



وزارة التعليم العالي

جامعة تشرين

كلية التمريض

قسم تمريض صحة الطفل

مخطط بحث مقدم للتسجيل بدرجة الماجستير بعنوان:

تأثير السمنة على السلوكيات العدوانية عند المراهقين

Effect of obesity on aggressive behaviors in adolescents

إعداد الطالبة:

مريم سليمان الحسين

اختصاص تمريض صحة الطفل

إشراف

د. نسرین محي مصطفى

أستاذ مساعد في قسم تمريض الأمومة و صحة المرأة كلية التمريض

ملاحظة : خطة البحث قابلة للتعديل حسب متطلبات البحث وتوجيهات المشرفين

2019

المقدمة

(Introduction)

تعرف المراهقة هي فترة التغيرات المتميزة المتدرجة من النواحي الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية⁽¹⁾. ومن السهل تحديد بداية المراهقة ولكن من الصعب تحديد نهايتها، والسبب في ذلك أن بداية المراهقة تتحدد بالبلوغ الجسمي، بينما تتحدد نهايتها بالوصول الى النضج في مظاهر النمو المختلفة (العقلية والجسمية والانفعالية والاجتماعية). وتقسّم المراهقة الى ثلاث مراحل، وهي: المراهقة المبكرة من 12 حتى 14 سنة، والمراهقة الوسطى من 15 حتى 17 سنة، والمراهقة المتأخرة من 18 حتى 21 سنة⁽²⁾.

تعرف السمنة حسب منظمة الصحة العالمية بأنها تراكم غير طبيعي أو مفرط للدهون قد يلحق الأذى بالصحة. ومؤشر كتلة الجسم هو مؤشر بسيط يستخدم لقياس الوزن إلى الطول ويبدل مؤشر كتلة الجسم الذي يساوي 30 أو أكثر يعني السمنة⁽³⁾. تعتبر السمنة عند الأطفال مشكلة صحية عامة في جميع أنحاء العالم ويرجع ذلك إلى ارتفاع معدل الانتشار وكذلك الآثار الضارة المرتبطة بالصحة الجسدية والاجتماعية⁽⁴⁾. حيث من المتوقع أن يصل معدل الانتشار إلى 9% عند الاطفال في عام 2020⁽⁵⁾.

شهدت العقود الأربعة الأخيرة حسب United Nations System Standing Committee on Nutrition اللجنة الدائمة للتغذية التابعة للأمم المتحدة زيادة بمقدار عشرة أضعاف في معدلات السمنة لدى الأطفال والمراهقين إذا بلغ عدد الأطفال زائدي الوزن 38 مليون طفل في عام 2017، بزيادة قدرها 8 ملايين طفل عن عام 2000⁽⁶⁾.

ذكرت فرقة العمل الدولية للسمنة International Obesity Taskforce أن 1 من كل 10 أطفال يعانون من زيادة الوزن في جميع أنحاء العالم في المجموع، تشير التقديرات إلى أن هناك حوالي 155 مليون طفل ومراهق يعانون من السمنة و30-45 مليون يعانون من السمنة المفرطة⁽⁷⁻⁸⁾.

تقدر منظمة الصحة العالمية أن التكلفة الاقتصادية للسمنة تتراوح بين 2% و7% من إجمالي تكاليف الرعاية الصحية سنويا⁽⁹⁾. ومع ذلك تشير تقديرات مركز السيطرة على الأمراض إلى فقدان الوزن بنسبة 10% يمكن أن يقلل من تكاليف حياة الشخص الذي يعاني من السمنة بمقدار 2200 دولار إلى 5300

دولار⁽¹⁰⁾. وأشار بعض الباحثين إلى العوامل الاجتماعية والاقتصادية⁽¹¹⁾، والوجبات السريعة المسوقة عبر وسائل الإعلام وقلة النشاط البدني ونقص تأثير الأهل بالنظام الغذائي⁽¹²⁻¹³⁾. ونتيجة لذلك تزيد السمنة لدى المراهقين من خطر حدوث مشكلات طبية حادة ومزمنة بالإضافة إلى المشاكل النفسية، كل ذلك يمكن أن يستمر حتى مرحلة البلوغ⁽¹⁴⁾، مثل الإصابة بمرض السكري النمط الثاني وأمراض القلب والسرطان والربو وأمراض الرئة الأخرى وارتفاع الكوليسترول في الدم وارتفاع ضغط الدم والسكتة الدماغية⁽¹⁵⁾. والسمنة أثناء المراهقة لها تأثير على أداء المدرسي والقبول بالكلية⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. وتزيد السمنة في مرحلة المراهقة من خطر الوفيات في مرحلة البلوغ⁽¹⁸⁾.

