جامعة البحرين

كلية الآداب

قسم علم النفس

الإهمال الوالدِيّ والحِمَايَة الزائِدَة وأثرهما في سِمْنَة الأَطْفَال في مَمْلَكَة البَحْرَين

أطروحة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في
علم النفس الإرشادي

إعـداد

محمد حسن عبد الله سند

١٩٩٦١٣٢٥

إشـــراف

د. محمد حسن المطوع
الاستاذ المشارك بقسم علم النفس
كلية الآداب

مملكة البحرين
مايو/٢٠١٦

جامعة البحرين

كلية الآداب

قسم علم النفس

الإهْمال الوالِدِيّ والحِمَايَة الزائِدَة وأثرهما في سِمْنَة الأَطْفال في مَمْلَكَة البَحْرَين

أطروحة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في
علم النفس الإرشادي

إعـداد

محمد حسن عبد الله سند

١٩٩٦١٣٢٥

إشـــراف

د. محمد حسن المطوع
الاستاذ المشارك بقسم علم النفس
كلية الآداب

مملكة البحرين
مايو/٢٠١٦

فهرس المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
الإهداء	أ
شكر وتقدير	ب
فهرس المحتويات	ج
فهرس الجداول	و
فهرس الأشكال	ح
فهرس الملاحق	ط
الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها	١
مقدمة	٢
مشكلة الدراسة	٤
أسئلة الدراسة	٥
أهداف الدراسة	٥
أهمية الدراسة	٦
مصطلحات الدراسة	٧
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	٩
أولاً: السمنة	١٠
مؤشر كتلة الجسم لقياس السمنة (BMI)	١١
السمنة: المسببات والآثار	١٤
سمنة الأطفال	١٦

الآثار النفسية المترتبة عن السمنة وزيادة الوزن	١٧
السمنة حالة صحية خطيرة	١٨
واقع السمنة وزيادة الوزن في مملكة البحرين	١٩
ثانياً: الإهمال الوالدي	٢١
أنواع الإهمال الوالدي	٢٣
إهمال الوالدين وسمنة الأطفال	٢٤
ثالثاً: الحماية الزائدة	٢٥
الأسباب التي تدفع الوالدين في الإفراط في حماية أبنائهم	٢٦
الآثار السلبية لأسلوب الحماية الزائدة على الأطفال	٢٦
حماية الوالدين الزائدة وسمنة الأطفال	٢٧
رابعاً: مرحلة الطفولة	٢٨
الطفولة الوسطى والمتأخرة من سن (٦-١١، ١٢) سنة	٢٩
الدراسات السابقة	٣٠
التعليق على الدراسات السابقة	٣٥
الفصل الثالث: المنهج والإجراءات	٣٩
منهج الدراسة	٤٠
مجتمع الدراسة	٤٠
عينة الدراسة	٤٠
أدوات الدراسة	٤٤
الأساليب الإحصائية المستخدمة	٤٧

حدود الدراسة	٤٨
الفصل الرابع: نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات	٤٩
أولاً: النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة	٥٠
عرض نتيجة السؤال الأول	٥٠
عرض نتيجة السؤال الثاني	٦١
عرض نتيجة السؤال الثالث	٦٢
عرض نتيجة السؤال الرابع	٦٣
عرض نتيجة السؤال الخامس	٦٥
مناقشة النتائج	٦٧
توصيات الدراسة	٧٧
الدراسات المستقبلية	٧٧
قائمة المراجع	٧٩
المراجع العربية	٨٠
المراجع الأجنبية	٨٣

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
١	معايير مؤشر كتلة الجسم الدولية التي تشير إلى زيادة الوزن والبدانة لدى الأطفال الذكور والإناث من سنتين إلى ست سنوات.	١٢
٢	وصف لمتغيرات عينة الدراسة بحسب التكرارات والنسب المئوية.	٤١
٣	الاتساق الداخلي للدرجة الكلية لبنود المقياس.	٤٥
٤	حساب معامل الثبات لمقياس أثر الإهمال الوالدي والحماية الزائدة.	٤٦
٥	استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود متغير الإهمال الوالدي وأثره في سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين.	٥١
٦	استجابة أفراد عينة الدراسة على بنود متغير الحماية الزائدة وأثرها على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين.	٥٦
٧	مصفوفة معامل الارتباط للتعرف على العلاقة بين كل من إهمال الوالدين والحماية الزائدة على سمنة الأطفال في مملكة البحرين.	٦١
٨	نتائج اختبار (ت) T-Test لمعرفة الاختلافات بين أفراد مجموعة الدراسة حسب متغير جنس الوالدين والإهمال الوالدي وأثره على سمنة الأطفال.	٦٢
٩	نتائج اختبار (ت) T-Test لمعرفة الاختلافات بين أفراد مجموعة الدراسة حسب متغير الجنس حول الحماية الزائدة من قبل الوالدين وأثره على سمنة الأطفال.	٦٣
١٠	نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق في استجابة أفراد العينة طبقاً لمتغير المؤهل الأكاديمي لأولياء الأمور.	٦٤
١١	نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق في استجابة أفراد العينة طبقاً لمتغير المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور.	٦٥

١٢	نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق في استجابة أفراد عينة الدراسة طبقاً لمتغير المؤهل الأكاديمي لأولياء الأمور	٦٦
١٣	نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق في استجابة أفراد العينة طبقاً لمتغير المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور	٦٧

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
١	حساب مؤشر كتلة الجسم	١١
٢	رسم توضيحي لتوزيع الأجسام بحسب كتلة الجسم	١٢
٣	رسم بياني لمؤشر كتلة الجسم للأولاد من عمر (٢-٢٠) سنة	١٣
٤	رسم بياني لمؤشر كتلة الجسم للبنات من عمر (٢-٢٠) سنة	١٤

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾

(سورة التوبة ١٠٥)

إلى كل من له الفضل بعد الله في إنجاز هذه الدراسة وأخص والديّ الكريمين اللذين لم يبخلا عليّ بالدعاء، وكذلك زوجتي الغالية التي وقفت بجانبي فلها الشكر والتقدير، وإلى ابنتيّ اللتان صبرتا على انشغالي عنهما طيلة مدة البحث.

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الخلق والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين، وبعد شكر الله وحمده أتقدم بالشكر الجزيل إلى الدكتور الفاضل محمد حسن المطوع، الأستاذ المشارك بقسم علم النفس بجامعة البحرين، على توجيهاته القيمة وبذله الوقت والجهد لمساندتي، لذا فالشكر له على ملاحظاته وإرشاداته القيمة التي أسهمت في إنجاز هذه الدراسة.

كما يسعدني أن أتقدم بالشكر والتقدير لأعضاء هيئة التدريس في قسم علم النفس بجامعة البحرين على إخلاصهم وحرصهم في العمل من أجل تقديم الفائدة لطلبة الماجستير، فلهم مني بالغ الامتنان والتقدير.

فهرس الملاحق

الرقم	الملحق
١	استمارة المقاييس الجسمانية
٢	استمارة البيانات الأولية "الديموغرافية" للوالدين
٣	أداة الدراسة
٤	موافقة وزارة التربية والتعليم بمملكة البحرين على إجراء الدراسة في مدارسها
٥	تقرير المراجعة والتدقيق اللغوي

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميته

مقدمة

مشكلة الدراسة

أسئلة الدراسة

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

مقدمة:

تُعد السمنة من أكثر الأمراض انتشاراً وتأثيراً على الصحة العامة للأفراد والمجتمعات، وهي أكثر مشكلات التغذية شيوعاً، كما أنها من أصعب المشكلات الصحية وقاية وعلاجاً، وقد ينظر الكثير إليها على أنها أمر بسيط، وقد ينظر البعض إليها على أنها مجرد منظر غير مقبول أو تشويه لجمال أجسادنا، وقد يفطن القليل إلى خطورتها، ومع ذلك يقفو مكتوفي الأيدي غير قادرين على إيقافها (الركبان، ٢٠٠٩)، لذا يجب على المجتمع أن يعي حقيقة البدانة المفرطة على أنها حالة من حالات سوء التغذية التي لا بد من علاجها، كما أن الحقيقة أن الإفراط في الطعام والشراهة غير مرغوب فيها، وصدق رسول الله ﷺ: "ما ملأ آدمي وعاءً شراً من بطن".

أصبحت السمنة وباءً خطيراً في المجتمعات العربية وقد انتشر هذا الوباء في جميع الفئات العمرية بعد أن كان محصوراً بين البالغين، وللوقاية من السمنة ومكافحتها لا بد من التعرف على العوامل المختلفة المؤدية إلى الإصابة بها، وتكاد تتشابك وتتعدد العوامل المؤثرة في السمنة بشكل كبير بحيث يكون من الصعب الحكم أن التغذية فقط أو النشاط البدني لوحده مسئول عن هذا المرض، فهناك عوامل ثقافية واجتماعية ونفسية وبيولوجية تلعب دوراً في حدوث السمنة، وقد تبدأ السمنة في الجنين ثم تختفي لترجع في الزيادة بعد السنة الخامسة من العمر أو خلال فترة المراهقة وهناك فئات أكثر عرضة للسمنة من غيرها وقد يكون ذلك لأسباب وراثية أو بيولوجية، كما أن للدعم الأسري له دور مهم في انتشار السمنة فالتعامل الخاطئ مع الأطفال قد يولد عندهم رغبة في تناول الطعام بكميات أكبر (باجابر، ٢٠١٤؛ مصيقر،٢٠٠٣).

تعتبر سمنة الأطفال من المشاكل الصحية الخطيرة، كونها تتفاقم بشكل سريع لدرجة أصبحت السيطرة عليها صعبة، وتحتاج بذل جهود كبيرة على مستويات عدة تبدأ من الأهل مروراً بالمدرسة وانتهاء بمشروع وطني للتغذية (أبو حامد، ٢٠٠٩)، يمارس الأطفال في هذه الأيام مستويات من النشاط الجسدي شديدة التدني مقارنة بالماضي مثل مشاهدة التلفاز أو ممارسة ألعاب الفيديو، كما أن تفضيلهم للأنشطة التي لا تتطلب جهداً بدنياً على الأنشطة التي تتطلب بذل جهد جسدي، كالرياضة مثلاً، يعرضهم إلى مخاطر الإصابة بالعديد من المشكلات

الصحية الخطيرة (Akabas, Lederman & Moore, 2013)، بالإضافة إلى ذلك فإن تعليم الوالدين، عمل الأمهات، ترتيب الطفل في الأسرة، ونوع التغذية عوامل قد تؤثر على زيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال (Al Alawi, Abdulatif, Al Dhubaib, Mohammed & Al Ansari, 2013).

تُعد التغذية السليمة احدى الركائز المهمة في التنمية الصحية والعقلية للأطفال فعندما يولد الطفل يكون أول ارتباط بالبيئة المحيطة به هو الغذاء وكلما كانت تغذية الطفل جيدة كان النمو العقلي والجسدي جيدا، وتُعتبر مشكلة غذاء الطفل من أهم المشكلات التي تواجه الوالدين في تربية أطفالهما، ولا شك في أن التعرف على أسباب مشكلة الغذاء لدى الأطفال، وطرائق التعامل معها قد يسهم في تنوير الآباء، ومن لهم صلة وثيقة بالأطفال بكيفية مواجهتهم لها بأساليب سليمة وحكيمة، بالإضافة إلى منع ظهور مشكلات أخرى قد تنجم عنها في المستقبل، من المعلوم أن للتغذية السليمة أثراً على صحة الطفل النفسية، وتوافقه النفسي وسلوكه السوي، وتعتبر عملية تغذية الطفل من العمليات الحيوية الهامة في مرحلة الطفولة، التي يعتبرها الكثير من علماء النفس مرحلة التكوين النفسي السليم للطفل (الجرواني والمشرفي، ٢٠١٤؛ مصيقر، ١٩٩٠).

يلعب الوالدان دوراً مهماً في تحديد الأطعمة الأفضل للأطفال مثل كمية الطعام الذي يتناولونه، إذ يبذل الوالدان جُهداً كبيراً في اختيار أنواع الأطعمة التي يتناولها أبناءهم والتي قد تُؤثر على زيادة وزن الطفل، فالأمهات على وجه الخصوص يُظهرن اهتماماً بالغاً في نظام أبنائهن الغذائي. كما يؤدي إهمال تغذية الأطفال إلى مشاكل صحية عديدة كالإصابة بالسمنة والبدانة في مرحلة الطفولة (Varness, Allen, Carrel & Fost ,2008; Scaglioni, Salvioni & Galimberti, 2008).

وعلى حد علم الباحث بعد الاطلاع على الدراسات على الصعيد العربي عدم وجود دراسات تبحث في متغيري الإهمال الوالدي والحماية الزائدة وعلاقتهما في الإصابة بسمنة الأطفال، مما ترتب على ذلك عدم المعرفة الكافية بأثر هذين المتغيرين في سمنة الأطفال، إن قلة الدراسات في هذا الشأن قد يؤدي إلى استمرار عدم الإلمام الكافي بهما، وبالتالي استمرار الوالدين في استخدام أساليب دعم خاطئة تزيد من مخاطر تعرض الأطفال إلى السمنة، ويسعى الباحث من خلال الدراسة الحالية إلى دراسة أثر هذين المتغيرين (الإهمال الوالدي والحماية الزائدة)، في سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين.

مشكلة الدراسة:

تقع على عاتق أولياء أمور الأطفال، سواء كانوا الوالدين المباشرين لهم، أو من يرعاهم من العائلة أو خارجها، مسؤولية الحفاظ على هؤلاء الأطفال، واتخاذ كافة الإجراءات والتدابير السليمة، بهدف حمايتهم من الأخطار وما يواجههم من مشاكل في هذا العالم، وتشمل هذه المسؤولية: رعايتهم جسدياً، نفسياً، أخلاقياً، وصحياً، وغير ذلك من أشكال الرعاية المطلوبة، بما يضمن تنشئتهم ونموهم على أحسن حال ممكن (يحيى، ٢٠٠٦).

من الممكن أن يكون لأساليب الدعم الأسري دور مهم في تشكيل حياة الأطفال المستقبلية في العديد من المجالات الحياتية ومن ضمن هذه المجالات تأثيرها على سمنة الأطفال، إذ يتحمل الوالدان جزء من المسؤولية فيما يتعلق بعادات أطفالهم الغذائية، حيث يستخدم الوالدان مجموعة كبيرة من السلوكيات في تغذية أطفالهم بما في ذلك المراقبة والإجبار على تناول الطعام وفرض القيود، هذه القيود التي تفرض على طعام الأطفال كان لها دور كبير في اكتساب الوزن، علاوة على ذلك فقد لوحظ أن هناك أدلة قوية على وجود علاقة سببية بين حماية الوالدين وزيادة الوزن في مرحلة الطفولة، وبالتالي فإن الوالدين قد يسهمون عن غير قصد في زيادة أوزان أبناءهم وذلك عن طريق استخدام سلوكيات غير مناسبة في تغذية الأطفال، ومن هنا فإن الوالدين اللذين يظهرون اهتماماً أكثر بوزن أطفالهم يحتاجون إلى التوجيه والدعم من أجل تقديم سلوكيات غذائية أكثر ملائمة لأبنائهم (Heird, 2002).

إن الأطفال المُهملين هم أكثر عرضة لخطر الإصابة بالسمنة وزيادة الوزن مقارنة بالأطفال الآخرين (Bennet, Sullivan, Thompson & Lewis, 2010) لذا فإن من الضروري على الوالدين أن يكونوا على وعي ودراية بالدور المنوط منهم القيام به في وقاية أبنائهم من السمنة وزيادة الوزن، وأن هذا الدور يجب أن يكون قابلاً للتغيير خلال المراحل الحرجة التي يمر بها الأطفال أثناء عملية نموهم منذ الولادة وحتى سن الرشد (Lindsay, Sussner, Juhee & Gortmake, 2010).

وعليه فإن الدراسة الحالية تبحث في تأثير كل من أسلوبي الإهمال الوالدي والحماية الزائدة باعتبارهما أحد أساليب سوء المعاملة الوالدية، ودورهما في إصابة الأطفال بالسمنة وزيادة الوزن لدى الفئة العمرية من (٦ إلى ١٢ سنة) في مملكة البحرين والبحث في كيف يمكن أن يكون لهذين المتغيرين المتناقضين من حيث الشكل والمضمون أن يؤديان إلى النتيجة ذاتها.

أسئلة الدراسة:

تناولت الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات التالية:

١. ما مدى شيوع الإهمال الوالدي والحماية الزائدة بين أفراد عينة الدراسة وأثره في سمنة الأطفال في مملكة البحرين؟

٢. هل هناك علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين كل من الإهمال الوالدي والحماية الزائدة على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟

٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة بحسب متغير جنس الوالدين اتجاه مستوى إهمال الأبناء والحماية الزائدة وانعكاسه على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟

٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة بحسب المؤهل الأكاديمي والمستوى الاقتصادي للوالدين اتجاه إهمال الأبناء وانعكاسه على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟

٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة بحسب المؤهل الأكاديمي والمستوى الاقتصادي للوالدين اتجاه حماية الوالدين الزائدة وانعكاسها على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الآتي:

١. التعرف على مدى شيوع الإهمال الوالدي والحماية الزائدة بين أفراد عينة الدراسة، وأثره على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين.

٢. التعرف على أثر كل من الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين.

٣. الكشف عن الفروق في الإهمال الوالدي والحماية الزائدة بين أفراد عينة الدراسة اتجاه سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين تبعاً لمتغير جنس الوالدين.

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى شيوع الإهمال الوالدي والحماية الزائدة بين أفراد عينة الدراسة وأثره على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين، والتعرف على أثر كل من الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين، وكذلك الكشف عن الفروق في سمنة الأطفال بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات: جنس الوالدين، المستوى التعليمي للوالدين، والمستوى الاقتصادي للوالدين. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي (التحليلي المقارن)، وتكونت عينة الدراسة من (٩٥) من أولياء أمور الطلبة بالمرحلة الابتدائية في مملكة البحرين بواقع (٤٧) ذكور و(٤٨) إناث، يعاني أبنائهم من السمنة بناءً على المقاييس الجسمانية ووفق مؤشر كتلة الجسم (BMI). واستخدمت الدراسة الحالية مقياس الإهمال الوالدي والحماية الزائدة، واستمارة القياسات الجسمانية للأطفال والتي اشتملت على كل من الطول والوزن والعمر. وبعد استخدام الأساليب الإحصائية (المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، واختبار T-test، واختبار تحليل التبيان الأحادي ANOVA، ومعامل ارتباط بيرسون)، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية، يشيع الإهمال الوالدي والحماية الزائدة بين أفراد عينة الدراسة بمتوسط عام بلغ (١,٨٨)، (١,٨٩) على التوالي، أما بالنسبة لأثر كل من الإهمال الوالدي والحماية الزائدة فقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين كل من الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين (٠,٢٦٨)، (٠,٢٨٥) على التوالي، عند مستوى دلالة (٠,٠١)، أما بالنسبة إلى الفروق بين أفراد العينة وفقاً إلى المتغيرات الديموغرافية فقد جاءت على النحو التالي: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بحسب متغير جنس الوالدين تجاه مستوى الإهمال الوالدي والحماية الزائدة وانعكاسهما على سمنة الأطفال. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة بحسب المؤهل الأكاديمي والمستوى الاقتصادي للوالدين اتجاه إهمال الأبناء وحمايتهم بصورة زائدة وانعكاسه على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين. وتوصي الدراسة الحالية على ضرورة تثقيف أولياء الأمور بدور كل من الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في التسبب في سمنة الأطفال وزيادة أوزانهم، مع التأكيد على الدور الوقائي الفعّال في إدارة السمنة والبدانة في مرحلة الطفولة من قبل الوالدين والمربين من شأنه الوقاية منها في مرحلة البلوغ.

نموذج رقم (2)

صفحة الاعتماد من قبل لجنة التحكيم

جامعة البحرين

قسم علم النفس

برنامج ماجستير في علم النفس الارشادي

ناقش الطالب محمد حسن عبد الله سند الرقم الجامعي 19961325 الأطروحة التي استكمل بها متطلبات الحصول على درجة الماجستير في برنامج الماجستير في علم النفس الارشادي وعنوان الأطروحة: الاهمال الوالدي والحماية الزائدة وأثرهما على سمنة الأطفال في مملكة البحرين.

