,٩٢٩) وهي أقل من قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ تساوى (٣,٢٢) وبهذا يمكن القول أنه لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين الأفراد ( ذوي دخل الأسرة المرتفع ) الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها، كما تبين أن متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم أقل من متوسط درجة الأفراد الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم ، وهذا يدل على أن درجة شعور الأفراد ( ذوي الدخل المرتفع )

الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة أقل من درجة شعور الأفراد ( ذوي الدخل المرتفع ) الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة حيث بلغ متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم (١٤٩,٦٢) ، بينما بلغ متوسط درجة الأفراد الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم (١٥٧,٣٠) ، مما يدل على أن دل الأسرة الشهري ليس له تأثير على درجة الشعور بجودة الحياة لدى الأفراد الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها - على عكس ما هو متوقع -

#### نتائج الفرض الرابع:

لا توجد فروق دالة احصائياً لتأثير السمنة على متوسطات درجات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها. للتحقق من صحة الفرض الرابع تم استخراج الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الشعور بجودة الحياة لدى عينة الدراسة الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (١٥).

جدول (١٥) الفروق بين الوزن و مجموع درجات مقياس جودة الحياة في العينة الكلية (ن = ٣١٦)

الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ف"	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	درجات جودة الحياة
						الوزن
دال	٢,٣١٣	٣,٧٤٤	١٩,٦٧	١٤٢,٥٥	٢٩	من ٤٠ - ٥٠ كجم
						من ٥٠ - ٦٠ كجم
						أكثر من ٦٠ كجم

ف الجدولية عند ٠,٠١ = ٤,٦٧٣

ف الجدولية عند ٠,٠٥ = ٣,٠٢٤

يتضح من جدول (١٥) أن قيمة ( ف ) المحسوبة لدرجات جودة الحياة تساوى (٣,٧٤٤) وهي أكبر من قيمة (ف) الجدولية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ تساوى (٣,٠٢٤) وبهذا يمكن القول أنه توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين أفراد العينة الكلية الذين يعانون من السمنة والذين لا يعانون منها، كما تبين أن متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم ( للعينة الكلية ) أقل من متوسط درجة الأفراد الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم ( للعينة الكلية ) ، وهذا يدل على أن درجة شعور أفراد العينة الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة أقل من درجة شعور الأفراد الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم بجودة الحياة حيث بلغ متوسط درجة الأفراد الذين يزيد وزنهم عن ٦٠ كجم (١٣٧,٥٤) ، بينما بلغ متوسط درجة الأفراد الذين يقل وزنهم عن ٦٠ كجم (١٤٥,١١) ، حيث يوجد تأثير سلبي للسمنة على درجة الشعور بجودة الحياة تتفاوت درجته بين ( مرتفع - متوسط - منخفض ) تبعاً لمتغيرات البحث ،

مما يؤدي إلى القول بوجود علاقة ارتباطية بين السمنة ودرجة الشعور بجودة الحياة ، مما يتفق مع دراسة كل من (Kolotkin RL,et all, 2001) ، (Elfhag K.& Rössner ، 2005) و (Renzaho A, et ، S.,2005) و (Lisa.s.et all ,2014).

#### المصادر:

#### اولا- مصادر عربية

١. بشرى عناد مبارك (٢٠١١): جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج. مجلة كلية الآداب .
٢. حسن فكري منصور (٢٠٠٤): كيف تنقص وزنك في ثلاثين يوم ، دار الصفا والمروة للنشر والتوزيع ، ط ١ .
٣. حمده قطبة ، عبد الله الجميلي، أيوب الجوالدة ، وآخرون (٢٠٠٩) : واقع السمنة عند أطفال المدارس القطريين ، للمركز الثقافي للطفولة ، الدوحة ، قطر .
٤. رافيندر مامتاني ( ٢٠١١ ) : السمنة - تقييمها وسبل مكافحتها(الجزء الأول :التعريف بمرض السمنة ومخاطره )،مكتب الشؤون العامة ، كلية طب وايل كورنيل ، الدوحة ، قطر .
٥. رغداء علي نعيصة (٢٠١٢): جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق ونشرين ، مجلة جامعة دمشق، المجلد 28 ، العدد الأول .
٦. عادل عز الدين الأشول (٢٠٠٥): نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، وقائع المؤتمر العلمي الثالث ، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة ، جامعة الزقازيق.
٧. هزاع بن محمد الهزاع (٢٠٠٦): السمنة والنشاط البدني في مرحلة الطفولة المبكرة : ما مدى انتشارهما ؟ وما هي العلاقة بينهما ؟ في كتاب تغذية الأطفال والمراهقين في دول الخليج العربية ، تحرير عبد الرحمن عبيد مصيقر، مركز البحرين للبحوث والدراسات، المنامة -مملكة البحرين .
٨. محمد كمال السيد يوسف ( ٢٠١٢ ) : البدانة الغذائية .. داء له دواء (الجزء الثاني)، مجلة أسيوط للدراسات البيئية - العدد السادس والثلاثون .