أوصت التقارير الصادرة عن معهد الطب بوضع معايير غذائية لجميع المواد الغذائية والمشروبات التي يتم تقديمها وبيعها في المدارس وزيادة النشاط البدني المتكرر أثناء وبعد المدرسة⁽¹⁹⁾. وتعزيز الوعي في نطاق السمنة ومضاعفاتها لدى المراهقين وتأثيرها على الأداء المدرسي وإنشاء عيادات للسمنة⁽²⁰⁾.

يعرف السلوك العدواني على أنه: سلوك يصدره الفرد لفظياً أو معنوياً أو بدنياً أو مادياً صريحاً أو ضمنياً، مباشراً أو غير مباشر، إيجابياً أو سلبياً، ويترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدني أو مادي أو نقص للشخص نفسه صاحب السلوك، أو الآخرين⁽²¹⁾. وتشمل أشكال السلوك العدواني، العدوان الجسدي الاتصال الجسدي (الدفع، الضرب)، بالإضافة إلى المضايقات اللفظية (الإغاظه) أي العدوان اللفظي، وانتشار الشائعات واستبعاد عن قصد أي العدوان الاستبعادي⁽²²⁾.

ومن العوامل المسببة للسلوك العدواني عند المراهقين العوامل البيولوجية (فيزيولوجية) تشمل التغيرات الجسمية والفيزيولوجية والجنسية التي تحدث في مرحلة المراهقة والتي تؤثر بصفة كبيرة على مزاج المراهق وحالته الانفعالية فيكون أكثر هيجاناً وعدوانية. والعوامل النفسية عند تعرض المراهق للإحباط نتيجة فشله أو عدم تحقيقه للأهداف وحاجاته فإنه يعبر عن هذا الإحباط بإصداره سلوك عدواني. والعوامل الأسرية للأسرة أهمية عظمى في تشكيل شخصية الفرد، هناك علاقة بين جو الأسرة والسلوك العدواني حيث أن الأفراد الذين ينتمون إلى الأسرة التي تعاني من التفكك الاجتماعي وانهمار العلاقات بين أفرادها، كانوا أكثر ارتباكاً للجرائم من أولئك الذين ينتمون إلى أسر تتصف بالتماسك الاجتماعي. والعوامل الطبيعية يتأثر مزاج المراهق بالعوامل الطبيعية الخارجية، فعندما يقابل شخصاً غير محبب له فإنه يغضب وينشر عدوانيته⁽²¹⁾.

فالأطفال الذين يعانون من السمنة، بالمقارنة مع أقرانهم ذوي الوزن الطبيعي ليسوا أكثر عرضة للإصابة بمشاكل طبية فحسب، بل قد يكونوا أيضاً أكثر عرضة للمشاكل السلوكية، وتحديدًا العدوان (23). وتشير الدراسات إلى أن المراهقين الذين يعانون من السمنة يظهرون المزيد من المشكلات السلوكية الخارجية (على سبيل المثال السلوكيات العدوانية، المعارضة) من المراهقين ذوي الوزن الطبيعي (24-25). بينت دراسة Ian Jessen وآخرون في مدارس كندا عام (2005) أن الأشخاص الذين يعانون من السمنة الذين تتراوح أعمارهم من 15 إلى 16 عام كانوا أكثر عرضة للسلوك العدواني من زملائهم ذوي الوزن الطبيعي (26). وبينت دراسة (villa 2004) إن 25% من الأطفال الذين يعانون من السمنة أبلغوا عن مشكلات سلوكية خارجية وهو أعلى بكثير من 11% ذكرت من قبل أقرانهم ذوي الوزن الطبيعي (27).

تأتي أهمية هذه الدراسة من كونها ستوفر معلومات عن تأثير السمنة على السلوكيات العدوانية عند المراهقين مما يساهم في تخفيف انتشار السمنة والحد من مضاعفاتها ومعرفة السلوك العدواني وكيفية التعامل معه. خاصةً بعد انتشار السمنة في سوريا نتيجة قلة الحركة والجلوس في المنزل وعدم ممارسة الرياضة خوفاً من التعرض للخطر نتيجة الأزمة في سوريا وتعرض المراهقين لمضاعفات السمنة الجسدية والنفسية ومنها السلوك العدواني. وقلة الأبحاث في سوريا التي بحثت عن تأثير السمنة على السلوكيات العدوانية عند فئة المراهقين، مما يستدعي الحاجة إلى البحث والدراسة لمعرفة العلاقة بين السمنة والسلوكيات العدوانية، وإلقاء الضوء على هذه المكونات وتحديد التأثير الناتج.