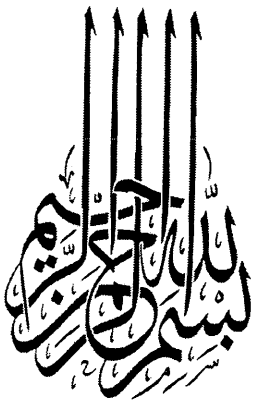
وذلك يوم الخميس الموافق 2016/5/5

وتوصي اللجنة بمنحه درجة الماجستير بتقدير : ....A....

جامعة البحرين
كلية الآداب
قسم علم النفس
Dept. Of Psychology
College of Arts
UNIVERSITY OF BAHRAIN

(لجنة المناقشة)

الاسم		التوقيع
د. محمد حسن المطوّع	مشرفا	
أ. د. محمد مقداد	ممتحن داخليا	
أ. د. اشرف شربيت	ممتحن خارجياً	


بسم الله الرحمن الرحيم

٤. الكشف عن الفروق في الإهمال الوالدي والحماية الزائدة بين أفراد عينة الدراسة اتجاه سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين بحسب متغير المؤهل الأكاديمي والمستوى الاقتصادي لأولياء الأمور.

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية هذه الدراسة بأنها تهتم بمرحلة الطفولة وهي أولى المراحل في حياة الإنسان، والتي على ضوئها يحدد حاضره ومستقبله، فلهذا أصبح لزاماً علينا أن نحمي أطفالنا وأن نوفر لهم ما يلزم من أجل أن نؤهلهم لحياتهم المقبلة.

الأهمية النظرية:

- المساهمة المتواضعة في توسيع المعرفة العلمية وكشف العلاقة بين دور الدعم الأسري فيما يتعلق بأسلوبي (الإهمال الوالدي والحماية الزائدة) في التسبب في سمنة الأطفال.
- ندرة الدراسات العربية والمحلية -حسب علم الباحث -المتعلقة بدور أساليب الدعم الأسري في إصابة الأبناء بالسمنة بشكل عام وأسلوبي الإهمال الوالدي والحماية الزائدة للأبناء بشكل خاص.
- حساسية وأهمية فترة الطفولة من (٦-١٢ سنوات)، كونها المرحلة التي تبنى عليها شخصية الشباب في المستقبل، الأمر الذي يتطلب الاهتمام بها بوجه خاص وإعطاءها الأهمية والعناية التي تستحقها.
- التداعيات الخطيرة التي تسببها السمنة على الصحة وبالأخص على صحة الأطفال، حيث بينت الدراسات الطبية وجود علاقة بين سمنة الطفولة وزيادة احتمال الوفاة المبكرة واحتمال الإصابة بحالات العجز في مرحلة الكهولة وذلك وفقاً لمنظمة الصحة العالمية.

الأهمية التطبيقية:

- لفت انتباه الجهات المعنية وذات الاختصاص والممارسين إلى مشكلة السمنة ودور الوالدين فيها.
- الرغبة في أن تكون النتائج المحصلة من هذه الدراسة ذات فائدة تطبيقية للآباء والمربين في توجيههم نحو الطرق والأساليب الصحيحة في المحافظة على صحة أبنائهم ووقايتهم من الإصابة بالسمنة عن طريق بناء البرامج الإرشادية والوقائية والعلاجية.

- في ضوء ما ستسفر عنه هذه الدراسة من نتائج قد تفتح الباب أمام الباحثين لدراسة متغيرات أخرى ذات علاقة بموضوع الدراسة.

مصطلحات الدراسة:

ورد في هذه الدراسة عدد من المصطلحات، وفيما يلي تعريفها:

السمنة Obesity.

تعرف منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO,2014) "فرط الوزن" على انه الحالة التي يبلغ فيها منسب الجسم (٢٥) أو يتجاوز تلك النسبة، وتعرف "السمنة" على أنها الحالة التي يبلغ فيها ذلك المنسب (٣٠) أو يتجاوز تلك النسبة.

مؤشر كتلة الجسم Body Mass Index (BMI) .

يُعرف هذا المقياس على أنه النسبة بين وزن الإنسان بوحدة الكيلوجرام مقسومة على مربع طوله بوحدة المتر. ويستخدم هذا المقياس لتقييم مدى ابتعاد وزن الإنسان عن الوضع الطبيعي أو المرغوب به نسبةً إلى الوزن. ويختلف هذا المقياس عند الأطفال إذ أنه يُقاس بالطريقة ذاتها إلا أنه يقارن لاحقاً بالقيم النموذجية للأطفال في الفئة العمرية ذاتها، ويمكن قياس مؤشر كتلة الجسم من خلال المعادلة التالية: **BMI = الوزن (كغم) / (الطول)²م** (WHO, 2014).

الطفل The Child.

تُعرف منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسف United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF) الطفل كما جاء في اتفاقية حقوق الطفل بأنه: كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه (UNICEF, 2014).

ويُعرف الباحث مرحلة الطفولة في الدراسة الحالية بأنها المرحلة العمرية الممتدة من عمر (٦ –١٢) سنوات، أي أنها تشمل أطفال المرحلة الابتدائية.

إهمال الطفل Children Neglect.

تعرف المنظومة الوطنية لإساءة معاملة وإهمال الطفل The National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS) الإهمال بأنه أحد أنواع سوء المعاملة الناتج عن فشل القائمين على عملية الرعاية في توفير الاحتياجات اللازمة الملائمة للمرحلة العمرية للطفل على الرغم من قدرتهم المالية (NCANDS, 2014)، كما يعرف الشربيني الإهمال بأنه أحد مظاهر سوء الممارسة الطبية، وإهمال الطفل يستخدم للتعبير عن مصطلح انتهاك الأطفال "Child abuse" (٢٠٠٣).

الحماية الزائدة Overprotective.

هو اتجاه الأب أو الأم في المعاملة الوالدية الذي يتراوح بين حرص الأب أو الأم بين فرض الرأي على الطفل أو الناشئ دون إتاحة الفرصة له لتحقيق رغباته الخاصة من جهة، واحترام حرية الطفل أو الناشئ في التصرف بطريقته الخاصة في شؤونه الشخصية والمدرسية والاجتماعية من جهة أخرى (عابدين، ٢٠١٠).

وهو محاولة الوالدين في تهيئة كل فرص النجاح لأطفالهم، لذا فإنهم يسعون إلى حمايتهم من حقائق الحياة القاسية، وضمان سعادتهم، ونتيجة لسعي الوالدين لتحقيق هذه الأهداف فقد يؤدي ذلك إلى زيادة مستويات الخوف بين الأطفال وأولياء أمورهم (Evely, & Ganim, 2011).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري

السمنة

الإهمال الوالدي

الحماية الزائدة

مرحلة الطفولة

الدراسات السابقة

عرض الدراسات السابقة

التعليق على الدراسات السابقة

الفصل الثاني

سيتم من خلال هذا الفصل عرض لمفهوم السمنة ومسبباتها وآثارها الجسمية والنفسية وسمنة الأطفال وحجم السمنة في العالم والوطن العربي بوجه عام وفي مملكة البحرين بوجه خاص، بالإضافة إلى عرض ما يرتبط بمتغيري الإهمال الوالدي والحماية الزائدة من حيث المفهوم وأنواعهما وأسبابهما وآثارهما على الأطفال، مع عرض لمرحلة الطفولة المتوسطة، كما يتضمن هذا الفصل استعراض للدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة.

أولاً: الإطار النظري

نستعرض في الإطار النظري ما سبق وتم إجماله عند الحديث عن مفاهيم الدراسة وذلك على النحو التالي:

أولاً: السِمْنَة

تُعرف مُنَظَّمَة الصحة العالمية السمنة بأنها تَرَاكُم غير طبيعي أو مفرط للدهون الأمر الذي يشكل خطراً على الصحة (WHO,2014). وتُعرف السمنة كذلك بأنها زيادة وزن الجسم عن معدلاته المعتادة، والوزن المثالي هو المناسب للطول ويتم حسابه بالكيلوجرام بطرح (١٠٠) من الطول بالسنتيمترات (الشربيني، ٢٠٠٣).

حالياً تعتبر البدانة مرضاً لما تسببه مِن خطر على صحة المريض، فبالإضافة إلى المشاكل الميكانيكية الناجمة عن زيادة الوزن مثل أمراض المفاصل والعمود الفقري، تؤهب البدانة لظهور العديد من الأمراض مثل أمراض القلب والأوعية والسرطان والداء السكري وارتفاع ضغط الدم الشرياني وتوقف التنفس الليلي، كما أن لها انعكاساً سلبياً على الحالة النفسية للمريض مؤدية لحدوث الإكْتِئاب وسوء تقدير الشخص لذاته، بالإضافة إلى تأثيرها السلبي على الحياة الاجتماعية للشخص بما يتعرض له من تمييز وعزلة (أبو حامد، ٢٠٠٩).

تشير آخر إحصائيات مُنَظَّمَة الصحة العالمية فيما يتعلق بالسمنة على الصعيد العالمي إلى أن نحو (١,٥) مليار من البالغين "٢٠ عاماً فما فوق" يُعانون من فرط الوزن، وأكثر من (٢٠٠) مليون من الرجال وتقريباً (٣٠٠) مليون من النساء يعانون من السمنة. كما تُبين إحصائيات المنظمة كذلك إلى أن نحو (٢,٣) مليار من البالغين سيعانون من فرط الوزن وأن أكثر من (٧٠٠) مليون سيعانون من السمنة بحلول عام ٢٠١٥م. وتقريباً (٤٣) مليون من الأطفال دون سن الخامسة كانوا يعانون من فرط الوزن في عام ٢٠١٠م، يمر الإنسان بمراحل

حرجة في حياته يكون احتمال إصابته بالسمنة أكبر، وأول هذه المراحل فترة الحمل عند المرأة، حيث وجد أن تغذية الأم الحامل لها دور كبير في تطور حجم الجنين وشكله، وأن هناك علاقة قوية بين نمط الجنين وخطورة تراكم الدهون في منطقة البطن، ويزداد تراكم الدهون مع بداية السن قبل المدرسة (٥-٧ سنوات)، وتعتبر فترة المراهقة عند الجنسين من أحرج الفترات التي يحدث فيها تراكم كبير للدهون في الجسم، لذا فإن برامج الوقاية يجب أن تركز على ما قبل مرحلة المراهقة (WHO,2014).

مُؤَشِّر كُتْلَة الجِسْم لقياس السِمْنَة (BMI)

يمكن وصف مؤشر كتلة الجسم بأنه معامل يعكس في الواقع تناسب وزن الجسم مع مربع الطول، ويمكن حسابه من خلال قسمة كتلة الجسم (وزنه) بالكيلوجرام على مربع الطول (بالمتر)، ويسمى مؤشر كتلة الجسم أحياناً بمؤشر كويتليت (Quetlete`s Index) نسبة إلى عالم الرياضيات البلجيكي أدولف كويتليت (Adolphe Quetelet; 1796-1874)، ولا يعد مؤشر كتلة الجسم في الواقع مقياساً للتكوين الجسمي "أي الكتلة الشحمية والكتلة غير الشحمية"، لكنه مقياس غير مباشر للاستدلال على زيادة الوزن والبدانة، وهو سهل الاستخدام ولا يتطلب سوى قياس كل من الطول والوزن، ومن ثم حساب المؤشر بمعادلة حسابية سهلة كما يوضحها الشكل التالي:

BMI

مؤشر كتلة الجسم (كجم/م٢) =الوزن (كجم) / مربع الطول (متر)

شكل رقم (١)

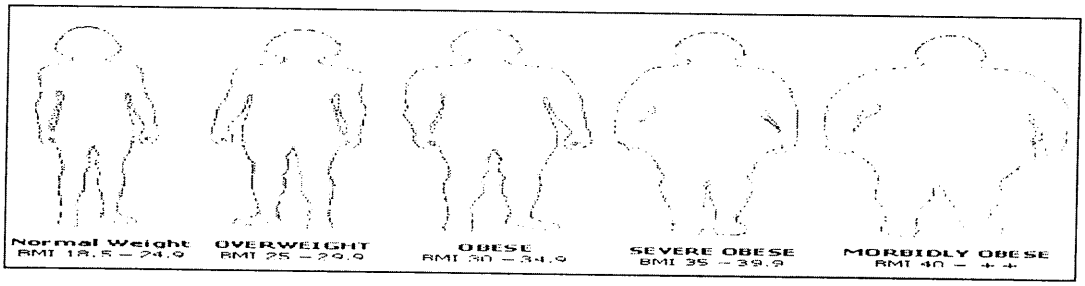
حساب مؤشر كتلة الجسم

ومؤشر كتلة الجسم يعد شائع الاستخدام في الدراسات السكانية (الميدانية) كمؤشر للبدانة نظراً لسهولة حسابه من خلال مقياس الوزن والطول فقط (الهزاع، ٢٠١٠)، وتختلف طريقة تحديد البدانة بحسب العمر. حيث تعرّف البدانة لدى الأطفال والمراهقين دون (١٨) سنة بأنها وقوع مؤشر كتلة الجسم في مستوى يزيد على (٩٥%) من منحنى النمو، بينما تعرف زيادة الوزن بأنها وقوع مؤشر كتلة الجسم في مستوى يتراوح بين (٨٥%) و(٩٥%) من منحى النمو، أما عند البالغين فتعّرف زيادة الوزن بأنها وقوع مؤشر كتلة الجسم في مقدار يزيد عن (٢٤,٩%)،

وتعرف البدانة بأنها زيادة مؤشر كتلة الجسم على (٢٩,٩%) من المقدار المثالي (الركبان، ٢٠٠٩). ويوضح الشكل رقم (٢) توزيع الأجسام بحسب مؤشر كتلة الجسم.

شكل رقم (٢)

توزيع الأجسام بحسب مؤشر كتلة الجسم (في: الركبان، ٢٠٠٩).

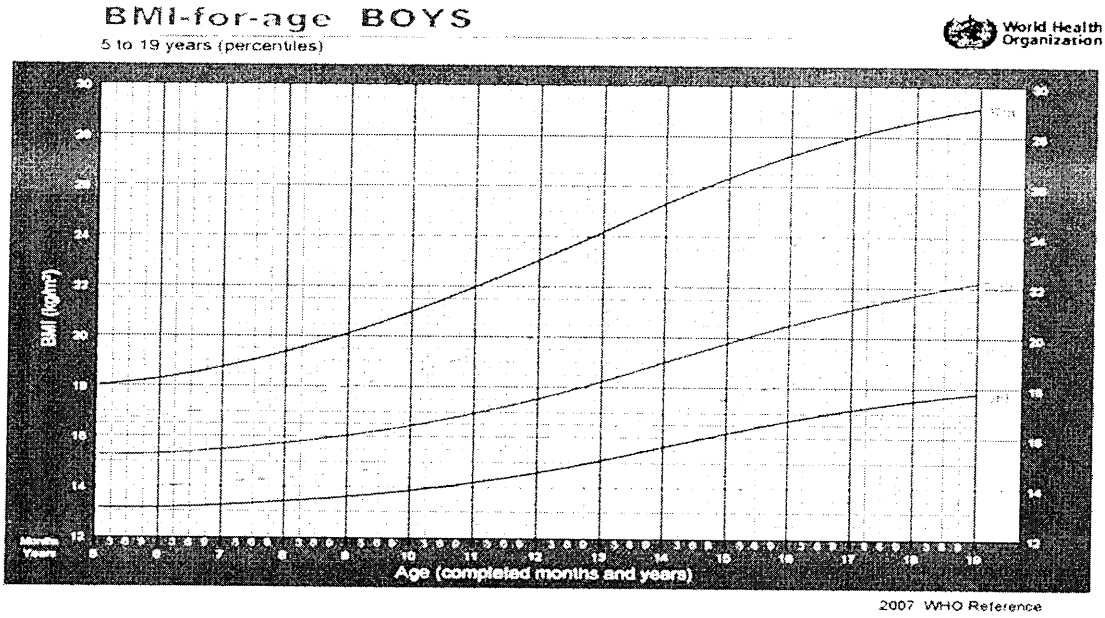


جدول رقم (١)

معايير مؤشر كتلة الجسم الدولية التي تشير إلى زيادة الوزن والبدانة لدى الأطفال الذكور والإناث من سنتين إلى ست سنوات (في: Cole et al, 2000)

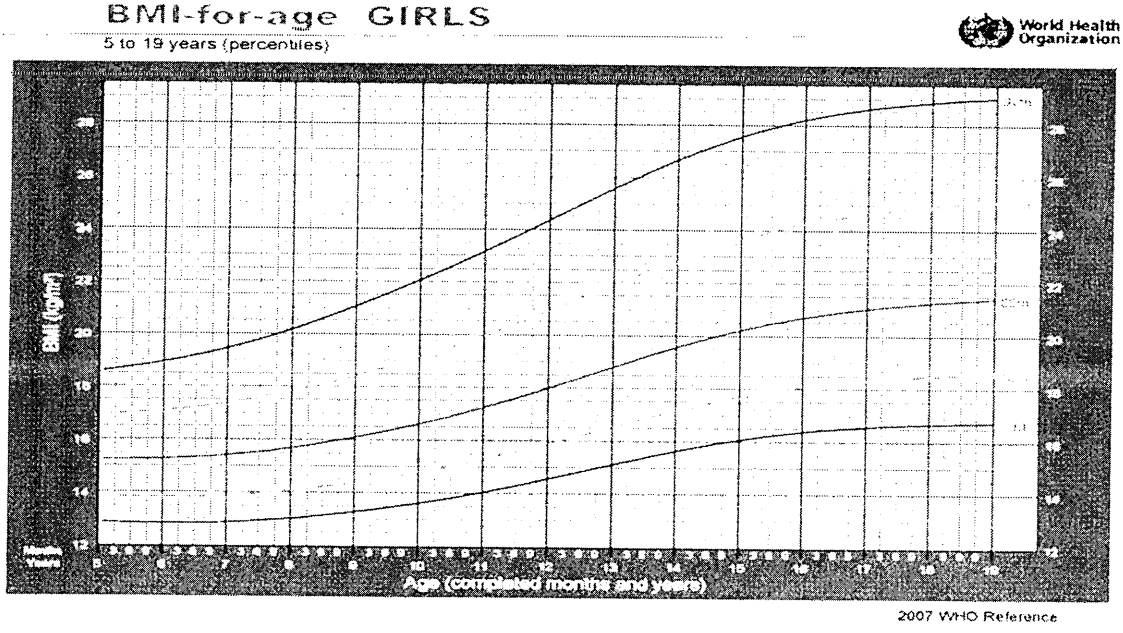
العمر (سنة)	زيادة الوزن		البدانة	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
سنتين	١٨,٤١	١٨,٢٠	٢٠,٠٩	١٩,٨١
سنتين ونصف	١٨,١٣	١٧,٧٦	١٩,٨٠	١٩,٥٥
ثلاث سنوات	١٧,٨٩	١٧،٥٦	١٩,٥٧	١٩,٣٦
ثلاث سنوات ونصف	١٧,٦٩	١٧,٤٠	١٩,٣٩	١٩,٢٣
أربع سنوات	١٧,٥٥	١٧,٢٨	١٩,٢٩	١٩,١٥
أربع سنوات ونصف	١٧,٤٧	١٧,١٩	١٩,٢٦	١٩,١٢
خمس سنوات	١٧,٤٢	١٧,١٥	١٩,٣٠	١٩,١٧
خمس سنوات ونصف	١٧,٤٥	١٧,٢٠	١٩,٤٧	١٩,٣٤
ست سنوات	١٧,٥٥	١٧,٣٤	١٩,٧٨	١٩,٦٥

ويستخدم الشكلان التاليان لتحديد مؤشر كتلة الجسم للعمر للأولاد والبنات من عمر (٢-٢٠) عاماً.



شكل رقم (٣)

يستخدم الجدول التالي لتحديد مؤشر كتلة الجسم للعمر الخاص بالأولاد من عمر (٢-٢٠) سنة (WHO,2014)



شكل رقم (٤)

يستخدم الجدول التالي لتحديد مؤشر كتلة الجسم للعمر الخاص بالبنات من عمر (٢-٢٠) سنة (WHO,2014)

السِمْنَة: المُسَبّبات والآثار

السمنة مرض متعدد المسببات ينتج من تفاعل النوعية الجينية والخصائص البيئية للأفراد، معرفتنا الحالية لمسببات الإصابة بالسمنة غير مكتملة ولكننا نعلم أن السمنة تنتج عن تكامل عوامل اجتماعية، سلوكية، ثقافية، فسيولوجية، وأيضية ووراثية، وفيما يلي ذكر لأهم الأسباب المؤثرة في السمنة:

١- يؤدي تردد المراهقين على تناول الوجبات السريعة والاستهلاك والإسراف المفرط في تناول هذه الوجبات إلى زيادة الوزن والسمنة (Rosenheck, 2008)، وفي معظم الدول العربية حدث تغير كبير في العادات الغذائية ونمط استهلاك الطعام، وهذا ساهم وبشكل فعّال في زيادة تناول الأغذية الغنية بالسعرات الحرارية كتناول الوجبات السريعة والأكل بين الوجبات وزيادة تناول الطعام خارج المنزل (مصيقر، ٢٠١٠).