ثانيا. مصادر اجنبية:

9. -Ajrlouni, K; Jaddou, H and Batreha, A. (1998): Obesity in Jordan. *International Journal of Obesity*. (22): 624-628.
10. Bonomi, A. E., Patrick, D. L., & Bushnell, D. M. (2000): Validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHOQOL) measurement. *Journal of Clinical Epidemiol*, 53, 1-12.
11. -Bowie, J; Juon, H; Cho, J and Rodriguez, E. (2007): Factors associated with overweight and obesity among Mexican Americans and Central Americans results from the 2001 California Health Interview survey. *Prev, Chronic Dis*. 4(1): A10,p.161-164.
12. Bowling A.(1998): Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: Bowling A, editor. (ed.) *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scale*. 2nd ed. Buckingham, PA: Open University Press, pp. 1-19.
13. Bray GA.(2004) Medical consequences of obesity. *J Clin, Endocrinol Metab*; 89: 2583-9.
14. -Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Rosenthal, C. J. (2000): Well being in Canadian seniors: Findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal on Aging*, 19, 139-159.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999): Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
15. -De Zwaan M, Petersen I, & Kaerber M, (2009): Obesity and quality of life: a controlled study of normal-weight and obese individuals. *Psychosomatics* ,50: 474-482.
16. Elfhag K.&Rössner S.(2005): Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev* ; 6: 67-85.
17. -Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual, Disability Research*, 4 (2), 126-135.
18. Fulton J, Burgeson C, Perry G, Sherry B, Galuska D, Alexander M, Wechsler H, Caspersen C (2001): Assessment of physical activity and sedentary behavior in preschool-age children: Priorities for research. *Pediatr Exerc Sci*, 13: 113-126.

19. Gou S, Wu W, Chumlea W, Roche A (2002): Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr*, 76: 653-658.
20. -Hass BK.(1999): Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Image J Nurs Sch* ; 31: 215-220.
21. Kolotkin RL, Meter K, Williams GR(2001): Quality of life and obesity. *Obes Rev* ; 2: 219-229.
22. Mannucci E, Petroni M, Villanova N, (2010): Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health Qual Life Outcomes* ; 8: 90.
23. -Lisa S., Päivi J., & Siv S.(2014): Health-related quality of life and sense of coherence among people with obesity: Important factors for health management, US National Library of Medicine, National Institutes of Health,25-183.
26. MONICA .A (2010): Large improvements in major cardiovascular risk factors in the population of northern Sweden: the Eriksson M, Holmgren L, Janlert U, et al 1986. *J Intern.Med* , 269: 219-231.
27. Marchesini G, Bellini M, Natale S, (2003): Psychiatric distress and health-related quality of life in obesity. *Diabetes Nutr Metab* ; 16: 145-154.
28. Pereira, M; Kartashov, A; Ebbeling, C; Van Horn, L; Slattery, M; Jacobs, D and Ludwig, D. (2005): Fast food habits, weight gain, and insulin resistance (The CARDIA Study): 15-year prospective analysis. *Lancet J*. 365(9453): 36- 42.
29. Popkin BM.(2006): Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *Am J Clin Nutr*; 84: 289-98.
30. Reine, G.Lancon,C. Tucci,S. Sapin,C. Auquier, P(2003). Depression and Subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Act Psychiatric a Scandinavia*. Vol. (108).297-303.
31. -Renzaho A, Wooden M, Houng B(2010):. Associations between body mass index and health-related quality of life among Australian adults. *Qual Life Res* ; 19: 515-520.

32. Ringbäck Weitoft G, Eliasson M,& Rosén M. (2008):Underweight, overweight and obesity as risk factors for mortality and hospitalization. Scand J Public Health ; 36: 169–176.
33. Sam G. (2011): Obesity: Status and Effects, Presented at the Living to 100 Symposium Orlando, Fla,4-25.
34. Singh R, Dixit S. (2010):Health-related quality of life and health management. J Health Manag ; 12: 153–172.
35. -Skevington, S. M. (1999). Measuring quality of life in Britain: Introducing the WHOQOL-100. Journal of Psychosomatic Research, 47(5), 449-459.
36. Subar, F and Block, G. (1990): Use of Vitamin and Mineral supple med. Am J Epidemiol. 132(6): 1091-1101.
37. Rosengren A, Eriksson H,& Hansson P-O. (2009): Obesity and trends in cardiovascular risk factors over 40 years in Swedish men aged 50. J Intern Med ; 266: 268–276.
38. -Taylor,H.R&Bogdan,R.(1990)Quality Of lif and the individual perspective. In: R. L. Schalok & M. Begab (eds.) ,*Quality of life,p20-53*.
39. -The world health report(2010) : health systems financing : the path to universal coverage.1.World health – trends. 2.Delivery of health care – economics. 3.Financing health 4.Health services accessibility. 5.Cost of illness, 1. World health organization.
40. World Health Organization. Official Records of the World Health Organization. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of the 61 States (Official Records of the World Health Organization, no 2, p. 100) and entered into force 7 April 1948.
41. -World Health Organization. Obesity and overweight, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> (2006, accessed 24 February 2014).