هدف البحث

(Aim of research)

يهدف البحث إلى تقييم تأثير السمعة على السلوكيات العدوانية عند المراهقين.

سؤال البحث

(Question of research)

ما هو تأثير السمنة على السلوكيات العدوانية عند المراهقين؟

أدوات البحث وطرائقه

(Material and Method)

أولاً: المواد (Materials):

• تصميم البحث (design):

دراسة وصفية ارتباطية.

• المكان (setting):

سيتم إجراء هذه الدراسة في المدارس الإعدادية والثانوية التابعة لمديرية التربية في مدينة اللاذقية.

• عينة البحث (sample):

سيتم إجراء هذه الدراسة على عينة من المراهقين الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم أكثر من 30 كغ/م²

وعددهم 200 مراهق، سيتم اختيارهم من المدارس بالطريقة العشوائية البسيطة الذين سيتم اختيارهم من المدارس التي تم اختيارها بالطريقة العشوائية العنقودية أن إجمالي عدد المدارس الإعدادية في مدينة اللاذقية 37 مدرسة موزعة ضمن أحياء المدينة وإجمالي عدد المدارس الثانوية 40 مدرسة وفقاً لمديرية التربية والعدد الكلي للمدارس الإعدادية والثانوية 77 مدرسة. العدد المرغوب للدراسة 15 مدرسة سيتم اختيار العينة من المدارس الإعدادية $77 \div 15 \times 37 = 7$ مدارس. ومن المدارس الثانوية $40 \times 15 \div 77 = 8$ مدارس، وتشمل مرحلة المراهقة المبكرة والمتوسطة .

مواصفات العينة:

- تشمل مرحلة المراهقة المبكرة من عمر 12 حتى 14 سنة ومرحلة المراهقة المتوسطة من عمر 15 حتى 17 سنة.
- لا يعاني من أي أمراض جسدية ونفسية.
- لا يتناول أي أدوية

معايير الاستبعاد :

- المراهق الذي يعاني من النحافة.

- المراهق المشخص لديه أمراض جسدية.
- المراهق المشخص لديه اضطراب نفسي سابق أو حالياً.

أدوات البحث Tools:

أولاً: استمارة البيانات الديموغرافية:

تضم (الاسم، العمر، مكان السكن، اسم المدرسة، الصف الدراسي، الحالة الاجتماعية، الجنس....).

ثانياً: تحديد السمنة:

يتم عن طريق قياس الوزن باستخدام مقياس إلكتروني والطول باستخدام شريط القياس ثم حساب مؤشر كتلة الجسم (BMI) ووزن الجسم بالكيلوغرام مقسوماً على مربع الطول بالمتر. ويصنف وزن الجسم حسب مؤشر كتلة الجسم كما ورد عن منظمة الصحة العالمية:

أقل من 20	الوزن دون الطبيعي
بين 20-25	الوزن طبيعي
بين 25-30	الوزن زائد عن الطبيعي
بين 30-35	يعتبر الشخص بدين
بين 35-40	يعتبر الشخص بدين جداً
أكثر من 40	يعتبر الشخص مفرط البدانة

ثالثاً: مقياس السلوك العدواني:

تعريف المقياس:

أعد هذا المقياس أرنولد باص A. Buss ومارك بيرري M. Perry سنة (1992) وقام الباحثان "معتز سيد عبد الله و صالح أبو عباة سنة (1995) بترجمته إلى اللغة العربية ثم عرضه على مجموعة من المحكمين بهدف مراجعة الترجمة والتأكد من أن الصياغة العربية للبنود تنقل المعنى في إطار الثقافة العربية ويتكون المقياس من (29) عبارة تقريرية خصصت لقياس أربعة أبعاد افتراض معدا المقياس أنها تمثل مجال السلوك العدواني وهي: (العدوان البدني والعدوان اللفظي والغضب والعداوة)، وأضيف لبعد العدوان اللفظي بندا واحدا بحيث أصبح العدد الكلي لبنود المقياس في صورته العربية (30) بندا (28).