٢- عدم تناول وجبة الإفطار، حيث أُثبت علمياً بأن عدم تناول السيدات والبنات لوجبة الإفطار رغبة منهن في تقليص السعرات الحرارية بهدف أنقاص الوزن يعطي نتيجة عكسية لأن هذا السلوك يجعلهن عرضة لزيادة أوزانهن نظراً لأن الجسم يحاول تعويض نقص السعرات الحرارية بتخفيض سرعة حرق المواد الغذائية مما ينتج عنه الإصابة بالبدانة (يوسف، ٢٠١٢)، كما إن عدم تناول وجبة الإفطار معناه الاستمرار في حالة الصيام، وهذا سوف يؤدي إلى الإحساس بالتعب المفاجئ بعد ساعتين إلى ثلاث ساعات من بدء العمل، ومن ثم الإحساس بالجوع واضطرار المرء إلى اللجوء إلى تناول أطعمة بالسعرات الحرارية (أبو حامد، ٢٠٠٩).

٣- بالإضافة إلى ذلك فإنه توجد أدلة مقنعة على أن المشروبات التي تحتوي على السكريات تزيد من خطر زيادة الوزن والسمنة (Vartanian, Schwartz & Brownell, 2007).

٤- يرى كثير من العلماء أن للوراثة دوراً في حدوث السمنة، وانتقالها من الأجداد والآباء إلى الأبناء، ويرى البعض أن هناك خللاً ما يحدث في بعض الجينات الوراثية، هذا الخلل هو المسئول عن حدوث السمنة لدى بعض الأشخاص (منصور، ٢٠٠٤). فإذا ما كان أحد الوالدين يعاني من البدانة فإن أطفاله يتعرضون لذلك بنسبة (٢٥-٣٠%) وتصل هذه النسبة إلى (٨٠%) في حال معاناة كلا الوالدين من السمنة، كما أن هناك أدلة على أن الاستعداد للسمنة يورث أيضاً (Tomas & Brownelle, 2007).

٥- قد تسبب الغدد والهرمونات بالسمنة وزيادة الوزن، وإحدى المشاكلات المرضية هي "قصور الغدة الكظرية" حيث لا تفرز القدر الكافي من هرمون "الثيروكسين" الذي يضبط معدل الأيض، ومن بين المتاعب الأخرى المتعلقة بالهرمونات مثل الكوروتوزن والتي تسبب زيادة الوزن ما يعرف بمتلازمة "كوشينج، Cushing's Syndrome" (عبد الله، ٢٠٠٥).

٦- قلة النشاط البدني بسبب طبيعة العديد من الوظائف التي باتت تتسم بقلة الحركة، وتغير وسائل النقل والتوسع العمراني (المركز الثقافي للطفولة، ٢٠٠٩).

٧- العامل النفسي، كثيراً ما ترجع أسباب السمنة إلى عوامل نفسية فمثلاً وجد من الدراسات أن القلق والتوتر النفسي قد يدفع الشخص إلى زيادة تناول الطعام، كما أن السيطرة على الرغبة للطعام عند الشخص السمين تولد لديه رغبة في تناول كميات أكبر من الطعام خاصة عندما يكون لوحده، ويساهم التوتر النفسي الشديد إلى زيادة في تناول الطعام بشكل غير طبيعي (مصيقر، ٢٠٠٧)، وقد يتسبب الآباء الذين يستخدمون الطعام لإرضاء حاجات أطفالهم الوجدانية أو لتعزيز السلوك الطيب لديهم في البدانة، فقد يتشكل للطعام دلالات نفسية إذا ما أُستخدم لإسعاد الطفل ومكافأته (سوليفان، ٢٠٠٥). وترى مدرسة التحليل النفسي وعلمائها مثل فرويد، أدلر، و يونج، بأن الإنسان قد تدفعه دوافع لا شعورية إلى تناول الطعام بكثرة في حالات القلق والاكتئاب والضيق مما يؤدي إلى إصابته بالسمنة، وقد يحدث العكس ويحصل عندها فقدان الشهية، أما "أنا فرويد" فتربط الشراهة بالطعام بحالة الفرد العائلية ومراحل نموه النفسي وأساليب الدعم الأسري بحيث يصبح الفم مصدر اللذة والقناعة وهو مرتبط بالطفولة والرضاعة وناتج عن اهتمام الأم الزائد بالطفل واعتماده الكامل عليها أو إهمالها له والقسوة عليه وبين هذين النقيضين يقع الطفل ضحية ويجد في الطعام العزاء الأخير كحل نكوصي لهذا الصراع (نابلسي، ١٩٨٩).

٨- نقص الوعي الغذائي والثقافة الغذائية بأساسيات التغذية السليمة والنظام الغذائي الأمثل، والطرق الصحية والتغذوية لإعداد الوجبات الغذائية المتزنة (يوسف، ٢٠١٢).

من خلال العرض السابق لأهم الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالسمنة، نجد أنها متعددة ومتنوعة وبالغة التعقيد، إذ لا يقتصر الأمر على الإكثار من الطعام ذو السعرات الحرارية المرتفعة فحسب كما هو شائع بين الناس أو كما يتردد بينهم، حيث تؤثر العوامل النفسية والبيئية

وقلة النشاط البدني والجنس على سبيل المثال في حدوث السمنة، وقد تحدث السمنة نتيجة لتداخل عدد من العوامل مع بعضها البعض.

سِمْنَة الأَطْفال

تُعد البدانة لدى الأطفال من الظواهر التي بدأت تطفو على سطح المشكلات الصحية، والتي تنذر بخطر كبير على مستقبل صحة أبناءنا ومعيشتهم (الركبان، ٢٠٠٩)، حيث وصلت سمنة الأطفال في كل من البلدان النامية والمتقدمة إلى مستويات وبائية، فعلى سبيل المثال أصبحت السمنة في الوقت الحالي وباء مستشرياً بين الأطفال الأمريكيين بشكل كبير إذ باتت تشكل هاجساً يشغل القائمين في مجال الصحة العامة في الولايات المتحدة الأمريكية في الوقت الراهن، حيث تضاعف معدل انتشار السمنة عند الأطفال والمراهقين إلى ثلاثة أضعاف خلال الخمس والعشرين السنة الماضية، ليصل إلى(١٧,١%) ما بين العامين ٢٠٠٣ و٢٠٠٤م (Ogedn, Carroll, Curtin, McDowell, Tabak, & Flegal, 2006).

إن استفحال ظاهرة السمنة بين الأطفال مرده إلى التغيرات التي تطرأ على المجتمع، ففي كثير من الأحيان تظهر السمنة نتيجة لتناول الأغذية غير الصحية، وانخفاض مستويات النشاط البدني، ولا يعد سلوك الأطفال لوحده سبباً في بدانتهم حيث تؤثر عوامل التنمية والسياسات الاجتماعية والاقتصادية في مجالات النقل والتخطيط الحضري والبيئة، وتحضير الأغذية والتوزيع والتسويق، فضلاً عن التعليم في تزايد السمنة وزيادة الوزن (WHO,2015).

إن الأطفال الذين يعانون من السمنة وزيادة الوزن هم أكثر عرضة للتغيب عن المدرسة بسبب المرض، كما يحتاجون إلى المزيد من الرعاية الطبية مقارنة بغيرهم من الأطفال ذوي الوزن الطبيعي (Wijga, Scholtens, Bemelmans, de Jongste, Kerkhof, & Schipper, 2014)، من المعروف أن زيادة الوزن والسمنة في مرحلة الطفولة لها تأثير كبير على كل من الصحة الجسدية والنفسية، ومن المرجح أن بقاء السمنة لسن البلوغ قد تتسبب في الإصابة ببعض الأمراض غير المعدية مثل مرض السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية، بالإضافة إلى إمكانية إصابة الأطفال المصابين بالسمنة من مضاعفات العظام، بما في ذلك النمو الشاذ للعظام (Wills, 2004).

يتضح من الاستعراض السابق لسمنة الأطفال نجد أنها أصبحت ظاهرة عالمية وصفت بالوبائية، وهي بذلك تشكل تهديداً لصحة الأطفال النفسية والجسدية الأمر الذي يتطلب تظافر الجهود من أجل الحد من آثارها السلبية على الأطفال والمجتمعات.

الآثار النَفْسِيَّة المُتَرَتِّبَةُ عن السِمْنَة وزيادة الوزن

يترافق مع السمنة وزيادة الوزن ضعف الصحة النفسية إذ يُنظر إلى إليها بأنها واحدة من أكثر الوصمات الاجتماعية "**Stigma**" ديمومة واستمرارية (Puhl & Heuer, 2009)، كما ينظر المجتمع للسمنة ومن يعانون من زيادة الوزن بنظرةٍ سلبية للغاية، ويميل أفراده إلى الاعتقاد بأن الأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة هم ضعيفو الإرادة والدافعية (Anderson & Wadden,1999) وأنهم أناس كسالى فيصبحون بذلك هدفاً إلى التمييز والكراهية مما يعرض الأفراد المصابين بالسمنة الشديدة وزيادة الوزن إلى خطر الإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية الشائعة، كأن يكونوا أكثر عرضة من غيرهم لخطر الإصابة بالاكتئاب (Markowitz, Friedman & Arent,2008).

إن البدناء غالباً ما يكونون على دراية بآراء المجتمع السلبية اتجاههم، معرضين بذلك أنفسهم لاضطرابات المزاج، القلق، وتعاطي المخدرات (Carr & Friedman,2005)، وقد يكونون أكثر عرضة من غيرهم للتفكير في الانتحار (Strauss,2000). إن زيادة الوزن والسمنة في مرحلتي الطفولة والمراهقة تؤثران بشكل سلبي على احترام الفرد لذاته، صورته لذاته، ومفهوم الذات في مرحلة الشباب (Rosen-Reynoso, Alegría, Chen, Laderman & Roberts,2011).

إن الأطفال الذين يعانون من السمنة هم أكثر عرضة من أقرانهم لتدني مستوى الذات وضعف الثقة بالنفس، كما أن هذه المشاعر قد تُترجم إلى مشاعر الخجل عن أجسادهم، في حين أن افتقار الأطفال للثقة بالنفس من الممكن أن يؤدي إلى ضعف مستواهم التحصيلي في المدرسة، بالإضافة إلى تعرضهم للمضايقات والترهيب والتنمر إضافة إلى المعاملة القاسية من أقرانهم كأن تطلق عليهم بعض الألقاب المعيبة، كما يصعب عليهم تكوين الصداقات الجديدة (American Academy of Pediatrics, 2014)، وهم أكثر قلقاً وأقل مهارة من أقرانهم طبيعي الوزن، وقد يعبر الطفل عن انزعاجه من وضعه إما باللجوء إلى الشغب في المدرسة، أو على العكس بالانسحاب من الحياة الاجتماعية، كما قد ينعكس ذلك على التحصيل المدرسي للطفل، وتؤدي حالة العزلة الاجتماعية وفقدان الثقة بالنفس إلى الشعور بخيبة الأمل، وهو بوابة الإصابة بالاكتئاب، حيث يفقد الطفل الاهتمام بالفعاليات الطبيعية ويميل للنوم والبكاء (أبو حامد، ٢٠٠٩).

السِمْنَة حالة صحية خطيرة

تستخدم منظمة الصحة العالمية WHO تعبير وباء، لوصف الاجتياح الكبير والسريع للبدانة لجميع بلدان العالم خاصة في العشرين سنة الأخيرة (أبو حامد، ٢٠٠٩)، فوفقاً لمنظمة الصحة العالمية فقد ازدادت السمنة في العالم بأكثر من الضعف منذ العام ١٩٨٠م، أما فيما يتعلق بالأطفال فقد لوحظ ازدياد عدد الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين صفر وخمس سنوات من (٣٢) مليون رضيع على مستوى العالم في عام ١٩٩٠م إلى (٤٢) مليون رضيع في عام ٢٠١٣م، أما في البلدان النامية ذات الاقتصادات الناشئة يتجاوز معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة في مرحلة الطفولة لدى الأطفال قبل سن المدرسة (٣٠%). وفي حال استمرار الاتجاهات الراهنة، سيزيد عدد الرضع والأطفال الصغار الذين يعانون من زيادة الوزن ليصل إلى سبعين مليوناً بحلول العام ٢٠٢٥م (WHO, 2014).

شهدت الدول العربية تطورات اقتصادية واجتماعية كبيرة خلال الأربعة قرون الماضية أدت إلى حدوث تغييرات في الوضع الصحي والغذائي، وأصبحت الأمراض المرتبطة بالغذاء من أهم أسباب الوفيات في معظم هذه الدول، وتأتي السمنة على رأس هذه الأمراض حيث تبين أن معدلات السمنة عند الأطفال والبالغين قد تضاعفت خلال العشرين السنة الماضية بشكل ينذر بخطر كبير إذا لم تقم هذه الدول بإجراءات وقائية واسعة لوقف زحف السمنة عند جميع الفئات العمرية (مصيقر، ٢٠٠٣)، ففي دراسة Tayyem, Al-Lalla, Ali, Kalam, Benhamed, Saghir, Halahleh ,et al. 2012، والتي هدفت إلى التعرف على مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة بين المراهقين من الجنسين في سبع دول عربية هي: الجزائر، الأردن، الكويت، ليبيا، فلسطين، سوريا والإمارات العربية المتحدة، توصلت نتائجها أن زيادة الوزن والسمنة في الكويت لدى الذكور هي الأعلى بين الدول السبع إذ بلغت (٢٥,٦%)، تليها الأردن (٢١,٦%) وسوريا (١٩,٧%)، أما عند الإناث فإن أعلى معدل انتشار للسمنة وزيادة الوزن كان عند المراهقات الليبيات (٢٦,٦%)، تلتها دولة الكويت (٢٠,٨%)، ثم سوريا (١٩,٧%). وقد حثت الدراسة في نتائجها على ضرورة وجود حاجة ملحة لوضع خطة عمل لمكافحة السمنة في المدارس في هذه البلدان.

أما في الخليج العربي فقد أظهرت الأرقام والإحصائيات تنامي خطر السمنة بين السكان، فعلى سبيل المثال أظهرت دراسة مقارنة لانتشار زيادة الوزن والبدانة في مختلف محافظات المملكة العربية السعودية أجريت سنة (٢٠٠٢م)، على عينة مكونة من (١٢٧٠١) من الأطفال والمراهقين والذين تتراوح أعمارهم من سنة إلى (١٨) سنة. وقد أظهرت النتائج أن

نسبة من يعانون من زيادة الوزن بلغت (١٠,٦٨%) لدى الذكور في حين كانت عند الإناث (١٢,٧%). أما الذين يعانون من السمنة فقد بلغت نسبتهم (٥,٩٨%)، وكانت لدى الإناث (٧٤,٦%) (EL-Hazmi & Warsy, 2002).

وتناولت دراسة Abdul-Rasoul (2012) التي كانت بعنوان "السمنة لدى الأطفال والمراهقين في دول الخليج، حقائق وحلول"، التأثيرات التي أحدثتها تسارع وتيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية في دول الخليج العربي والتغير السريع في البيئة على تغذية الأطفال والمراهقين، فالتحضر السريع في الحياة اليومية وما يصاحبه من انخفاض في مستويات النشاط البدني وزيادة السعرات الحرارية من المواد الغذائية غير التقليدية، أدى إلى سمنة الأطفال والمراهقين، ونتيجة لهذه الأسباب فقد أرتفع معدل انتشار السمنة بين الأطفال الكويتيون والسعوديون قبل سن المدرسة إلى (٨-٩%)، كما أن نسبة انتشار السمنة بين المراهقين الكويتيين تعد من أعلى المعدلات العالمية إذ بلغت (٤٠-٤٦%).

أما في دولة قطر فقد أشارت الدراسة التي هدفت للكشف عن معدلات النحافة وفرط الوزن والسمنة عند المراهقين (١٢-١٧ سنة) في قطر باستخدام مؤشر كتلة الجسم إلى أن معدلات السمنة عند المراهقين البنين كانت (٧,٩%) في حين كانت عند المراهقات (٤,٧%) حيث كانت أعلى معدلات الإصابة بالسمنة عند البنين في عمر (١٢ سنة) هي (١١,٧%) وعند البنات في عمر (١٣ سنة) (٦,٤%) (Bener, 2006).

وفي الكويت تطرقت الدراسة في سنة (٢٠٠٤م)، إلى أن معدل انتشار زيادة الوزن و السمنة بين الأطفال الكويتيين عند المراهقين من عمر (١٠ -١٤ سنة)، بلغت بين الذكور (٣٠,٠ و ١٤,٧%) على التوالي، وكان معدل انتشار السمنة بين الإناث (٣١,٨ و ١٣,١ %) على التوالي (Al-Isa, 2004).

واقع السِمْنَة وزيادة الوزن في مملكة البحرين

في مملكة البحرين أجرى كلا من السندي، الشطي ومصيقر Al-Sendi, Shetty, and Musaiger (٢٠٠٣)، دراسة استطلاعية بعنوان "معدل انتشار السمنة وزيادة الوزن لدى المراهقين في البحرين دراسة مقارنة بين ثلاث فئات" حيث هدفت إلى التعرف عن مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة بين المراهقين باستخدام مجموعات مختلفة من المعايير (مؤشر كتلة الجسم، الوزن والطول)، تم التطبيق على مدارس المرحلة الإعدادية والثانوية بمملكة البحرين، العينة ممثلة للطلبة البحرينيين عددها (٥٠٦) طالباً تتراوح أعمارهم بين (١٢و١٧ سنة)، واستخدم

مقياس مؤشر كتلة الجسم "Body Mass Index" (BMI) كما تم أخذ الطول والوزن. وأشارت النتائج إلى ارتفاع معدلات انتشار السمنة بين الأولاد والفتيات البحرينيين خصوصاً لدى الفتيات (٢١% لدى الذكور و٣٥% لدى الإناث).

قام كلا من مصيقر، الجيب والمرزوق، (٢٠٠٣)، بدراسة بعنوان "الإصابة بالسمنة وممارسة النشاط البدني عند تلاميذ المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين". وقد أجريت بهدف التعرف على الممارسات الرياضية وتقدير نسبة الإصابة بالسمنة عند تلاميذ المدارس الابتدائية في البحرين، وأظهرت النتائج أن نسبة الإصابة بزيادة الوزن عند الذكور كانت (١٢%) و(١٣,٦%) و(١٧,٩%) للأعمار (١٠) و(١١) و(١٢) سنة على التوالي مقابل (١٠%) و(١٠%) و(١٥,٦%) عند الإناث أما الإصابة بالسمنة فقد كانت كالتالي (١٠%) و(١١,٦%) و(١٦,٧) عند الذكور و(١٧%) و(١٩,٧%) و (١٣,٣%) عند الإناث لنفس الفئات العمرية على التوالي.

وهدفت دراسة كل من مصيقر، الجيب والمرزوق (٢٠٠٣) في الكشف عن الإصابة بالسمنة وممارسة النشاط البدني عند مدرسي ومدرسات التربية الرياضية في مملكة البحرين، وكان حجم العينة (٢٤٣) مدرساً ومدرسة في مجال التربية الرياضية من جميع المدارس الابتدائية في مملكة البحرين (٣٦% ذكورا ٦٤% إناثا. وتبين أن نسبة الإصابة بزيادة الوزن والسمنة أعلى عند الرجال مقارنة بالنساء، كما وجد أن (٣٢%) من المدرسين لا يمارسون الرياضة وكانت النسبة أعلى عند المدرسات (٤٠,٩%) مقابل (٢٢,٦%) عند المدرسين، وتشير الدراسة إلى أن (٥,٦%) من المدرسين كانوا مدخنين وأن السمنة منتشرة بشكل أكبر عند المدخنين مقارنة بغير المدخنين. كما توضح النتائج أن نسبة كبيرة من المدرسين يعانون من زيادة الوزن والسمنة وهو مؤشر غير جيد حيث أنه من الصعب إقناع التلاميذ بأهمية تخفيف الوزن.

وفي الدراسة التي قامت بها كل من غريب ورشيد Gharib and Rasheed (٢٠٠٨)، والتي كانت بعنوان "البدانة بين الأطفال والمراهقين البحرينيين: الانتشار والعوامل المصاحبة". فقد كان الهدف منها هو تقييم انتشار حالات الوزن الزائد والسمنة والعوامل المصاحبة لذلك بين أطفال المدارس بمملكة البحرين، أستخدم تصميم الدراسة بطريقة القطاعات العرضية "Cross-Sectional" والتي انتهج فيها أسلوب العينة متعددة المراحل، وذلك بهدف اختيار مجموعة من طلاب المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية بالمدارس الحكومية من إحدى عشرة منطقة سكنية مختلفة بمملكة البحرين. وتألفت العينة من (٢٥٩٤) تلميذاً تراوحت أعمارهم من (٦ إلى ١٨

سنة). وقد تم جمع البيانات والمعلومات عن الوضع الاجتماعي والديموغرافي وأنماط الغذاء المتكرر، وممارسة التدريبات الرياضية وحالات الخمول، وذلك باستخدام استبيان صمم خصيصاً لجمع هذه المعلومات. تم أخذ القياسات الجسمانية من طول ووزن لتحديد حالات زيادة الوزن والسمنة بغرض مقارنتها بالمعدلات العالمية. أظهرت النتائج أن نسبة انتشار حالات زيادة الوزن والسمنة بلغت (١٣,٥%، ١١,٩%) بين البنات و (٩,١%، ١٢,٣%) بين الأولاد. دلت النتائج على انتشار حالات الخمول بين الفئة التي تعاني من زيادة الوزن والسمنة (خلال مشاهدة التلفزيون واللعب على الكمبيوتر) وتدني مستوى ممارسة النشاط الرياضي بينهم. النتائج التي تم التوصل إليها هي ازدياد انتشار حالات السمنة والوزن الزائد بين طلبة المدارس وبشكل خاص خلال العقدين الأخيرين.

وأخيراً أشارت نتائج الدراسة التي قامت بها كل من العلوي، عبد اللطيف، الضبيب، محمد، والأنصاري Al Alawi, Abdulatif, Al Dhubaib, Mohammed, and Al Ansari (٢٠١٣)، والتي كانت بعنوان "انتشار زيادة الوزن والسمنة لا طفال ما قبل المدرسة في أربع مدن في مملكة البحرين"، إلى أن انتشار زيادة الوزن والبدانة بين الأطفال قبل سن المدرسة في مملكة البحرين هي مماثلة لدول أخرى مثل ألمانيا، الصين، والكويت، على الرغم من أن النتائج أظهرت أن معدل انتشار زيادة الوزن والبدانة لدى الأطفال قبل سن المدرسة كان منخفضاً نسبياً، إلا أن الحاجة في الاحتفاظ على مثل هذه النتائج يتطلب بذل الجهود الاستثنائية لتنفيذ الطرق والأطر اللازمة لمنع مثل هذه الظواهر من الحدوث في المستقبل.

من خلال استعراض الدراسات التي أجريت في الوطن العربي، الخليج العربي، ومملكة البحرين، نجد أنها تناولت حجم الظاهرة ومقارنتها عالمياً دون البحث في الأسباب التي أدت إلى حدوثها، ودون البحث أيضاً في أثر أساليب الدعم الأسري في حدوث السمنة لدى الأطفال، وعليه فإن أهمية الدراسة الحالية تأتي في أنها تبحث في أثر كل من الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين.

ثانياً: الإهْمال الوالدي

نظراً لأهمية مشكلة الإهمال والإساءة للأطفال، وما تتركه من آثار سلبية على نمو الطفل الجسمي والنفسي وإعاقة تطوره ومسارات نموه الطبيعي، فقد سارع الأخصائيون النفسيون في كافة أنحاء العالم لتناولها من خلال إجراء العديد من الدراسات والبحوث وإعداد المقاييس والتقييمات الإكلينيكية ووضع التدخلات العلاجية والوقائية لها، وقد تضافرت جهود المختصين والمهنيين من علماء النفس وأخصائيي الصحة النفسية في كافة الدول للتصدي لهذه المشكلة،

أنواع الإهمال الوالدي

تم تحديد أربعة أنواع للإهمال الوالدي هي، الإهمال الجسدي، التربوي (التعليمي)، العاطفي والطبي، وذلك وفقاً للجمعية الإنسانية الأمريكية (٢٠١٤) American Humane Association.

أولاً: الإهمال الجسدي: ينتج الإهمال الجسدي عموماً عندما يفشل الوالدين أو مقدمي الرعاية في توفير الاحتياجات الأساسية للطفل مثل: الغذاء الكافي، الملبس والمسكن المناسب، مما يشكل تهديداً لصحة الطفل الجسدية ونموه النفسي. ويشمل الإهمال الجسدي أيضاً التخلي عن الأطفال، والإشراف غير الكافي، ورفض الطفل كطرده من المنزل وفقدان الطفل الشعور بالأمن الجسدي والعاطفي.

ثانياً: الإهمال التعليمي: يأتي الإهمال التعليمي عندما يخفق أحد الوالدين في إلحاق الطفل في سن التعليم الإلزامي في المدارس، أو في حال عدم توفير البيئة المناسبة للدراسة في المنزل، مما يتسبب في كثرة غياب الطفل المتكرر عن المدرسة، من الممكن أن يؤدي الإهمال التعليمي إلى فشل الطفل في اكتساب مهارات الحياة الأساسية، كما أن تسرب الطفل عن المدرسة قد يجعله عرضة إلى اضطرابات السلوك. يمكن أن يشكل الإهمال التعليمي تهديداً خطيراً على الإشباع العاطفي للطفل وصحته الجسدية والنفسية، خاصة عندما يكون للطفل احتياجات تعليمية خاصة لا يتم الوفاء بها من قبل الوالدين.

ثالثاً: الإهمال العاطفي: يتضمن الإهمال العاطفي عدد من السلوكيات التي يقوم بها الوالدين تجاه الأطفال مثل الاعتداء المتكرر من قبل الزوج على الزوجة أثناء وجود الطفل، السماح للطفل بتعاطي المخدرات أو الكحول، رفض الوالدين أو تقصيرهما في توفير الرعاية النفسية اللازمة، التقليل أو عدم إظهار المودة والحب للأطفال، وفيما يلي ذكر لبعض للسلوكيات الوالدية التي تعتبر إساءة لمعاملة الطفل العاطفية: التجاهل، الرفض: مثل رفض إظهار المودة، الاعتداء اللفظي، الترهيب، والعزل.

إن هذا النمط من سلوك الوالدين من الممكن أن يؤدي إلى ضعف صورة الطفل لذاته، أو قد يدفعه إلى تعاطي الكحول أو المخدرات وقد يصل الأمر إلى الانتحار.

رابعاً: الإهمال الطبي: ويقصد به عدم توفير الرعاية الصحية المناسبة للطفل، على الرغم من توفر القدرة المالية، مما يعرض الطفل إلى خطر التعرض إلى الإعاقة، التشوه أو الموت. إن القلق من الإهمال الطبي لا يُنظر إليه من ناحية رفض أحد الوالدين في رعاية الطفل طبياً في

حالات الطوارئ أو عند تعرضه للمرض الشديد، ولكن أيضاً عندما يتجاهل أحد الوالدين التوصيات الطبية للأطفال الذين يعانون من أمراض مزمنة مما يؤدي إلى تدهور حالتهم الصحية وبتالي تكرار دخولهم للمستشفى (American Humane Association, 2014).

إهمال الوالدين وسِمْنَة الأَطْفال

على الرغم من الدور الذي قد تلعبه الظروف الوراثية والهرمونية في التسبب بالإصابة بسمنة الأطفال، إضافة إلى عوامل أخرى مثل النظام الغذائي والنشاط البدني والتي لها دور كبير في تحديد وزن الطفل، إلا أن الزيادات الأخيرة في معدلات البدانة والسمنة في مرحلة الطفولة ترجع إلى تأثير العوامل البيئية (Hebebrand & Hinney ,2009)، ومن ضمن العوامل البيئية التي قد تؤدي إلى انتشار البدانة والسمنة بين الأطفال هو إهمال الرقابة المنزلية من قبل الوالدين اتجاه أطفالهم، حيث تؤدي قلة الرقابة على أنشطة الطفل البدنية وعاداته الغذائية إلى إصابته بالسمنة، كما يسهم الوالدين كذلك في سمنة أطفالهم بإهمال رعايتهم وعدم ضمان توفير التغذية المناسبة والرعاية الصحية (Noll, Zeller, Trickett & Putnarn ,2007).

خلال العقد الماضي، برز جدال في العالم حول إذا ما كان يتوجب على الحكومات التدخل عند إهمال أولياء الأمور لأطفالهم في مرحلة الطفولة وتسبب ذلك بإصابتهم بالسمنة، فمثلاً في بعض الولايات المتحدة الأمريكية مثل كل من ولايتي نيويورك وإيلنوي، وُجد فيها أن سمنة الأطفال المفرطة قد ترتفع إلى مستوى الإهمال في بعض الحالات، وقد يصل الأمر إلى تدخل القضاء في بعض هذه الحالات التي تشكل فيه البدانة والسمنة تهديداً لحياة الطفل، ومن الممكن أن يتم إبعاد الطفل عن والديه (Murtagh & Ludwig, 2011).

يتسبب الإهمال الطبي في زيادة وزن الأطفال حيث أن الإهمال في توفير احتياجات الرعاية الطبية قد يؤدي إلى إلحاق الضرر بجسم الطفل، وتصنف أسر الأطفال بأنها مهملة طبياً عندما تفشل في توفير الرعاية الطبية الموصى بها لأطفالهم، أو تفشل في السيطرة على سلوك الطفل بما يؤدي إلى إلحاق الضرر بجسد الطفل، بما في ذلك الوفاة، لذا فإن الدول قد تتدخل أحياناً في التكفل برعاية الطفل المُهمل طبياً إذا ما رأت وجود ضرر وشيك وخطير على حياة الطفل وقد يصل الأمر بنقل الطفل من أسرته الحالية إلى أسرة بديلة (Varness, Allen, Carrel & Fost ,2008).

إذاً فإن السؤال الذي يطرح نفسه هو: إذا ما اعتبرنا أن الوالدين الذين يهملان أطفالهما لدرجة التجويع بما يهدد حياة الطفل ويعرضها إلى الخطر، يمكن أن توجه لهما تهمة الإساءة أو

الاعتداء، إذاً لماذا لا توجه تهمة الإساءة والاعتداء للوالدين اللذين يفرطان في تغذية طفلهما بما يهدد صحة الطفل؟ (Kellier & Lang, 2012). من الناحية القانونية، الإساءة للطفل هي واحدة أو أكثر من السلوكيات أو الإجراءات التي ينتج عنها ضرر للطفل أو يضع الطفل عرضة لخطر الإصابة، ففي عام ٢٠٠٨م، ذكرت رابطة رعاية الأطفال الأمريكية Child Welfare "League of America" أن العديد من محاكم الولايات المتحدة الأمريكية توسعت في تعريفها للإهمال الطبي ليشمل السمنة المَرَضِيّة، ومن ثم قضت هذه المحاكم بأن بعض الأطفال المصابين بالسمنة هم ضحية للإهمال، وقد دعم بعض من دعاة صحة الأطفال هذه القرارات (Child Welfare League of America, 2008).

ثالثاً: الحِمَايَة الزائِدَة

يعتمد هذا الأسلوب على وضع الطفل تحت جناح الأهل دون أن ينفذ أمراً بمفرده اعتقاداً من أهله أنهم يقومون بحمايته، إلا أنهم في الحقيقة يحرمونه من المشاركة المجتمعية بجعله اتكالياً، وأيضاً بجعله يخاف من القيام بأي فعالية بمفرده (حمود، ٢٠١٠)، وهو خوف الوالدين على الطفل بصورة مبالغة ومفرطة من أي خطر قد يهدده مع إظهار هذا الخوف بطريقة تؤجل اعتماد الطفل على ذاته، وفيها يدرك الطفل بأن والديه يمنعانه من الاختلاط بالآخرين، وأن كل رغباته مجابة وتلبى بشكل سريع (بيرس، ولاندو، ١٩٩٦).

وتتمثل الحماية الزائدة في حرص الأب والأم على حماية أبنائهما والتدخل في شؤونهم إلى درجة أنهما يقومان نيابة عنهم بإنجاز الواجبات والمسؤوليات التي يستطيعون القيام بها، فأسلوب الحماية الزائدة والتسلط كلاهما يسلب رغبة الأبناء في التحرر والاستقلال، ولهذا يحرص الوالدان على التدخل في كل شؤونهم، والقيام بالأعمال التي يستطيع الأبناء القيام بها، وبذلك لا تتاح للأبناء فرصة اتخاذ القرارات بأنفسهم ، إذا فإن الحماية الزائدة هي المغالاة في العناية بالطفل والاتصال المفرط به وإظهار القلق الزائد عليه وتحقيق جميع رغباته، ومنعه من أي نشاط يقوم على الاعتماد على النفس ودفعه باستمرار للاعتماد على الوالدين في كل أموره (سولفيان، ٢٠٠٥).

مما تقدم من العرض السابق يتضح أن هنالك خيطاً رفيعاً بين التربية المسؤولة والحماية الوالدية الزائدة، وفي حين أن حماية الوالدين لأطفالهم أمر ضروري لتحقيق النمو العاطفي، الاجتماعي، الصحي، والأكاديمي للطفل، لكن عندما يظهر الحب والقلق على الطفل بشكل ملاحظ في سلوكيات الوالدين فإن ذلك يعني تجاوزهم للحدود المسموح بها، فتصبح الحماية مغالاة يتذرع بها الوالدان ليتدخلا في كل شئونه.

الأسباب التي تدفع الوالدين للإفراط في حماية أبنائهم

يظهر هذا الأسلوب عادة في الأُسر التي لا يوجد فيها الكثير من الأبناء أو التي بها طفل وحيد إذ تعامله الأم معاملة خاصة وتحيطه بالرعاية بشتى الطرق والوسائل، ويضايق هذه الأم إلى درجة الرعب مجرد التفكير أن شيئاً ربما يحدث للطفل في اللحظة التي يبتعد فيها عن عينيها. إن هذا النوع من الحماية الزائدة من جانب الأم قد ينتج عنه –أو على الأقل –يشتمل على الكثير من الاستياء أو الامتعاض من كونها مشدودة دائماً وقلقة تجاه طفلها. وهي دائماً تعيش بحمل ثقيل أو عبء زائد وتحاول إخفاء تلك المشاعر ودائماً تحاول كنوع من أنواع الإفراط والمبالغة في التعويض أن تشغل نفسها بعناية ومراعاة طفلها. هناك خيط رفيع بين الحماية والإفراط في الحماية، إن من الطبيعي أن نقلق على الأطفال الصغار عندما يغيبوا عن أعيننا، ولكن لا ينبغي أن ندع أطفالنا يشعرون بهذا القلق الزائد عليهم كي لا يفقدوا ثقتهم بأنفسهم وقدراتهم فيصبحوا خائفين من الاعتماد على أنفسهم (بيرس ولاندو، ١٩٩٦). فيشعر الطفل بأن والديه يخافان عليه من أي شيء ولا يتركانه يذهب إلى أمكان محددة بذاتها خوفاً من حدوث أي ضرر له ويودان لو يبقى معهما في نفس المنزل ويعتنيان به، فضلاً عن ذلك يقومان نيابة عنه بكل الأعمال التي يستطيع أن يقوم بها بمفرده ويظهرون لهفة وقلقاً عليه فهو مركز اهتمامهما ورعايتهما (دوام، حورية، ٢٠١٤).

الآثار السلبية لأسلوب الحماية الزائدة على الأطفال

تُعد الحماية الزائدة واحدة من أخطر أساليب المعاملة الوالدية شيوعاً لما تتميز به من إفراط في تقديم الحب والرعاية والتدليل، إذ أن الحب الزائد يعوق نمو الطفل ولا يعطيه فرصة الاستقلال والاعتماد على النفس، بل يشعره بالعجز عندما يخرج للحياة الاجتماعية فيصبح الفرد متمركزاً على ذاته، وعندما يكبر الطفل ويخرج للحياة لا يجد الاهتمام الذي كان يجده من أسرته ومن أفراد المجتمع، فيحس أن الدنيا لا تقدره فيختل توازنه وتوافقه مع الآخرين ويتخذ سلوكه شكلاً عدوانياً أو انسحاباً أو انعزالاً عن الحياة (سوالمية، ٢٠٠٧).

تسهم حماية الآباء المفرطة تجاه الطفل في نموه بشخصية ضعيفة خانعة، غير مستقلة، ثم سرعان ما تصطدم هذه الشخصية بالواقع والقوانين بعد فوات الأوان، بالإضافة إلى انخفاض مستوى الأنا والطموح وتقبل الإحباط، كما يتسم الطفل بفقدان التحكم الانفعالي، والخوف من تحمل المسؤولية (مختار، ٢٠٠٤). إن نتائج هذه الرعاية المفرطة سيئة على الطفل، إذ أن الطفل يصبح متأخراً بالنسبة لأقرانه، فهو معتمد على أمه في كثير من شئونه، لأن أمه لم تفسح

له المجال كي يتعلم ويختار الأشياء المناسبة فيما يتعلق بالطعام والملبس والنظافة (الشوربجي، ٢٠٠٣).

حماية الوالدين الزائدة وسِمْنَة الأَطْفال

على الرغم من أن الأطفال في مرحلة الطفولة عادة ما يغلب عليهم حب النشاط البدني والحركة، إلا أن بعض منهم قد لا يحصل على ما يحتاجه من أنشطة حركية ضرورية لصحته ونموه البدني وتطوره الحركي، وذلك بسبب عدم وجود المكان المتاح للعب الحركي، أو بسبب الخوف والحماية الزائدة من قبل الأهل لأطفالهم (الهزاع، ٢٠٠٦).

في السنوات الأخيرة الماضية، تزايد الاهتمام في الدور المحتمل الذي تلعبه حماية الآباء المفرطة (الزائدة) في تنمية الأطفال، إذ ذهب البعض نحو الاتجاه بأن خوف الوالدين وخفض فرص الطفل نحو الاستقلال قد يرتبط بزيادة معدلات الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة (Hancock, Lawrence & Zubrick. 2014).

إن على أولياء الأمور تحمل بعض المسؤوليات فيما يتعلق بعادات أطفالهم الغذائية وأنها غالباً ما تكون محور التدخلات الصحية العامة التي تهدف إلى تحسين الوجبات الغذائية، وبالتالي الحد من انتشار السمنة في مرحلة الطفولة، يستخدم الوالدين مجموعة واسعة من السلوكيات الخاطئة لتغذية الأطفال، بما في ذلك الرصد والضغط وفرض القيود لتناول الطعام، حيث وجدت أدلة قوية على وجود علاقة سببية بين القيود التي يضعها الوالدين على تغذية الأطفال وزيادة الوزن في مرحلة الطفولة، إذ من الممكن أن يقوم الوالدين عن غير قصد في زيادة أوزان أطفالهم عن طريق تشجيع بعض السلوكيات غير الصحية المتعلقة بتغذية الأطفال، لذا فإن من الضروري توجيه ودعم الآباء الذين يشعرون بالقلق من أوزان أطفالهم من أجل اعتماد سلوكيات أكثر مناسبة لتغذية أطفالهم (Clark, Goyder, Bissell, Blank & Peters, 2007).

يتضح من الاستعراض السابق لمحاور حماية الوالدين الزائدة تأثيراتها السيئة والسلبية على شخصية الأطفال، فالوالدين بسلوكهم هذا يرسلون رسائل لا شعورية إلى أطفالهم يخبرونهم فيها بأن العالم ليس مكاناً آمنا، ونتيجة لذلك فإن الأطفال يكبرون وهم يخشون من تحمل المسؤولية، وأنهم غير قادرين على مواجهة الحياة، كما أن الإفراط في حماية الأطفال من الممكن أن يؤدي إلى تأثر صورة الفرد لذاته، بالإضافة إلي ذلك يؤدي إمعان الوالدين في الحماية إلى

سمنة الأطفال وهو ما أكدت عليه بعض الدراسات مثل دراسة هانكوك وآخرين Hancock et al ٢٠١٤.

رابعاً: مرحلة الطفولة

تُعرف منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسف "UNICEF" الطفل كما جاء في اتفاقية حقوق الطفل بأنه: كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه (UNICEF,2014)، وهي المرحلة التي بمر بها الكائن البشري من الميلاد إلى سن الثانية عشرة تقريباً، وهي مرحلة تتميز بالنمو السريع للفرد في جوانبه جميعاً، وتبعاً لذلك نجد أنها مرحلة تتسم بالمرونة والقابلية للتربية والتعليم، وفيها يكتسب الطفل الاتجاهات والعادات والمهارات العقلية والاجتماعية والبدنية (كافيه، ١٩٨٨).