وتتم الإجابة على بنود المقياس باختيار إجابة واحدة من خمسة بدائل كما يلي:

- 5 نقاط إذا كانت الإجابة تنطبق تماما
- 4 نقاط إذا كانت الإجابة تنطبق غالبا
- 3 نقاط إذا كانت الإجابة تنطبق بدرجة متوسطة
- 2 نقاط إذا كانت الإجابة تنطبق نادرا
- 1 نقطة إذا كانت الإجابة لا تنطبق

طريقة تصحيح المقياس:

يتم من خلاله الحصول على درجة السلوك العدوانى ومن ذلك بجمع درجات المراهق لمختلف فقراته، تمثل بذلك أعلى درجة للمقياس ككل في 150 وأدنى درجة فيه، 30 وقد تم تحديد ثلاث مستويات للسلوك العدوانى للمراهقين وتكون على النحو التالى:

- الذين يحصلون على درجة تتراوح 30-56 تكون ضمن فئة ذوي السلوك العدوانى المنخفض.
- أما إذا كانت تتراوح ما بين 57-77 يكونون ضمن فئة ذوي السلوك العدوانى المتوسط.
- أما إذا كانت تتراوح ما بين 78-150 يكونون ضمن فئة ذوي السلوك العدوانى المرتفع.

ثانياً: طرائق البحث (Method):

الخطوات التي سيتم إتباعها في إنجاز هذه الدراسة هي:

١. سيتم الحصول على الموافقة من إدارة كلية التمريض ورئاسة جامعة تشرين على إجراء هذه الدراسة.
٢. سيتم الحصول على موافقة إدارة المدارس التعليمية لإجراء هذه الدراسة بعد توضيح الهدف من الدراسة.
٣. سيتم اختيار عينة الدراسة من المراهقين في المدارس والذين تنطبق عليهم مواصفات العينة الخاصة بالدراسة.
٤. سيتم الحصول على موافقة كل مراهق سيشارك بالدراسة بعد شرح الهدف من الدراسة والفائدة منها والتأكيد على المحافظة على السرية والخصوصية للمعلومات المقدمة والتأكيد على حقهم في رفض المشاركة في الدراسة والانسحاب منها.
٥. سيتم تطبيق دراسة استرشادية على عينة مكونة من 10% من المراهقين للتأكد من وضوح الأداة وإمكانية تطبيقها وسيتم إجراء التعديلات اللازمة عليها.
٦. سيتم قياس أوزان وأطوال المراهقين وحساب مؤشر كتلة الجسم لمعرفة مؤشر السمنة.
٧. سيطلب إلى جميع المراهقين المشاركين في الدراسة الرد على أدوات الدراسة، بعد ملء استمارة البيانات الديموغرافية، والإجابة على أسئلة مقياس السلوك العدواني، وسيتم ذلك بشكل فردي لكل مراهق وبحضور الباحثة والإجابة على استفسارات المراهقين.
٨. سيتم في نهاية الدراسة تفريغ البيانات التي تم جمعها من المراهقين وتحليلها احصائياً باستخدام الوسائل الإحصائية المناسبة.

النتائج

(Results)

سيتم ترميز البيانات المجموعة وتحليلها وجدولتها باستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة.

المناقشة

(Discussion)

سيتم مناقشة نتائج الدراسة بما ينسجم مع الهدف من الدراسة والدلالات الإحصائية المهمة ومقارنتها بنتائج الدراسات الأخرى.

الخلاصة والتوصيات

(Conclusion and recommendations)

سيتم عمل الخلاصة ووضع التوصيات الملائمة بناءً على مناقشة نتائج الدراسة.

المراجع

(References)