في زماننا هذا تكتسب تربية الأبناء أبعاداً أكثر صعوبة وتعقيداً عما كانت عليه في الماضي، نظراً لما يتميز به واقعنا المعاصر من تعدد المؤثرات الثقافية، الاجتماعية، الاقتصادية، الإعلامية، والتكنلوجية، والتي تلعب دوراً كبيراً ومهماً في إكساب الأبناء أنماطاً من السلوك والقيم والأخلاق غير المرغوب فيها، وهذه المؤثرات بدورها تلقي عبئاً أكبر على كاهل الآباء في رعاية الأبناء وتنشئتهم التنشئة الصالحة (محمود، ٢٠٠٩).

لقد اهتم الإسلام كبيراً بعالم الطفولة ولم يترك شأناً من شئونه إلا وتطرق إليه من مرحلة الحمل إلى الرضاعة والفطام فمرحلة الصبا إلى مرحلة الفتوة، كلها مراحل حدد الإسلام خصائص الطفل فيها وحث على معاملة تتماشى وهذه الخصائص (سوالمية، ٢٠٠٧)، إن معرفة مراحل الطفولة أمر ضروري لتحديد خطوات التربية الملائمة لكل مرحلة فيها، وأن مسؤولية هذه التربية تقع على عاتق الأبوين في الأسرة (عبد الله، ٢٠٠٥).

إن الأطفال هم رجال ونساء المستقبل ودعامة المجتمع، وقد أعطاهم التشريع الإسلامي عناية كبيرة، وحضهم بجانب عظيم من الاهتمام، وذلك محافظة منه على قيام المجتمع السليم وصيانة لأفراده من الفساد، والتشريع الإسلامي يحفظ للطفل حقوقه منذ أن تدب فيه الحياة، وهو لا يزال في بطن أمه جنيناً، ثم بعد الولادة أيضاً يحفظ له تلك الحقوق، فيتمكن بسبب ذلك الحفظ من أن ينشأ سوياً، ويكبر صالحاً نافعاً لمجتمعه وأمته، ومن ضمن هذه الحقوق: حقوق الطفل قبل مولدهم، حقوق الجنين، وحقوق الأطفال بعد الميلاد (السندي، ٢٠٠٨).

لا ينمو الطفل من تلقاء نفسه بل يتشكل ويتغير ويرتقي كشخصية سوية بقدر ما يوفره الوسط الإنساني الاجتماعي الذي يعيش فيه من عوامل التربية ومقوماتها، ويؤكد علماء النفس

والتربية أن السنوات الأولى من حياة الطفل هي الأساس الذي تبنى عليه شخصيته في المستقبل والقاعدة التي ترتكز عليها تربيته في مراحل التعليم التالية (عياد والخضري، ١٩٩٥).

وتعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل التكوين ونمو الشخصية، وهي مجال إعداد وتدريب للطفل للقيام بالدور المطلوب منه في الحياة، ولمّا كانت وظيفة الإنسان هي أكبر وظيفة ودوره في الأرض هو أكبر وأضخم دور، اقتضت طفولته مدة أطول، ليحسن إعداده وتربيته للمستقبل ومن هنا كانت حاجة الطفل شديدة لملازمة أبويه في هذه المرحلة من مراحل تكوينه (جبار، ١٩٩٧).

الطفولة الوسطى والمتأخرة من سن (٦ إلى ١١، ١٢) سنة.

يقسم بعض الباحثين هذه المرحلة إلى اثنتين إحداهما تنتهي في سن الثامنة، والأخرى تنتهي في سن الثانية عشرة، وبانتقال الطفل إلى سن السادسة وحتى سن الثانية عشرة يدخل في مرحلة الطفولة المتأخرة، ويطلق على هذه المرحلة أحياناً مرحلة الطفولة الهادئة كعلامة على اختفاء مظاهر الضجيج والصخب والعناد الشائعة في المرحلة السابقة، فببداية السنة السادسة يدخل الطفل المدرسة، ويتغير أسلوب حياته فيميل إلى الاستقرار الانفعالي والضبط، ويسير النمو في هذه المرحلة مع التطور في جوانب متعددة من النشاطات الحسية، والحركية والمعرفية، والاجتماعية والأخلاقية، ويعتقد كوهلبرج (Kohlberg) – وهو أحد العلماء البارزين في دراسة الارتقاء في الجانب الأخلاقي – أن جوانب الوداعة والتهذيب في السلوك التي تميز هذا السن تأتي مصاحبة أو ناتجة من انبثاق مبدأ أخلاقي جديد في حياة الطفل مؤداه أن لكل شيء مقابلاً: التصرف الأحمق يؤدي إلى العقاب، والتصرف المهذب يتلوه شيء طيب ومناسب (سليم، ٢٠٠٢).

إن الطفل في هذه المرحلة يسعى إلى تأكيد استقلاله، إذ يكون قد وصل إلى مرحلة تبلورت فيها فكرته عن نفسه، وفي سبيل تأكيد هذه الفكرة يصطدم بسلطة الكبار عليه، مما قد يؤدي إلى الشعور بالعداء نحوهم، فيسعى في تصرفاته إلى الحذر من الكبار والتكتم فيما يقوم به أو يفعل. ونظراً لطاقة النشاط التي تميز أطفال هذا السن، نجد أن الطفل يصرف جل وقته خارج المنزل في اللعب، ويصعب على الأسرة والكبار انتزاعه من بين أصدقاءه في اللعب، فقد لا يلج المنزل إلا ساعة وجبات الطعام التي يضطر إليها اضطراراً للذة التي يجدها في اللعب والوجود بين الأصدقاء (كافيه، ١٩٨٨).

ويرى زهران (١٩٨٦) بأن هذه المرحلة تتميز بما يلي:

- اتساع الآفاق العقلية المعرفية وتعلم المهارات الأكاديمية في القراءة والكتابة والحساب.
- تعلم المهارات الجسمية اللازمة للألعاب وألوان النشاط العادية.
- اطراد وضوح فردية الطفل، واكتساب اتجاه سليم نحو الذات.
- اتساع البيئة الاجتماعية والخروج الفعلي إلى المدرسة والمجتمع والانضمام لجماعات جديدة واطراد عملية التنشئة الاجتماعية.
- توحد الطفل مع دوره الجنسي.
- زيادة الاستقلال عن الوالدين.

كما يرى كل من واطسون وليند جرين (٢٠٠٤)، بأن هذه الفترة التي يبدأ الأطفال معها بالاندماج بشكل كبير مع العالم الخارجي بعيداً عن العائلة، وتلعب المدرسة دوراً مهماً كعامل اجتماعي مهم في حياة الطفل وتحل في جزء كبير محل العائلة.

يشبه النمو الحسي والحركي للطفل خلال فترة الطفولة الوسطى والمتأخرة ما عند الراشد، فيبدأ التعبير العاطفي يأخذ منحنى جديداً وتستمر العمليات المعرفية واللغوية والإدراكية والفكرية في النمو حتى تصل إلى مستويات تقارب الوضع عند البالغين.

الدراسات السابقة

أكدت العديد من الدراسات أن أساليب الوالدين واتجاهاتهم نحو تغذية أبنائهم تلعب دوراً مهماً في إصابة الأبناء بالسمنة لاحقاً. كما يعتبر الوقت الذي يقضيه الوالدان مع أبنائهم عاملا محورياً في إصابة الأطفال بالسمنة، ففي الدراسة التي قام بها كل من ماكلنتوش، دافيس، نااياجا، اندينج، توريس، كوبينا، بيرسوكيا، يلي و يو. Mclntosh, Davis, Nayga, Anding, Torres, Kubena, Perusqia, Yeley and You (2006) بعنوان "وقت الآباء ودور الضغوط وكمية الدهون لدى الأطفال والنتائج المرتبطة بالسمنة " هدفت إلى التعرف على تأثير كل من دخل الأسرة، والوقت الذي يقضيه الوالدين مع الأطفال، وخبرات الأب العملية على تغذية الأطفال وكمية الدهون الزائدة والنتائج المرتبطة بالسمنة، وكان حجم العينة (٢٥٠٠) عائلة. تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: معاملات الارتباط، التكرارات، المتوسطات واختبار التباين المتعدد. وأشارت النتائج بأنه كلما زاد الوقت الذي تمضيه الأم مع الطفل كلما قل معدل كتلة

الجسم، في المقابل كلما زاد الوقت الذي يمضيه الأب مع الطفل كلما ارتفع معدل كتلة الجسم. وكلما زاد الوقت الذي يمضيه كلا الوالدين مع الطفل كلما أرتفع معدل إصابته بالسمنة. وأن الأم لها تأثير أكبر من الأب في حمية الأطفال، كما لوحظ أن تأثير كلا الوالدين على الطفل في عمر من (٩ إلى ١١سنة) أكبر من تأثيرهم في عمر (١٣ إلى ١٥سنة).

أما الدراسة التي كانت بعنوان "أفضل طرق العلاج للأوزان الزائدة للصغار وعوائلهم بغرب كندا" والتي قام بها كل من هولت، مويلان، بفيرلي، سبينس، لينك، سهن وبال. Holt, Moylan, Beverly, Spence, Lenk and Ball (2008) فقد كان الغرض منها هو فحص البيئة العائلية وأفضل طرق العلاج للصغار ذوي الوزن الزائد وأولياء أمورهم. تم مقابلة (٤١) طفلاً مع أولياء أمورهم اختيروا بشكل عشوائي من قوائم الانتظار لإحدى عيادات تنظيم الوزن. وتم استخدام المنهج النوعي في تحليل البيانات. وجاءت النتائج متباينة بين القرب من الأسرة وسياسة الإهمال على مستوى العائلي، حيث يحاول الأهل إرشاد أطفالهم إلى نمط حياة معين عن طريق استخدام استراتيجية تتسم بالتناقض وعدم الثبات (أسلوبي الإهمال والحماية الزائدة)، مما يعكس التساهل الكبير بينهم وبين الأطفال. أشارت النتائج بأن الأسلوبين يؤثران بمؤشر مرتفع على صحة الأطفال ودرجة السمنة لديهم.

أما الدراسة التي قام بها كلا من نيوتسن، تابر، موراي، فاليس و كوبل. Kuntson, Taber, Murray, Valles and Kopeppl (2010)، والتي كانت بعنوان "تأثير إهمال الرعاية وإهمال الإشراف على بدانة الأطفال لدى عينة من المحرومين من العطف الوالدي" فقد هدفت إلى تقييم كل من إهمال الرعاية الأسرية، إهمال الرقابة و أعمار الأطفال وعلاقتهم بالسمنة، وكان حجم العينة (٥٧١) طفلاً من ولايتين من الولايات الغربية هما ايوا، وويكسنسن، استخدمت ثلاثة مقاييس وهي: استبانة البيئة المنزلية، ومقياس الإهمال والإشراف الوالدي. وقد تم استخدام معامل الانحدار الخطي لقياس نوعي الإهمال وتأثيرهما على العمر الزمني للعينة. أشارت النتائج إلى أن (١٥%) من الأطفال يعانون من زيادة الوزن و(١٦,٣%) يعانون من السمنة المفرطة، كما بينت النتائج بأن إهمال الرعاية أثر تأثيراً مباشراً على مؤشر كتلة الجسم (BMI) للأطفال الأقل عمراً وليس على الأكبر عمراً، بينما إهمال الإشراف أثر تأثيراً مباشراً على مؤشر كتلة الأطفال الأكبر عمراً وليس الأقل عمراً. وأن تأثير نوعي الإهمال على سمنة الأطفال يتغير حسب عمر الطفل مع تبيان أهمية التغيير والتنويع في نوعي الإهمال والتجاهل الأبوي عند النظر إلى السمنة لدى الأطفال.

في حين تناولت الدراسة "الأمهات، الأطفال و العوامل الأسرية في سمنة الأطفال" التي قامت بها دي سوسا، De Sousa (2009)، البدانة في مرحلة الطفولة وكيف تزايدت في العصر الحديث، وقد هدفت إلى محاولة التعرف على دور كل من العوامل التالية: الأمهات، الأطفال والأسرة في البدانة والسمنة في مرحلة الطفولة، تم اختيار مجموعتين هما مجموعة الدراسة وتتألف من (٨٠) من أولاد المدارس الابتدائية يعانون مع أمهاتهم من السمنة المفرطة، والمجموعة الضابطة تتألف كذلك من (٨٠) من أولاد المدارس الابتدائية مع أمهاتهم الذين يتمتعون بوزن طبيعي، تم تقييم الأطفال والأمهات باستخدام استبيان شبه منظم لجمع البيانات الاجتماعية والديموغرافية وغيرها ذات الصلة، تم كذلك تقييم الصحة العقلية للأمهات باستخدام مقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد، ومقياس الأحداث السلبية للحياة، كما تم تقييم تربية الأطفال وأداء الأسرة باستخدام مقياس الأبوة والأمومة على التوالي، وقد توصلت النتائج إلى ازدياد كل من الاكتئاب وقلق الأمهات، التساهل والإهمال في أنماط الأبوة والأمومة، والتردد على تناول وجبات الطعام خارج المنزل، عدم اللعب مع مشاهدة التلفزيون لدى المجموعة التجريبية، كما وجد كذلك تأثر أداء الأسرة بشكل ملحوظ في المجموعة التجريبية، وتوصلت النتائج إلى أن السمنة في مرحلة الطفولة مرتبطة ارتباطا وثيقاً بصحة العائلة الجسدية والعقلية للأمهات والأبناء.

أما الدراسة التي أجراها كل من بينت، سوليفان ثومسون وشنيل ولويس. Bennett, Sullivan, Thompson and Lewis (2010). بعنوان "إهمال الطفل في وقت مبكر: هل يؤدي إلى السمنة أو إلى نقص الوزن في وقت لاحق في مرحلة الطفولة؟" تناولت العلاقة بين الإهمال ومشاكل التغذية لدى الأطفال، حيث افترضت أن إهمال الأطفال يعد عاملاً خطيراً لكل من السمنة ونقص الوزن في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث بحثت العلاقة بين الإهمال ومؤشر كتلة الجسم لـ (١٨٥) طفلاً. واحد وتسعون (٩١) منهم تشملهم خدمات حماية الطفل ولهم تاريخ سابق من الإهمال، تم متابعتهم من عمر (٤ إلى ٦) سنوات حتى الفترة العمرية من (٧ إلى٩) سنوات. وقد تبين أن كلاً من الأطفال المهملين والأطفال المقارنين لديهم تقارب في معدل مؤشر كتلة الجسم إلا أنه وعلى الرغم من ذلك فإن معدل مؤشر كتلة الجسم لديهم يفوق معايير مركز التحكم والوقاية من الأمراض Center for Disease Control and Prevention (CDC). وخلصت التوصيات على ضرورة أن يكون هناك تعريف محدد وواضح لعلاقة التجاهل بوزن الأطفال.

أما الدراسة التي قام بها كل من فاموسي، هيت مان، ثينجارد و كيفيك Vamosi, Heitmann, Thinggaard and Kyvik (2011) بعنوان "الرعاية الوالدية في مرحلة الطفولة

والسمنة في مرحلة الرشد: دراسة بين التوائم"، فقد هدفت إلى اختبار العلاقة بين كراهية وتجاهل الوالدين أثناء الطفولة وارتباط ذلك بسمنة الأطفال في سن الرشد. حيث تم اختيار وتحديد (١٤٦) زوجاً من التوائم البالغة من نفس الجنس لكنهم مختلفين في مؤشر كتلة الجسم (BMI). ولجعل التصنيف مختلفاً بين التوائم تم تحديد مؤشر كتلة الجسم للتوأم الأول بين (٢٠و٢٥ kg/m^2) (الوزن الطبيعي)، أما مؤشر كتلة الجسم التوأم الآخر هو (kg/m^2 ٣٠≥) (سمنة). من إجمالي العينة البالغ (٢٣٦) من (٢٨٩) (٨١,٧%) كانوا مؤهلين للمشاركة في المقابلة والفحوصات الجسمية. تم استخدام استبيان الرعاية وإساءة المعاملة الوالدية، الجزء المتعلق بخبرة الأطفال في الرعاية والإساءة. أظهرت النتائج أن كراهية وإهمال الأمهات لأبنائهن خلال مرحلة الطفولة يرتبط بدلالة إحصائية مع زيادة الوزن عند الأطفال في مرحلة البلوغ أما إهمال الآباء وكراهيتهم فلم لم يكن لهما علاقة بسمنة الأطفال في البلوغ، إن خبرات الأطفال فيما يتعلق بكراهية وإهمال الأمهات كان لها دور في الإسهام في تطور السمنة في سن العشرين وما بعد سن البلوغ.

الدراسة التي أجراها كل من جوادلوبي، جيس، دوريس، الينا، اليسا، ماركوس وهورتنيسيا. Guadalupe, Jess, Doris, Elaine, Elsia, Marco and Hortensia (2011) بعنوان "محددات البدانة للأطفال المكسيكيين قبل سن المدرسة: تصورات وممارسات الوالدين وعلاقتها بكل من التغذية والأنشطة البدنية". هدفت إلى اكتشاف التصورات والممارسات التي تحدد السمنة لدى أباء طلبة مراكز الرعاية لمرحلة ما قبل المدرسة. واستخدم طريقة تحليل المحتوى. وقسمت العينة على خمس مجموعات مكون كل منها من (٣٨) من الآباء من ستة مراكز لراعية الأطفال في مدينة مكسيكو. المجموعة الأولى: أسباب ومضاعفات سمنة الأطفال، والمجوعة الثانية: ممارسات الأطفال الغذائية في مراكز الرعاية الصحية وفي المنزل، المجموعة الثالثة: الأطعمة الصحية وغير الصحية، المجموعة الرابعة: مردود النشاطات البدنية على الأطفال، المجموعة الخامسة: العوامل والمعوقات المؤثرة في القيام بالأنشطة البدنية، وأشارت النتائج بأن هناك موانع تحد من التغذية الصحية وهي الوقت الذي يمضيه الآباء مع الأطفال، إهمال طرق التغذية، الغذاء الغير الصحي وقلة المعرفة عن التغذية. تم كذلك تحديد أهم المعوقات الأساسية التي تحول دون قيام الأطفال بالأنشطة البدنية وهي: تأثير الأبناء الأكبر سناً على الأطفال وإشراكهم في ألعاب الفيديو، حماية الأطفال وإبعادهم عن الشوارع لما فيها من أخطار، عدم توفر الخدمات للمراكز الرياضية، وقلة التواصل مع مراكز رعاية الأطفال. وخلصت إلى أن معرفة الإباء لأهم العوامل المؤثرة في علاقة الوزن بسلوك أطفالهم من شأنه أن يسهم وبشكل إيجابي في دعم أطفالهم لتوفير الأكل الصحي والنشاطات الرياضية المنتظمة.

قام ريفاس- شيمان، (٢٠١١) Rifas-Shiman بدراسة بعنوان "هل تؤدي القيود التي تضعها الأمهات على التغذية إلى سمنة الأطفال في دراسة للأتراب المحتملين؟" وقد هدفت إلى اختبار إذا ما كان هناك علاقة بين القيود التي تمارسها الأمهات على تغذية الأطفال في السنة الأولى ومؤشر كتلة الجسم في السنة الثالثة. وقد تم تحديد العلاقة بينهما عن طريق التعرف على الوزن من أجل الطول Weight for Length (WFL) في السنة الأولى. وتكونت العينة من (٨٣٧) زوجاً من الأمهات والرضع باستخدام أسلوب الأتراب (Cohort Study). كان المحور الأساسي هو معرفة القيود التي تضعها الأمهات على تغذية الأطفال في السنة الأولى حيث تم تم استخدام استبيان تم إعداده لهذا الغرض. تم استخدام نموذج الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات قبل وبعد ضبط الوزن والطول في السنة الأولى. أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين القيود التي تفرضها الأمهات على التغذية وارتفاع مؤشر كتلة الجسم للأطفال في السنة الثالثة وذلك قبل عملية ضبط نسبة الطول والوزن في السنة الأولى. من الممكن أن يكون أحد الأسباب الأساسية لذلك هو القيود التي يفرضها الآباء على أطعمة الرضع الذين يعانون أصلاً من زيادة في الوزن.

أجرى كل من موساد، فيجا، تيرن - جراسيا، يونافان وفيز (٢٠١٣)، Musaad, Paige, Teran-Garcia, Donovan and Fise دراسة بعنوان "زيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال المصابين بالربو: دور تصورات الآباء عن حالة أوزان أبنائهم". أكدت أن سمنة الأطفال وضيق التنفس في تزايد مستمرين في الولايات المتحدة. حيث تفيد البيانات الطبية والسريرية إلى وجود علاقة بين الاثنين، حيث تبين الإحصائيات أن الطفل الذي يعاني من زيادة الوزن أو البدانة معرض أكثر من غيره لخطر الإصابة بضيق التنفس. إن وقاية الطفل أفضل من العلاج مستقبلاً. وعليه فإنه يجب على الوالدين أن يتقبلوا بأن أطفالهم يعانون من زيادة الوزن. كثير من الوالدين لا يقيمون بشكل دقيق حالة أوزان أطفالهم. تم التعرف على ممارسات تغذية الطفل وتصورات الوالدين حول أوزان أبنائهم أثناء تشخيص مرض ضيق التنفس والذي يكون إما بسبب الحساسية للأطعمة أو ارتفاع مؤشر كتلة الجسم. تم استخدام منهج دراسة الموجات، استبيان تقدير الذات للوالدين واستخدام كذلك المسح الرقمي عن طريق البريد الإلكتروني. كان حجم العينة (٤٩٧) من الأطفال الذين يعانون من السمنة وضيق التنفس من (٣٣) مركزاً لرعاية الطفولة بخمس مقاطعات بجنوب الينوي. أشارت النتائج أن (٩٣%) من الوالدين الذين يعاني أبنائهم من الربو أو الحساسية للأغذية لا يدركون بأن أبنائهم يعانون من زيادة الوزن/السمنة المفرطة. حيث كانت متوسطات درجات القلق والحماية لدى الوالدين حول وزن الطفل لمن يعانون من الربو والحساسية من الطعام أعلى ممن يعاني من مرض واحد فقط.

قامت كل من هانكوك، لورانس و زوبريك، Hancock, Lawrence and Zubrick بدراسة بعنوان "حماية الأمهات المفرطة وعلاقتها مع احتمالية زيادة الوزن أو السمنة للأطفال: دراسة استرالية طولية" في عام (٢٠١٤م)، تناولوا فيها الاهتمام المتزايد خلال السنوات الأخيرة في الدور المحتمل الذي يمكن تلعبه حماية الآباء المفرطة في تنمية الأطفال، حيث ذهب البعض نحو الاتجاه بأن خوف الآباء وخفض فرص الطفل نحو الاستقلال قد يرتبط بزيادة معدلات الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة، تم استخدام البيانات من الدراسة الطولية للأطفال الأستراليين "Longitudinal Study of Australian Children"، هدفت الدراسة إلى اختبار العلاقة بين حماية الأمهات المفرطة وزيادة وزن الأطفال والسمنة لمجموعة من الأطفال بلغ عددها (٤٠٠٠) طفلاً من (٤-٥) سنوات، وتم تتبعها لـ(٦-٧)، (٨-٩) و (١٠-١١) سنة. تضمنت المقاييس حجم حماية الآباء المفرطة للأطفال عندما كانت أعمارهم (٦-٧)، (٨-٩) وقد اشتملت المقاييس على: مؤشر كتلة الجسم للأطفال BMI، مدخول الأسرة، سلبيات الحي، ترتيب الطفل بين أخوته ومؤشر كتلة جسم للأمهات، المستوى التعليمي، الوظيفة، الصحة العقلية وعمر الطفل الأول، تم استخدام المؤشر العالمي للسمنة والفئة العمرية لفريق العمل، ومحددات مؤشر كتلة الجسم بالنسبة للجنس "International Obesity Taskforce age-and sex-specific BMI" لتحديد أذا ما كان وزن الطفل طبيعياً، وزن زائد أو سمنة. أظهرت النتائج بأنه لا توجد علاقة بين حماية الأمهات واحتمال زيادة الوزن أو السمنة لأطفالهن في العمر من (٤-٥)، (٦-٧)، أو من (٨-٩)، على الرغم من ذلك تبين وجود علاقة بين حماية الأمهات المفرطة واحتمالية زيادة الوزن والسمنة بنسبة (١٣%) لدى الفئة العمرية من (١٠-١١) سنة. قدمت النتائج إثباتا على وجود علاقة بين حماية الأمهات المفرطة وزيادة الوزن وسمنة الأطفال، ومع ذلك ينبغي على الدراسات القادمة فهم الآلية التي تربط بين هذين المفهومين. كما أكدت النتائج كذلك على ضرورة أن يبدأ الآباء والأمهات في التفكير في العواقب المترتبة في التضييق على أطفالهم.

التعليق على الدراسات السابقة

من خلال عرضنا للمجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت دور كل من الإهمال والحماية الوالدية في سمنة الأطفال، نجد أن هناك قلة في الدراسات العربية التي تناولت تأثير هذين المتغيرين على السمنة، وبالتالي تأتي هذه الدراسة حتى تسد جزءاً من الثغرة الموجودة في قلة الدراسات العربية، بينما يلاحظ من العرض السابق تعدد وتنوع الدراسات الأجنبية، وسيناقش

الباحث الدراسات السابقة من عدة محاور هي: الهدف، العينة، الأدوات المستخدمة، والنتائج، وذلك كما يلي:

١- **من حيث الهدف:** تنوعت الأهداف التي تناولتها الدراسات السابقة، حيث هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على تأثير الإهمال الوالدي على سمنة الأطفال، وذلك في كل من دراسة نيوتسن وآخرين Kuntson et al (٢٠١٠)، وبينت وآخرين Bennett et al (٢٠١٠)، وفموسي وآخرين Vamosi et al (٢٠١١). بينما تناولت دراسة ماكنتوش وآخرين Mclntosh et al (٢٠٠٦) تأثير كل من دخل الأسرة، الوقت الذي يمضيه الآباء مع الأطفال، وخبرات الأب العملية على تغذية الأطفال والنتائج المرتبطة بالسمنة، كما تطرقت بعض الدراسات إلى اختبار العلاقة بين حماية الآباء الزائدة وسمنة الأطفال، وذلك في دراسة ريفاس-شيمان Rifas-Shiman (٢٠١١)، وهانكوك وآخرين Hancock et al (٢٠١٤).

٢- **من حيث العينة:** تنوعت العينات التي استخدمتها كل دراسة من حيث العدد والنوع والعمر وطبيعة العينة. فمن حيث العدد: امتد حجم العينة من (٤١) كما في دراسة هولت وآخرين Holt et al (٢٠٠٨) إلى (٤٠٠٠) كما في دراسة ريفاس-شيمان Rifas-Shiman (٢٠١١). ومن حيث النوع: نجد أن بعض الدراسات تناولت عينة من الذكور والإناث معاً كما في دراسة ماكنتوش وآحرين Mclntosh et al (٢٠٠٦)، وموساد وآخرين Musaad et al (٢٠١٣)، وبعض الدراسات تناولت الأمهات فقط كما في دراسة فموسي وآخرين Vamosi et al (٢٠١١)، ريفاس-شيمان Rifas-Shiman (٢٠١١)، وهانكوك وآخرين Hancock et al (٢٠١٤)، في حين لم يجد الباحث دراسة تناولت الذكور فقط. ومن حيث العمر: فقد ذكرت الدراسات أعمار الأطفال الذين يعانون من السمنة بطريقة تتبعيه كما في دراسة بينت وآخرين Bennett et al (٢٠١٠) حيث تم متابعة الأطفال من عمر (٤ إلى ٦ سنوات) حتى الفترة العمرية من (٧ إلى ٩ سنوات)، ودراسة هانكوك وآخرين Hancock et al (٢٠١٤)، كما تناولت دراسة ماكنتوش وآخرين Mclntosh et al (٢٠٠٦) الفترة العمرية من (٩ إلى ١١ سنة) و (١٣ إلى ١٥ سنة). ومن حيث طبيعة العينة: اختلفت طبيعة العينات التي طُبقت عليها الدراسات المختلفة، حيث طُبقت بعض الدراسات على عينة من الأطفال ممن يعانون من السمنة وزيادة الوزن ومقارنتهم بأطفال من نفس المرحلة العمرية يتمتعون بوزن طبيعي كما في دراسة فموسي وآخرين Vamosi et al (٢٠١١)، و بينت وآخرين Bennett et al (٢٠١٠)، كما طُبقت بعض الدراسات

على أطفال مهملين ويتم متابعتهم في مراكز لرعاية الأطفال كدراسة جوادالوبي وآخرين Guadalupe et al (٢٠١١)، أما الدراسة التي قام بها موساد وآخرين Musaad et al (٢٠١٣) فقد طُبقت على الأطفال البدناء المصابين بضيق التنفس.

٣- **من حيث الأدوات:** لاحظ الباحث عدم ذكر بعض الدراسات السابقة للأدوات المستخدمة فيها ما عدا دراسة نيوتسن وآخرين Kuntson et al (٢٠٠٩) التي أُستخدمت فيها ثلاثة مقاييس هي (مقياس البيئة المنزلية، ومقياسي الإهمال والإشراف الوالدي)، وفي الدراسة التي أجراها فموسي وآخرين Vamosi et al (٢٠١١) التي أستخدم فيها مقياس الرعاية وإساءة المعاملة الوالدية لبفيلكو، الجزء المتعلق بخبرات الأطفال في الرعاية والإساءة، أما دراسة ريفاس-شيمان Rifas-Shiman (٢٠١١) فقد استخدمت مقياس الهدف منه التعرف على القيود التي تضعها الأمهات على تغذية الأطفال في سنتهم الأولى.

٤- **من حيث النتائج:** تشابهت أغلب الدراسات السابقة في توصلها إلى وجود علاقة بين كل من أسلوبي الإهمال والحماية الوالدية الزائدة وسمنة الأطفال، لكنها اختلفت في توصيف هذه العلاقة، ففي دراسة ماكنتوش وآخرين McIntosh et al (٢٠٠٦) وجدت أن الوقت الذي يمضيه الوالدان مع الأبناء يؤثر على درجة السمنة لديهم، كما أن سمنة الأطفال تتأثر باختلاف جنس ولي الأمر، في حين جاءت نتائج دراسة هولت وآخرين Holt et al (٢٠٠٨) لتؤكد بأن كل من إهمال الآباء وحمايتهم الزائدة يؤثران بشكل كبير على صحة الأطفال ودرجة سمنتهم، أما دراسة نيوتسن وآخرين Kuntson et al (٢٠٠٩) فكانت النتائج بتأثير إهمال الرعاية على كتلة الجسم الأطفال، وفي دراسة بينت وآخرين Bennett et al (٢٠١٠) أوضحت النتائج بوجود تقارب بين كل من الأطفال المهملين والأطفال المقارنين في معدل مؤشر كتلة الجسم ومع ذلك فإن معدلاتهم فاقت المعايير الخاصة بمركز التحكم والوقاية من الأمراض، ودراسة فموسي وآخرين Vamosi et al (٢٠١١) فقد أظهرت النتائج أن إهمال الأمهات لأبنائهن خلال مرحلة الطفولة يرتبط بدلالة إحصائية مع زيادة وزن الأطفال في مرحلة البلوغ في حين أن إهمال الآباء لم يرتبط بسمنة الأطفال في مرحلة البلوغ، في حين أظهرت نتائج دراسة جوادالوبي وآخرين Guadalupe et al (٢٠١١) بوجود العديد من الموانع التي تحد من التغذية الصحيحة منها الوقت الذي يمضيه الآباء مع الأطفال، وقلة معرفة الآباء عن التغذية، كما أوضحت النتائج كذلك المعوقات التي تحول دون ممارسة الأطفال للأنشطة البدنية مثل تأثير الأبناء الأكبر سناً وألعاب الفيديو وحماية الأطفال

وإبعادهم عن الشوارع، أما دراسة ريفاس-شيمان Rifas-Shiman (٢٠١١) فقد أوضحت نتائجها إلى وجود علاقة بين القيود التي تفرضها الأمهات على التغذية وارتفاع مؤشر كتلة الجسم لدى الأطفال في السنة الثالثة، وأخيراً دراسة هانكوك وآخرين Hancock et al (٢٠١٤) جاءت نتائجها لتؤكد على وجود العلاقة بين حماية الأمهات المفرطة واحتمال زيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال.

وقد استفاد الباحث من استعراض الدراسات السابقة في الأمور التالية:

١- إثراء الجانب النظري: حيث تم الاطلاع على آخر ما توصلت إليه الدراسات التي بحثت في كل من متغيري الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في سمنة الأطفال في مرحلة الطفولة، الأمر الذي أسهم في تدعيم هذه الدراسة وإثرائها.

٢- أدوات الدراسة: تم الاستعانة في صياغة مقياس هذه الدراسة مع المقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة الأمر الذي ساهم في تحديد أهم البنود التي تم إدراجها في المقياس لقياس أثر كل من الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في سمنة الأطفال.

٣- النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة: ربط نتائج الدراسة الحالية بنتائج الدراسات السابقة والتعرف على أوجه الاتفاق والاختلاف.

الفصل الثالث

المنهج والإجراءات

المنهج المستخدم

مجتمع الدراسة والعينة

أدوات الدراسة

الأساليب الإحصائية المستخدمة

حدود الدراسة

الفصل الثالث

يتضمن هذا الفصل استعراض إجراءات الدراسة الميدانية التي اتبعها الباحث للتحقق من أسئلة الدراسة، ويتناول هذا الفصل وصفاً للمنهج المستخدم وعينة الدراسة والأدوات المستخدمة فيها وهي مقياس أثر الإهمال الوالدي والحماية الزائدة على سمنة الأطفال، واستمارة البيانات الأولية لولي الأمر، بالإضافة إلى استمارة المقاييس الجسمانية للأطفال. ثم الإجراءات التي تم إتباعها عند تطبيق المقياس المستخدم في الدراسة، وأخيراً استعراض الأساليب الإحصائية التي تم استخدامها لاختبار أسئلة الدراسة.

منهج الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي المقارن لملاءمته للمشكلة المدروسة وللعينة المختارة، حيث يقوم على وصف وتحديد المشكلة بكافة أبعادها، ومن ثم تحليل العوامل والأسباب التي أدت لحدوث المشكلة مع وضع الحلول المناسبة لتفاديها مستقبلاً.

مجتمع الدراسة

تألف مجتمع الدراسة الحالي من جميع أولياء أمور التلاميذ المرحلة الابتدائية بمملكة البحرين، وفيما يتعلق بالأطفال فهم تلاميذ المرحلة الابتدائية بمملكة البحرين، الحلقتين الأولى والثانية والبالغ عددهم (٦٤٨٨٧) موزعين على (٣٢٠٧٢ ذكور) و(٣٢٨١٥ إناث)، وذلك وفقاً لإحصائية وزارة التربية والتعليم الصادرة سنة ٢٠١٣/٢٠١٤م.

عينة الدراسة

الدراسة الاستطلاعية

هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى بناء أداة مسحية للوقوف على الظاهرة والتعرف عليها عن قرب، ومن ثم الوصول إلى الأداة الرئيسية المناسبة للدراسة، وتكونت العينة الاستطلاعية من (٢٠) ولي أمر أبنائهم تلاميذ يعانون من السمنة في المرحلة الابتدائية وذلك وفق المقاييس الجسمانية ومؤشر كتلة الجسم، موزعين على النحو الآتي: (١٠) بنين و(١٠) بنات. واستخدمت هذه العينة للتحقق من صدق وثبات أداة الدراسة المستخدمة وهو مقياس أثر الإهمال الوالدي والحماية الزائدة على سمنة الأطفال.

العينة الأساسية

تكونت العينة الأساسية من (٩٥) ولي أمر أبنائهم تلاميذ في المرحلة الابتدائية يعانون من السمنة وذلك بناءً على مؤشر كتلة الجسم BMI، من محافظات مملكة البحرين، موزعين على النحو التالي (٥٠) تلميذاً و (٤٥) تلميذة، كما تم أخذ المقاييس الجسمانية وهي (الوزن، الطول، العمر، مؤشر كتلة الجسم)، للتأكد من إصابتهم بالسمنة.

والجدول رقم (٢) يوضح توزيع العينة الأساسية طبقاً لمتغيرات الدراسة (عمر الوالدين، جنس الوالدين، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، والمستوى الاقتصادي)، بالإضافة إلى (جنس الطفل، عدد الأبناء، ترتيب الطفل في الأسرة، المعرفة بوزن ومؤشر كتلة جسم الطفل، كتلة جسم الطفل).

جدول رقم (٢)

يوضح وصفاً لمتغيرات عينة الدراسة بحسب التكرارات والنسب المئوية

المتغيرات		الذكور		الإناث		المجموع
		التكرارات	%	التكرارات	%	
عمر ولي الأمر	أقل من ٢٥-٣٠	٢	%٤	٨	%١٧	١٠
	من ٣١-٣٩ سنة	١٤	%٣٠	٢٣	%٤٨	٣٧
	من ٤٠-٤٩ سنة	٢١	%٤٥	١٢	%٢٥	٣٣
	أكثر ٥٠	١٠	%٢١	٥	%١٠	١٥
	المجموع	٤٧	**%١٠٠**	٤٨	**%١٠٠**	**٩٥**
جنس الطفل	ذكر	٣٣	%٧٠	١٧	%٣٥	٥٠
	أنثى	١٤	%٣٠	٣١	%٦٥	٤٥
	المجموع	٤٧	%١٠٠	٤٨	%١٠٠	٩٥
المؤهل العلمي	الابتدائية	٤	%٩	٣	%٦	٧

	الإعدادية	٦	%١٣	٥	%١٠	١١
	الثانوية العامة	٢٣	%٤٩	١٩	%٤٠	٤٢
	البكالوريوس	١٤	%٣٠	١٩	%٤٠	٣٣
	الدراسات العليا	٠	%٠	٢	%٤	٢
	المجموع	٤٧	%١٠٠	٤٨	%١٠٠	**٩٥**
الحالة الاجتماعية	متزوج	٤٤	%٩٤	٤٢	%٨٨	٨٦
	مطلق	٣	%٧	٤	%٨	٧
	أرمل	٠	%٠	٢	%٤	٢
	المجموع	٤٧	%١٠٠	٤٨	%١٠٠	**٩٥**
عدد الأبناء	١	٥	%١١	٧	%١٥	١٢
	٢	٨	%١٧	٩	%١٩	١٧
	٣	١٢	%٢٥	٩	%١٩	٢١
	٤	١٠	%٢١	٧	%١٥	١٧
	٥	٨	%١٧	٧	%١٥	١٥
	٦ فأكثر	٤	%٨	٩	%١٩	١٣
	المجموع	٤٧	%١٠٠	٤٨	%١٠٠	**٩٥**
ترتيب الطفل بالأسرة	الأكبر	١٣	%٢٨	١٦	%٣٣	٢٩
	الأوسط	٢٢	%٤٧	١٨	%٣٧	٤٠
	الأصغر	١٢	%٢٥	١٤	%٣٠	٢٦
	المجموع	٤٧	%١٠٠	٤٨	%١٠٠	**٩٥**

المستوى الاقتصادي	منخفض	٩	%١٩	٧	%١٥	١٦
	متوسط	٢١	%٤٥	١٦	%٣٣	٣٧
	مرتفع	١٧	%٣٦	٢٥	%٥٢	٤٢
	المجموع	**٤٧**	**%١٠٠**	**٤٨**	**%١٠٠**	**٩٥**
المعرفة بطول الطفل	يعرف	٥	%١١	١٩	%٤٠	٢٤
	لا يعرف	٤٢	%٨٩	٢٩	%٦٠	٧١
	المجموع	**٤٧**	**%١٠٠**	**٤٨**	**%١٠٠**	**٩٥**
المعرفة بكتلة وزن الطفل	يعرف	٢٣	%٤٩	٢٤	%٥٠	٤٧
	لا يعرف	٢٤	%٥١	٢٤	%٥٠	٤٨
	المجموع	**٤٧**	**%١٠٠**	**٤٨**	**%١٠٠**	**٩٥**
كتلة جسم الطفل	٢٠-٢٥	١٣	%٢٨	٢٤	%٥٠	٣٧
	٢٦-٣٠	٢٨	%٦٠	١٩	%٤٠	٤٧
	٣١-٣٥	٦	%١٢	٥	%١٠	١١
	المجموع	**٤٧**	**%١٠٠**	**٤٨**	**%١٠٠**	**٩٥**

طريقة اختيار العينة

لقد روعي عند اختيار عينة الدراسة الحالية ما يأتي:

- أن يكون الطفل في المرحلة الابتدائية، وأن يتراوح عمره من (٦-١٢) سنة.
- أن يكون الطفل مصاباً بالسمنة وذلك وفقاً لمؤشر كتلة الجسم BMI، كما يوضحها الجدول رقم (٢).

أدوات الدراسة

للتحقق من أسئلة الدراسة الحالية قام الباحث بتصميم مقياس أثر الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في سمنة الأطفال، وأيضاً استمارة البيانات الأساسية لولي الأمر، وأخيراً استمارة المقاييس الجسمانية للطفل.