١. ستيفن ، هارد. (2009). مشكلات الطفولة وسيكولوجية المراهقة. مصر: دار السلام
٢. مصطفى، نسرین .(2017). علم النفس التطوري. سوريا: منشورات جامعة تشرين.
٣. منظمة الصحة العالمية.(٢٠١٦). السمنة وزيادة الوزن. نشر بتاريخ 4/21/2016، متاح على الرابط: [/ http://www.twasmedical.com/index.php/2016/04/21/sssss](http://www.twasmedical.com/index.php/2016/04/21/sssss)
4. Pattern and predictors of psychosocial disorders among overweight and obese children in Enugu Southeast Nigeria. (2018) Nigeria: S Afr J Child Health SAJCH Vol. 12 No. 1-7.
5. de Onis, M; Blossner, M; Borghi, E. (2010). Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. Am J Clin Nutr, 92, 1257-1264.
٦. منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ومنظمة الصحة العالمية، ومجموعة البنك الدولي. (2018). مستويات واتجاهات سوء تغذية الأطفال. النتائج الرئيسية لإصدار عام ٢٠١٨. منظمة الصحة العالمية، جنيف.
7. Ahmad, I; Ahmad, B; Ahmad, M. (2010). Childhood obesity. Indian J Endocrinol Metab, 14,19-25.
8. Akinlade, R; Afolabi, O; Oguntona, B; Agbonlahor, M. (2004). Prevalence of obesity among adolescents in senior secondary schools in Oyo state, Nigeria. J Nutrition Health Food Sci, 2(4), 1-5.
9. Colling, J. (2016). Obesity and Mental Health. Available at: <http://psychcentral.com/lib/obesityand-mental-health/000895>
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008). Preventing obesity and chronic diseases through good nutrition and physical activity. Centers for Disease Control and Prevention, Available at: <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/prevention/obesity.htm>
11. J. Michael Wieting, DO, Med Child-hood obesity in the United States: facts and figures. Institute of 11-Medicine Web site. September 2004. Accessed August 27, 2008. Available at: <http://www.iom.edu/Object.File/Master/22/606/FINALfactsandfigures2.pdf>.

12. Austin, B; Melly, J; Sanchez, N; Patel, A; Buka, S; Gortmaker, L.(2008). Clustering 12 of fast-food restaurants around schools: a novel application of spatial statistics to the study of food environments. *Am J Public Health*. 2005; 95:1575-1581.
13. J. Michael Wieting, DO, MEd Advertising, marketing and the media: improving messages. Fact sheet. Institute of Medicine Web site. 2004. Available at: <http://www.iom.edu/Object.File/Master/22/609/fact%20sheet%20-%20marketing%20finaBitticks.pdf>. Accessed August 27, 2008
14. Wieting, M. (2008). Cause and Effect in Childhood Obesity: Solutions for a National Epidemic. *JAOA* . Vol 108. No 10.545-552
15. Serdula, K; Ivery, D; Coates, J; Freedman, S; Williamson, F; Byers, T.(1993). Do obese children become obese adults? A review of literature. *Prev Med*, 22:167-177.
16. Canning. H; Mayer, J. (1967). Obesity: an influence on high school performance? *Am J Clin Nutr*, 20, 352–354
17. Canning, H; Mayer, J .(1967). Obesity—its possible effect on college acceptance. *N Engl J Med*, 20, 352–354
18. Freedman, S; Khan, K; Dietz, H; Srinivasan, R; Berenson, S. (2001). Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*;108:712–718
19. The Institute of Medicine Food Marketing to Children and Youth. (2005) Threat or Opportunity? Washington, DC: Institute of Medicine
20. Krebs, F; Jacobson, S. (2003). American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*.; 112, 424-430. Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/112/2/424>. Accessed September 30, 2008.
٢١. مختار، وفيق صفوت (2001). مشكلات الأطفال السلوكية، (ط2) ، مصر: دار القلم والثقافة
22. Sánchez, V; Munoz-Fernández, N; Vega-Gea, E. (2017). Peer sexual cyber victimization in adolescents: Development and validation of a scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 171-179
23. Banis, H; Varni, J; Wallander, J; Korsch, B; Jay, S; Adler, R; Temple, E; Negrete, V. (1998). Psychological and social adjustment of obese children and their families. *Child Care, Health and Development*, 14, 157-173.
24. Sawyer, G; Miller-Lewis, L; Guy, S; Wake, M; Canterford, L; Carlin, B. (2006). Is there a relationship between overweight and obesity and mental

health problems in 4- to 5-yearold Australian children? *Ambul Pediatr*, 6, 306-311

25. Datar, A; Sturm, R. (2004). Childhood overweight and parent- and teacher-reported behavior. 25-problems: evidence from a prospective study of kindergartners. *Arch Pediatr Adolesc Med*1, 58, 804-81.

26. Janssen, I; Craig, W; William, F. Boyce; William, A. (2005). Associations Between Overweight and Obesity With Bullying Behaviors in School-Aged Children *PEDIATRICS* Vol. 113 No.1187-1194.

27. Vila, G; Zipper, E; Dabbas, M; Bertrand, C; Jacques, J; Ricour, C; MourenSimeoni, C. (2004). Mental disorders in obese children and adolescents *Psychosomatic Medicine*, 66, 387-394

٢٨. رحمانى، جمال؛ معمري، عبد الوهاب. (2015). التوافق النفسي وعلاقته بالسلوك العدوانى لدى تلاميذ السنة الأولى ثانوي. قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة البويرة: الجزائر