١- استمارة البيانات الأولية لولي الأمر

٢- استخدام استمارة المقاييس الجسمانية للطفل

٣- مقياس أثر الإهمال الوالدي والحماية الزائدة على سمنة الأطفال

أولاً: استمارة البيانات الأولية لولي الأمر:

قام الباحث بتحديد المتغيرات الديموغرافية للوالدين المهمة والتي يرى الباحث بأنها قد تؤثر على زيادة وزن الأبناء، وهي: الجنس، العمر، المستوى التعليمي للوالدين، الحالة الاجتماعية، ترتيب الطفل والمستوى الاقتصادي للأسرة.

ثانياً: استمارة المقاييس الجسمانية للطفل:

تم إعداد استمارة المقاييس الجسمانية بهدف التأكد من سمنة الأطفال، وذلك وفق المقاييس المعمول بها عالمياً لاستخراج مؤشر كتلة الجسم BMI. وقد احتوت الاستمارة على الأمور التالية:

١- البيانات الأساسية للطفل: الصف، العمر، الجنس.

٢- القياسات الجسمانية للطفل: الوزن بالكيلوجرام، الطول بالمتر.

٣- التصنيف بناء على مؤشر كتلة الجسم BMI: وزن مثالي، وزن زائد، سمنة خفيفة، سمنة متوسطة، سمنة زائدة.

ثالثاً: مقياس أثر الإهمال الوالدي والحماية الزائدة على سمنة الأطفال:

تكونت الأداة الأساسية من مقياس أثر الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في سمنة الأطفال من (صياغة الباحث)، من ثلاثة بنود إجابتهم بـ (أوافق بشدة)، (أوافق)، (لا أوافق)، وقد قام الباحث ببناء المقياس وفق الخطوات التالية:

١- الرجوع إلى المقاييس التي تناولت أثر المتغيرين موضوع الدراسة في سمنة الأطفال، حيث قام الباحث بالاستعانة بمقياس الوالدين من جامعة تكساس، لماكنتوش وآخرين Mclntosh et al (٢٠٠٦) "Parent Questionnaire Texas University"

٢- تم تحديد البنود التي تقيس متغيري الدراسة حيث بلغ عدد بنود متغير الإهمال (١٧) بنداً، و (٢٠) بنداً لمتغير الحماية الزائدة. وقد تم صياغة البنود بصيغة سهلة وبسيطة.

٣- ثم تم عرض البنود على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس لتحديد كل البنود التي تقيس متغيري الدراسة، من أجل إبداء الرأي واستبعاد البنود الغير مناسبة. وعليه تم اعتماد البنود التي تم الاتفاق عليها بنسبة (٨٠%).

٤- بعد التحكيم تم صياغة المقياس وقد اشتمل على (٣٦) بنداً موزعين على المقياس وهي:

- المتغير الأول ويمثل الإهمال الوالدي وتمثله أرقام العبارات التالية ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٧، ٢٧، ٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٦.
- المتغير الثاني ويمثل الحماية الزائدة وتمثله أرقام العبارات التالية ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٢، ٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٦.

صدق المقياس

للتأكد من صدق الأداة ومن مدى مناسبتها للغرض الذي صممت من أجله وهو التعرف على تأثير كل من الحماية الزائدة، والإهمال الزائد من قبل الوالدين على زيادة وزن الطفل، قام الباحث بحساب صدق الأداة باستخدام طريق الاتساق الداخلي وذلك بحساب ارتباط كل درجة من متغيرات الأداة بالدرجة الكلية، وظهرت النتيجة كما يوضحها الجدول التالي رقم (٣):

جدول رقم (٣)

الاتساق الداخلي للدرجة الكلية لبنود المقياس

البعد	ن	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إهمال الوالدين	٢٠	٠,٧٦	٠,٠١
الحماية الزائدة من قبل الوالدين	٢٠	٠,٨٢	٠,٠١

يتضح من قيم الارتباط بالجدول السابق أن درجات معامل الارتباط تتراوح بين (٠,٧٦) و (٠,٨٢)، وهي قيم دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يعني أن الأداة تتمتع بدرجة عالية من الصدق وبالتالي مناسبتها للغرض الذي أعدت من أجله.

ثبات المقياس

قام الباحث بتطبيق مقياس الإهمال الوالدي والحماية الزائدة على عينة استطلاعية لحساب ثبات المقياس قوامها (٢٠) من أولياء أمور التلاميذ الذين يعاني أبنائهم من السمنة وزيادة الوزن، وقد تم حساب ثبات المقياس عن طريق معاملات ارتباط ألفا كرونباخ، عبر إعادة تطبيق المقياس نفسه على ذات العينة خلال فترتين متباعدتين، وخلصت النتائج لما يلي:

جدول رقم (٤)

يوضح حساب معامل الثبات لمقياس أثر الإهمال الوالدي والحماية الزائدة

المحاور	عدد البنود	عدد البنود المستبعدة	معامل ألفا كرونباخ للثبات
إهمال الوالدين	١٧	–	٠,٧٩٩
حماية الوالدين الزائدة	٢٠	–	٠,٨٠٨
الثبات الكلي	٠,٨٠٣		

تشير النتائج الموضحة بالجدول (٤) إلى ارتفاع معاملات الثبات في كلا المحورين إذ بلغ الثبات الكلي لمحاور المقياس (٠,٨٠٣)، بلغ ثبات بنود محاور إهمال الوالدين (٠,٧٩٩) وثبات محاور الحماية الزائدة من قبل الوالدين (٠,٨٠٨)، مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

إجراءات الدراسة:

تم إجراء الدراسة على مرحلتين، وهما:

الدراسة الاستطلاعية

قام الباحث بتطبيق مقياس أثر الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في سمنة الأطفال، على عينة قوامها (٢٠) من أولياء أمور التلاميذ في المرحلة الابتدائية من الجنسين والذين يعاني أبنائهم من السمنة وذلك وفق مقياس كتلة الجسم BMI.

الدراسة الأساسية

قام الباحث بتطبيق المقياس في صورته النهائية على أولياء الأمور أفراد العينة للإجابة على أسئلة الدراسة، وذلك كالتالي:

١- قام الباحث بصياغة المقياس بصورته النهائية.

٢- تم أخذ موافقة وزارة التربية والتعليم بمملكة البحرين، الحصول على ورقة تسهيل مهام الباحث، بغرض تطبيق المقياس بمدارس التعليم الابتدائي بالمملكة.

٣- قام الباحث بالتواصل وزيارة المدارس الابتدائية وأخذ الموافقة على إجراء الدراسة فيها حيث تم تطبيق المقياس على (٥) مدارس للبنين و(٤) مدارس للبنات. ثم تلي ذلك قيام الباحث بشرح مفصل للمعنيين بالمدرسة كل على حدا (إدارة المدرسة، مكتب الإرشاد الاجتماعي، معلمي التربية البدنية) بالطريقة الصحيحة لتطبيق المقياس.

٤- تم أخذ المقاييس الجسمانية للتلاميذ (الوزن، الطول، العمر، الصف)، وحساب كتلة الجسم لهم للتأكد من إصابتهم بالسمنة.

٥- قام الباحث بالتنسيق مع إدارات المدارس بالتواصل مع أولياء أمور التلاميذ، والطلب منهم التعاون في ملئ فقرات المقياس.

٦- جمع المقاييس من أولياء الأمور والتأكد من استيفاءها للشروط، واستبعاد الغير مطابقة للشروط الموضوعة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة

في ضوء أهداف وأسئلة الدراسة استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية لمعالجة البيانات والتي تمثلت في الآتي:

١- التكرارات، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية والنسب المئوية.

٢- معامل ارتباط: بيرسون.

٣- اختبار T-test.

٤- اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

حدود الدراسة:

الحدود البشرية: أولياء أمور التلاميذ في مرحلة التعليم الابتدائي بمملكة البحرين.

الحدود المكانية: مملكة البحرين.

الحدود الزمانية: العام الدراسي ٢٠١٥/٢٠١٦م.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات

نتائج الدراسة

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

توصيات الدراسة

الفصل الرابع

تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها

في هذا الفصل سوف يعرض الباحث النتائج التي تم التوصل إليها بعد معالجة البيانات إحصائياً، كما سوف يتم في هذا الفصل مناقشة النتائج المتعلقة بهذه الدراسة والتي تهدف إلى التعرف على أثر كل من أسلوبي الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في سمنة الأطفال في مملكة البحرين.

أولاً: النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:

عرض نتيجة السؤال الأول:

ما مدى شيوع الإهمال الوالدي والحماية الزائدة بين أفراد عينة الدراسة وأثره في سمنة الأطفال في مملكة البحرين؟

أ- الإهمال الوالدي:

للتعرف على مدى شيوع الإهمال الوالدي بين أفراد عينة الدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة لمتغيرات بعد الإهمال الوالدي ومقارنة المتوسطات، بتقسيم متوسطات الاستجابات إلى ثلاث مستويات وإعطاء كل مستوى تقدير يصف هذا المستوى كالآتي:

- متوسط شدة الاستجابة من (١,٠٠ – ١,٥٠) منخفض
- متوسط شدة الاستجابة من (١,٥١ – ٢,٣٠) متوسط
- متوسط شدة الاستجابة من (٢,٣١ – ٣,٠٠) مرتفع

وفيما يلي النتائج التفصيلية لملامح شيوع الإهمال الوالدي بين أفراد العينة، كما يوضحها الجدول رقم (٥).

جدول رقم (٥)

استجابات أفراد عينة الدراسة على بنود متغير الإهمال الوالدي وأثره في سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير
٥	هل تعلم نتيجة وزن ابنك/ابنتك وفق مقياس الـ (BMI) مؤشر كتلة الجسم؟	١,٤٩	٠,٥٦٣	منخفض
٦	هل قام أخصائي التغذية الذي يتابع ابنك/ابنتك، بالتحدث معك حول العادات الصحية مثل: الحمية، التغذية، التمارين؟	٢,٣٦	٠,٧٤٣	مرتفع
٧	كم عدد الوجبات من الفواكه والخضراوات التي يأكلها ابنك/ابنتك في كل يوم؟	١,٦٠	٠,٨١٧	متوسط
٨	كم عدد المشروبات التي تحتوي على السكريات (المشروبات الغازية، مشروبات الطاقة، العصائر ...) التي يشربها ابنك/ابنتك كل يوم؟	٢,٢١	٠,٨٢٤	متوسط
٩	كم عدد الوجبات الخفيفة مثل (الكعك، الآيس كريم، الحلويات) التي يتناولها ابنك/ابنتك في كل يوم؟	٢,٢٥	٠,٧٤٣	متوسط
١٠	كم مرة في الأسبوع يتناول فيها ابنك/ابنتك طعاماً معداً خارج المنزل (الأطعمة السريعة)؟	٢,٠٩	٠,٨٥١	متوسط
١٢	يبدو لي أحياناً أن الطريقة الوحيدة لجعل ابني/ابنتي يحسن التصرف هي بأن أعده بإعطائه الحلويات.	١,٥٥	٠,٧٢٦	متوسط
١٣	ابني/ابنتي لا يفضل الأطعمة الصحية.	١,٨٨	٠,٧١٣	متوسط

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير
١٤	أرى أن الوجبات الصحية تستغرق وقتاً أكثر في الإعداد.	١,٦٩	٠,٧١٦	متوسط
١٥	يفضل ابني/ابنتي الأكل أثناء مشاهدة التلفاز أو استخدام (الحاسوب، الهاتف النقال، الأجهزة اللوحية ...).	٢,١٥	٠,٧٨٥	متوسط
١٦	أشعر بأني لا أملك السيطرة على ما يتناوله ابني/ابنتي من أطعمة.	٢,٢٦	٠,٦٥٦	متوسط
١٧	ما هو شعورك في القيام ببعض التغييرات لمساعدة ابنك/ابنتك ليتناول طعاماً صحياً؟	١,٤٩	٠,٧٤٢	منخفض
٢٧	أنا أشجع ابني/ابنتي ليتناول طعاماً أقل حتى لا يصبح بديناً.	١,٦٣	٠,٦٦٩	متوسط
٣٣	في كثير من الأحيان ألزم ابني/ابنتي على اتباع حمية غذائية من أجل السيطرة على وزنه.	١,٨٣	٠,٧٨١	متوسط
٣٤	أناقش مع ابني/ابنتي لماذا من المهم أن نأكل طعاماً صحياً.	١,٧٨	٠,٧١٠	متوسط
٣٥	أناقش مع ابني/ابنتي عن القيمة الغذائية للأطعمة.	١,٨٩	٠,٦٩١	متوسط
٣٦	أخبر ابني/ابنتي بالأطعمة التي يجب أن يتناولها وبالأطعمة التي لا يجب أن يتناولها من دون ذكر الأسباب.	١,٩٢	٠,٨٠٨	متوسط
	المتوسط العام	١,٨٨	٠,٧٤٨	

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن شدة استجابة أفراد عينة الدراسة على العبارات المتعلقة بالإهمال الوالدي كانت متوسطة حيث بلغ المتوسط العام (١,٨٨ من ٣)، وهي تقع في الفئة الثانية من المقياس الثلاثي (من ١,٥١ إلى ٢,٣٠)، وهي الفئة التي تشير إلى خيار "متوسط" على أداة الدراسة.

يتضح من النتائج بأن أفراد العينة موافقون بدرجة منخفضة على عبارتين فقط من عبارات الإهمال الوالدي اتجاه متابعة عادات أبنائهم الغذائية ويتمثلان في العبارتين رقمي (١٧,٥)، وقد جاءت استجابة أفراد العينة بدرجة متساوية بمتوسط (١,٤٩ من ٣). وفيما يلي بيانهما:

١) العبارة رقم (٥)، وهي "هل تعلم نتيجة وزن ابنك/ابنتك وفق مقياس الـ (BMI) مؤشر كتلة الجسم؟".

٢) العبارة رقم (١٧)، وهي "ما هو شعورك في القيام ببعض التغييرات لمساعدة ابنك/ابنتك ليتناول طعاماً صحياً؟".

كما يلاحظ من النتائج الموضحة أعلاه أن أغلب أفراد العينة جاءت استجاباتهم بدرجة متوسطة في العبارات التي تمثلها الأرقام التالية (١٢، ٧، ٢٧، ١٤، ٣٤، ٣٣، ١٣، ٣٥، ٣٦، ١٠، ١٥، ٨، ٩، ١٦)، والتي تم ترتيبهم تنازلياً حسب حيادية أفراد عينة الدراسة عليها كالتالي:

١) جاءت العبارة رقم (١٢)، وهي "يبدو لي أحياناً أن الطريقة الوحيدة لجعل ابني/ابنتي يحسن التصرف هي بأن أعده بإعطائه الحلويات" بالمرتبة الأولى من حيث استجابة أفراد العينة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (١,٥٥ من ٣).

٢) جاءت العبارة رقم (٧)، وهي "كم عدد الوجبات من الفواكه والخضراوات التي يأكلها ابنك/ابنتك في كل يوم؟" بالمرتبة الثانية من حيث استجابة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (١,٦٠ من ٣).

٣) جاءت العبارة رقم (٢٧)، وهي "أنا أشجع ابني/ابنتي ليتناول طعاماً أقل حتى لا يصبح بديناً" بالمرتبة الثالثة من حيث استجابة أولياء الأمور أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (١,٦٣ من ٣).

٤) جاءت العبارة رقم (١٤)، وهي "أرى أن الوجبات الصحية تستغرق وقتاً أكثر في الإعداد" بالمرتبة الرابعة من حيث استجابة أولياء الأمور أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (١,٦٩ من ٣).

٥) جاءت العبارة رقم (٣٤)، وهي " أناقش مع ابني/ابنتي لماذا من المهم أن نأكل طعاماً صحياً" بالمرتبة الخامسة من حيث استجابة أولياء الأمور أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (١,٧٨ من ٣).

٦) جاءت العبارة رقم (٣٣)، وهي "في كثير من الأحيان ألزم ابني/ابنتي على اتباع حمية غذائية من أجل السيطرة على وزنه" بالمرتبة السادسة من حيث استجابة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (١,٨٣ من ٣).

٧) جاءت العبارة رقم (١٣)، وهي "ابني/ابنتي لا يفضل الأطعمة الصحية" بالمرتبة السابعة من حيث استجابة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (١,٨٨ من ٣).

٨) جاءت العبارة رقم (٣٥)، وهي "أناقش مع ابني/ابنتي عن القيمة الغذائية للأطعمة" بالمرتبة الثامنة من حيث استجابة عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط بلغ (١,٩٨ من ٣).

٩) جاءت العبارة رقم (٣٦)، وهي "أخبر ابني/ابنتي بالأطعمة التي يجب أن يتناولها وبالأطعمة التي لا يجب أن يتناولها من دون ذكر الأسباب" بالمرتبة التاسعة من حيث استجابة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (١,٩٢ من ٣).

١٠) جاءت العبارة رقم (١٠)، وهي "كم مرة في الأسبوع يتناول فيها ابنك/ابنتك طعاماً معداً خارج المنزل (الأطعمة السريعة)؟" بالمرتبة العاشرة من حيث استجابة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (٢,٠٩ من ٣).

١١) جاءت العبارة رقم (١٥)، وهي "يفضل ابني/ابنتي الأكل أثناء مشاهدة التلفاز أو استخدام (الحاسوب، الهاتف النقال، الأجهزة اللوحية ...)" بالمرتبة الحادية عشر من حيث استجابة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (٢,١٥ من ٣).

١٢) جاءت العبارة رقم (٨)، وهي "كم عدد المشروبات التي تحتوي على السكريات (المشروبات الغازية، مشروبات الطاقة، العصائر ...) التي يشربها ابنك/ابنتك كل يوم؟" بالمرتبة الثانية عشر من حيث استجابة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (٢,٢١ من ٣).

١٣) جاءت العبارة رقم (٩)، وهي "كم عدد الوجبات الخفيفة مثل (الكعك، الآيس كريم، الحلويات) التي يتناولها ابنك/ابنتك في كل يوم؟" بالمرتبة الثالثة عشر من حيث استجابة أفراد العينة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (٢,٢٥ من ٣).

١٤) جاءت العبارة رقم (١٦)، وهي "أشعر بأني لا أملك السيطرة على ما يتناوله ابني/ابنتي من أطعمة" بالمرتبة الرابعة عشر من حيث استجابة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (٢,٢٦ من ٣).

ويتضح من الجدول أعلاه أن استجابة أفراد عينة الدراسة جاءت بدرجة مرتفعة في عبارة واحد فقط وهي العبارة رقم (٦)، "هل قام أخصائي التغذية الذي يتابع ابنك/ابنتك، بالتحدث معك حول العادات الصحية مثل: الحمية، التغذية، التمارين؟" حيث بلغ متوسط استجابة أولياء الأمور (٢,٣٦ من ٣) وذلك وفق المقياس الثلاثي.

ب-الحماية الزائدة:

للتعرف على مدى شيوع الحماية الزائدة بين أفراد عينة الدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة لمتغيرات بعد الحماية الزائدة، ومقارنة المتوسطات، بتقسيم متوسطات الاستجابات إلى ثلاث مستويات وإعطاء كل مستوى تقدير يصف هذا المستوى كالآتي:

- متوسط شدة الاستجابة من (١,٠٠ – ١,٥٠) منخفض
- متوسط شدة الاستجابة من (١,٥١ – ٢,٣٠) متوسط
- متوسط شدة الاستجابة من (٢,٣١ – ٣,٠٠) مرتفع

وفيما يلي النتائج التفصيلية لملامح شيوع الحماية الزائدة بين أفراد العينة، كما يوضحها الجدول رقم (٦).

جدول رقم (٦)

استجابة أفراد عينة الدراسة على بنود متغير الحماية الزائدة وأثرها على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير
١٧	ما هو شعورك في القيام ببعض التغييرات لمساعدة ابنك/ابنتك، ليتناول طعاماً صحياً؟	١,٤٩	٠,٧٤٢	منخفض
١٨	ينبغي دئماً على ابني/ابنتي تناول كل الطعام الموجود في طبقه.	٢,٦٢	٠,٦٢٢	مرتفع
١٩	إذا قال لي ابني/ابنتي، "أنا لست جائعاً"، أحاول إرغامه على الأكل بأية طريقة.	١,٣٦	٠,٥٨٢	منخفض
٢٠	إذا تناول ابني/ابنتي، كمية صغيرة من الطعام، أحاول إرغامه على تناول المزيد.	١,٣٣	٠,٥٥٤	منخفض
٢١	عندما يقول ابني/ابنتي بانه أنهى الأكل، أحاول إرغامه لتناول قضمه واحدة (أكثر من اثنتين، الخ) من الطعام.	١,٣٤	٠,٥٥٨	منخفض
٢٢	إذا لم أقم بتوجيه وتنظيم أكل ابني/ابنتي، فإنه سيتناول الكثير من الأطعمة المفضلة لديه.	٢,٣١	٠,٧٣٠	مرتفع
٢٣	إذا أنا لم أقم بتوجيه وتنظيم أكل ابني/ابنتي، فإنه سيتناول الكثير من الأطعمة الغير مرغوب بها.	٢,٢١	٠,٦٣٤	متوسط
٢٤	يجب أن أكون متأكداً من أن ابني/ابنتي لا يتناول الكثير من الأطعمة المفضلة لديه.	١,٩٤	٠,٦٨١	متوسط
٢٥	يجب أن أكون متأكداً من أن ابني/ابنتي لا يتناول الكثير من الحلويات (الكعك، الآيس	٢,٢٠	٠,٦٧٨	متوسط

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير
	كريم، الحلويات).			
٢٦	يجب أن أكون متأكداً أن ابني/ابنتي لا يتناول الكثير من الأطعمة الغنية بالدهون.	٢,١٨	٠,٧١٤	متوسط
٢٧	أنا أشجع ابني/ابنتي ليتناول طعاماً أقل حتى لا يصبح بديناً.	١,٦٣	٠,٦٦٩	متوسط
٢٨	أعطي ابني/ابنتي وجبات صغيرة من الطعام للسيطرة على وزنه.	١,٨٩	٠,٧٦٥	متوسط
٢٩	إذا أكل ابني/ابنتي أكثر من المعتاد في وجبة واحدة، أحاول أن أحد من تناوله للطعام في الوجبة التالية.	١,٨٩	٠,٧٦٥	متوسط
٣٠	أحد من الأطعمة التي قد تسبب البدانة إلى ابني/ابنتي.	٢,١٤	٠,٧٠٩	متوسط
٣١	هناك بعض الأطعمة التي لا ينبغي لابني/ابنتي أن يتناولها لأنها ستجعل منه بديناً.	٢,٣٢	٠,٦٤٠	مرتفع
٣٢	لا أسمح لابني/ابنتي أن يأكل بين الوجبات لأني لا أرغب أن يصبح بديناً.	١,٨٨	٠,٧٥٦	متوسط
٣٣	في كثير من الأحيان ألزم ابني/ابنتي على اتباع حمية غذائية من أجل السيطرة على وزنه.	١,٨٣	٠,٧٨١	متوسط
٣٤	أناقش مع ابني/ابنتي لماذا من المهم أن نأكل طعاماً صحياً.	١,٧٦	٠,٧١٠	متوسط
٣٥	أناقش مع ابني/ابنتي عن القيمة الغذائية للأطعمة.	١,٨٩	٠,٦٩١	متوسط

الرقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير
٣٦	أخبر ابني/ابنتي بالأطعمة التي يجب أن يتناولها من دون ذكر الأسباب.	١,٩٢	٠,٨٠٨	متوسط
	المتوسط العام	١,٨٩	٠,٦٨٧	

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن استجابات أولياء الأمور أفراد عينة الدراسة على العبارات المتعلقة بالحماية الزائدة كانت متوسطة (١,٨٩ من ٣)، وهي تقع في الفئة الثانية من فئات المقياس الثلاثي (من ١,٥١ إلى ٢,٣٠)، وهي الفئة التي تشير إلى خيار "متوسط" على أداة الدراسة.

كما يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة موافقون بدرجة قليلة على أربعة من العبارات الدالة على الحماية الزائدة من قبل الآباء تجاه الأبناء وهي (٢٠،٢١، ١٩، ١٧)، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب حيادية أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة منخفضة:

١) جاءت العبارة رقم (٢٠)، وهي " إذا تناول ابني/ابنتي، كمية صغيرة من الطعام، أحاول إرغامه على تناول المزيد" بالمرتبة الأولى بدرجة استجابة قليلة من الآباء أفراد عينة الدراسة بمتوسط (١,٣٣ من ٣).

٢) جاءت العبارة رقم (٢١)، وهي " عندما يقول ابني/ابنتي بأنه أنهى الأكل، أحاول إرغامه لتناول قضمه واحدة (أكثر من اثنتين، الخ) من الطعام" بالمرتبة الثانية من حيث درجة استجابة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (١,٣٤ من ٣).

٣) جاءت العبارة رقم (١٩)، وهي "إذا قال لي ابني/ابنتي، "أنا لست جائعاً"، أحاول إرغامه على الأكل بأية طريقة" بالمرتبة الثالثة من حيث درجة استجابة أولياء الأمور أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (١,٣٦ من ٣).

٤) جاءت العبارة رقم (١٧)، وهي "ما هو شعورك في القيام ببعض التغييرات لمساعدة ابنك/ابنتك، ليتناول طعاماً صحياً؟" بالمرتبة الرابعة من حيث درجة استجابة أفراد العينة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (١,٤٩ من ٣).

ويتضح التفاوت في موافقة أفراد عينة الدراسة على السلوكيات الدالة على حماية الآباء المفرطة تجاه أبنائهم، حيث أن أفراد عينة الدراسة موافقون بدرجة متوسطة على ثلاثة عشر عبارة وهي (٢٧، ٣٤، ٣٣، ٣٢، ٢٨،٢٩، ٣٥، ٣٦، ٢٤، ٣٠، ٢٦، ٢٥، ٢٣)، وهو ما يعكس موافقة الآباء على أغلب العبارات والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب حيادية أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة:

١) جاءت العبارة رقم (٢٧)، وهي "أنا أشجع ابني/ابنتي ليتناول طعاماً أقل حتى لا يصبح بديناً" بالمرتبة الأولى بدرجة استجابة متوسطة من أفراد العينة بمتوسط (١,٦٣ من ٣).

٢) جاءت العبارة رقم (٣٤)، وهي "أناقش مع ابني/ابنتي لماذا من المهم أن نأكل طعاماً صحياً" بالمرتبة الثانية بدرجة استجابة متوسطة من أفراد عينة الدراسة بمتوسط (١,٧٦ من ٣).

٣) جاءت العبارة رقم (٣٣)، وهي "في كثير من الأحيان ألزم ابني/ابنتي على اتباع حمية غذائية من أجل السيطرة على وزنه" بالمرتبة الثالثة بدرجة استجابة متوسطة من الآباء أفراد العينة بمتوسط (١,٨٣ من ٣).

٤) جاءت العبارة رقم (٣٢)، وهي "لا أسمح لابني/ابنتي أن يأكل بين الوجبات لأني لا أرغب أن يصبح بديناً" بالمرتبة الرابعة بدرجة استجابة متوسطة من أفراد العينة بمتوسط (١,٨٨ من ٣).

٥) كما جاءت شدة استجابة أفراد عينة الدراسة بدرجة متساوية في ثلاث عبارات هي، عبارة رقم (٢٨)، " أعطي ابني/ابنتي وجبات صغيرة من الطعام للسيطرة على وزنه"، وعبارة رقم (٢٩)، وهي "إذا أكل ابني/ابنتي أكثر من المعتاد في وجبة واحدة، أحاول أن أحد من تناوله للطعام في الوجبة التالية"، وأخيراً العبارة رقم (٣٥)، وهي "أناقش مع ابني/ابنتي عن القيمة الغذائية للأطعمة"، بالمرتبة الخامسة بدرجة استجابة متوسطة من أفراد العينة بمتوسط (١,٨٩ من ٣).

٦) جاءت العبارة رقم (٣٦)، وهي "أخبر ابني/ابنتي بالأطعمة التي يجب أن يتناولها من دون ذكر الأسباب" بالمرتبة السادسة بدرجة استجابة متوسطة من أفراد عينة الدراسة بمتوسط (١,٩٢ من ٣).

٧) جاءت العبارة رقم (٢٤)، وهي "يجب أن أكون متأكداً من أن ابني/ابنتي لا يتناول الكثير من الأطعمة المفضلة لديه" بالمرتبة السابعة بدرجة استجابة متوسطة من أفراد العينة بمتوسط (١,٩٤ من ٣).

٨) جاءت العبارة رقم (٣٠)، وهي "أحد من الأطعمة التي قد تسبب البدانة إلى ابني/ابنتي" بالمرتبة الثامنة بدرجة استجابة متوسطة من أفراد العينة بمتوسط (٢,١٤ من ٣).

٩) جاءت العبارة رقم (٢٦)، وهي "يجب أن أكون متأكداً أن ابني/ابنتي لا يتناول الكثير من الأطعمة الغنية بالدهون" بالمرتبة التاسعة بدرجة استجابة متوسطة من أفراد عينة الدراسة بمتوسط (٢,١٨ من ٣).

١٠) جاءت العبارة رقم (٢٥)، وهي "يجب أن أكون متأكداً من أن ابني/ابنتي لا يتناول الكثير من الحلويات (الكعك، الآيس كريم، الحلويات)" بالمرتبة العاشرة بدرجة استجابة متوسطة من أفراد العينة بمتوسط (٢,٢٠ من ٣).

١١) جاءت العبارة رقم (٢٣)، وهي "إذا أنا لم أقم بتوجيه وتنظيم أكل ابني/ابنتي، فإنه سيتناول الكثير من الأطعمة الغير مرغوب بها" بالمرتبة الحادية عشرة بدرجة استجابة متوسطة من أفراد العينة بمتوسط (٢,٢١ من ٣).

ومع ذلك توجد بعض العبارات والسلوكيات التي تدلل على إفراط الآباء في حماية أبنائهم، حيث أن أفراد العينة موافقون على ثلاث عبارات بدرجة مرتفعة وهي (٢٢، ٣١، ١٨) والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب حيادية أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة مرتفعة:

١) جاءت العبارة رقم (٢٢)، وهي "إذا لم أقم بتوجيه وتنظيم أكل ابني/ابنتي، فإنه سيتناول الكثير من الأطعمة المفضلة لديه" بالمرتبة الأولى بدرجة استجابة مرتفعة من أفراد عينة الدراسة بمتوسط (٢,٣١ من ٣).

٢) جاءت العبارة رقم (٣١)، وهي "هناك بعض الأطعمة التي لا ينبغي لإبني/ابنتي أن يتناولها لأنها ستجعل منه بديناً" بالمرتبة الثانية بدرجة استجابة مرتفعة من أفراد عينة الدراسة بمتوسط (٢,٣٢ من ٣).

٣) جاءت العبارة رقم (١٨)، وهي "ينبغي دئماً على ابني/ابنتي تناول كل الطعام الموجود في طبقه" بالمرتبة الثالثة بدرجة استجابة مرتفعة من أفراد العينة بمتوسط (٢,٦٢ من ٣).

عرض نتيجة السؤال الثاني:

هل هناك علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين كل من الإهمال الوالدي والحماية الزائدة على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟

أ- الإهمال الوالدي وعلاقته بسمنة الأطفال:

للتحقق من صحة هذا التساؤل تم استخدام معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرات المستقلة والتابعة، للتعرف على أثر كل من إهمال الوالدين وحمايتهم الزائدة على سمنة الأطفال، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي رقم (٧).

جدول رقم (٧)

مصفوفة معامل الارتباط للتعرف على العلاقة بين كل من إهمال الوالدين والحماية الزائدة على سمنة الأطفال في مملكة البحرين

المتغيرات / المتغيرات	كتلة الوزن	الإهمال الأسري	الحماية الزائدة
كتلة الوزن	١,٠٠	**٠,٢٦٨	**٠,٢٨٥
الإهمال الأسري	**٠,٢٦٨	١,٠٠	٠,٠٥٠
الحماية الزائدة	**٠,٢٨٥	٠,٠٥٠	١,٠٠

* دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١

يتضح من الجدول رقم (٧) ما يلي:

توجد علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين كل من إهمال الوالدين والحماية الزائدة وسمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين، عند مستوى دلالة (٠,٠١).

عرض نتيجة السؤال الثالث:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة بحسب متغير جنس الوالدين اتجاه مستوى إهمال الأبناء والحماية الزائدة وانعكاسه على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟

للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير جنس الوالدين اتجاه مستوى إهمال الأطفال وانعكاسه على سمنتهم، استخدم الباحث اختبار "ت": "Independent Sample T-Test"، وجاءت النتيجة كما يوضحها الجدول التالي رقم (٨):

جدول (٨)

نتائج اختبار (ت) T-Test لمعرفة الفروق بين أفراد مجموعة الدراسة حسب متغير جنس الوالدين والإهمال من قبل الوالدين وأثره على سمنة الأطفال

جنس الوالدين	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	T-test	درجات الحرية	مستوى الدلالة
ذكر	٤٧	٣٣,٠٨	٥,٥٦٣	٠,٠٢٠	٩٣	٠,٦٢٩
أنثى	٤٨	٣٣,٠٦٢	٥,٥٩٠			

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) أو أكثر بين أفراد مجموعة الدراسة حسب متغير الجنس تجاه مستوى إهمال الوالدين وانعكاسه على سمنة الأطفال.

للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير جنس الوالدين اتجاه مستوى الحماية الزائدة وانعكاسها على سمنة الأطفال، استخدم الباحث اختبار "ت": "Independent Sample T-Test"، وجاءت النتيجة كما يوضحها الجدول التالي رقم (٩):

جدول (٩)

نتائج اختبار (ت) T-Test لمعرفة الفروق بين أفراد مجموعة الدراسة حسب متغير الجنس حول الحماية الزائدة من قبل الوالدين وأثره على سمنة الأطفال

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	T-test	درجات الحرية	مستوى الدلالة
ذكر	٤٧	٣٧,٤٦	٤,٠٨٥	١,٥١٤	٩٣	٠,٥٦٩
أنثى	٤٨	٣٨,٧٧	٤,٢٩٨			

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) أو أكثر بين أفراد مجموعة الدراسة حسب متغير الجنس تجاه مستوى حماية الوالدين الزائدة وانعكاسها على زيادة وزن الطفل.

عرض نتيجة السؤال الرابع:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة بحسب المؤهل الأكاديمي والمستوى الاقتصادي للوالدين اتجاه إهمال الأبناء وانعكاسه على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟

للتعرف على إذا ما كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير المؤهل الأكاديمي لأولياء الأمور اتجاه مستوى إهمال الوالدين وانعكاسه على سمنة الأطفال استخدم الباحث "تحليل التباين الأحادي" (One Way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في استجابات أفراد الدراسة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (١٠).

جدول (١٠)

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق في استجابة أفراد العينة طبقاً لمتغير المؤهل الأكاديمي لأولياء الأمور

المؤهل الأكاديمي	مصدر التباين	مجموع المربعات	المتوسط الحسابي	درجات الحرية	قيمة F	مستوى الدلالة
الابتدائية	بين المجموعات	٢١,٠٥٦	٣٢,٨٥	٩٤	١,٢٠٠	٠,٢٧٦
الإعدادية			٣٧,٠٠			
الثانوية	داخل المجموعات	٥٧,٤٢٩	٣٣,٠٢			
البكالوريوس			٣٣,٣٩			
الدراسات العليا	المجموع	٧٨,٤٨٤	٢٩,٠٠			

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) أو أكثر في استجابات أفراد العينة طبقاً لمتغير المؤهل الأكاديمي لأولياء الأمور في اتجاه مستوى إهمال الوالدين وانعكاسه على سمنة الأطفال.

وللتعرف إذا ما كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور اتجاه مستوى إهمال الوالدين وانعكاسه على سمنة الأطفال استخدم الباحث تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، لتوضيح دلالة الفروق في استجابات أفراد الدراسة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (١١).

جدول رقم (١١)

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق في استجابة أفراد العينة طبقاً لمتغير المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور

المستوى الاقتصادي	مصدر التباين	مجموع المربعات	المتوسط الحسابي	درجات الحرية	قيمة F	مستوى الدلالة
منخفض	داخل المجموعات	٤٣,٢٤٠	٣٣,٨٧	٩٤	٠,٥٧٩	٠,٩٢٥
متوسط	بين المجموعات	٧,٦٤٤	٣٢,٩٤			
مرتفع	المجموع	٥٠,٨٨٤	٣٢,٨٨			

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) أو أقل في استجابات أفراد العينة طبقاً لمتغير المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور في اتجاه مستوى إهمال الوالدين وانعكاسه على سمنة الأطفال.

عرض نتيجة السؤال الخامس:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة بحسب المؤهل الأكاديمي والمستوى الاقتصادي للوالدين اتجاه حماية الوالدين الزائدة وانعكاسها على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟

للتعرف على إذا ما كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير المؤهل الأكاديمي لأولياء الأمور اتجاه مستوى حماية الوالدين الزائدة الوالدين وانعكاسه على زيادة وزن الطفل استخدم الباحث "تحليل التباين الأحادي"(One Way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في استجابات أفراد الدراسة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (١٢).

جدول رقم (١٢)

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق في استجابة أفراد عينة الدراسة طبقاً لمتغير المؤهل الأكاديمي لأولياء الأمور

المؤهل الأكاديمي	مصدر التباين	مجموع المربعات	المتوسط الحسابي	درجات الحرية	قيمة F	مستوى الدلالة
الابتدائية	بين المجموعات	١٠,٢٨٨	٣٧,٤٢	٩٤	٠,٦٨٣	٠,٨١٠
الإعدادية			٣٨,٠٠			
الثانوية	داخل المجموعات	٦٨,١٩٦	٣٨,٨٨			
البكالوريوس			٣٧,١٥			
الدراسات العليا	المجموع	٧٨,٤٨٤	٤١,٥٠			

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) أو أكثر في استجابات أفراد العينة طبقاً لمتغير المؤهل الأكاديمي لأولياء الأمور في اتجاه مستوى إهمال الوالدين وانعكاسه على سمنة الأطفال.

وللتعرف إذا ما كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور اتجاه مستوى حماية الوالدين الزائدة وانعكاسها على سمنة الأطفال استخدم الباحث تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، لتوضيح دلالة الفروق في استجابات أفراد الدراسة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (١٣).

جدول رقم (١٣)

نتائج تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للفروق في استجابة أفراد العينة طبقاً لمتغير المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور

المستوى الاقتصادي	مصدر التباين	مجموع المربعات	المتوسط الحسابي	درجات الحرية	قيمة F	مستوى الدلالة
منخفض	داخل المجموعات	١٦٧٣,٧٨٦	٣٣,٨٧	٩٤	٠,٠٧٤	٠,٩٢٩
متوسط	بين المجموعات	٢,٦٩٨	٣٢,٩٤			
مرتفع	المجموع	١٦٧٦,٤٨٤	٣٢,٨٨			

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) أو أقل في استجابات أفراد العينة طبقاً لمتغير المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور في اتجاه مستوى الحماية الزائدة للوالدين وانعكاسه على سمنة الأطفال.

مناقشة النتائج:

سوف يناقش الباحث النتائج التي توصل إليها من خلال تناول أسئلة الدراسة حسب تسلسلها، ومن ثم مناقشتها والتعرف على مدى اتفاق نتائج هذه الدراسة أو تعارضها مع الدراسات السابقة التي تشابهت معها في المتغيرات محل الدراسة، والتي تمثلت في التحقق من أثر كل من أسلوبي الإهمال الوالدي والحماية الزائدة في سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين، والفروق في أثر الإهمال والحماية الوالدية تبعاً لاختلاف جنس الوالدين، والمستوى الاقتصادي والتعليمي.

ينص السؤال الأول على "ما مدى شيوع الإهمال الوالدي والحماية الزائدة بين أفراد عينة الدراسة وأثرهما في سمنة الأطفال في مملكة البحرين"؟

مدى شيوع الإهمال الوالدي بين أفراد عينة الدراسة

يشيع الإهمال الوالدي بين أفراد عينة الدراسة بمتوسط بلغ (١,٨٨)، وهي نسبة بارزة وفقاً لمقياس التقديرات الثلاثي، ويتضح الإهمال في استجابة أفراد عينة الدراسة على بنود المقياس حيث يلاحظ الإهمال الطبي مثلاً لدى الوالدين عندما لا يقومان بتوفير الرعاية الصحية المناسبة للطفل على الرغم من قدرتهم المالية كما يوضحه الجدول رقم (٤) والذي يبين ارتفاع المستوى الاقتصادي لأغلب أفراد عينة الدراسة، وترى الجمعية الاجتماعية الأمريكية American Humane Association (2015) بأن الإهمال الطبي لا يُقصد منه إهمال الأطفال في الحالات الطارئة أو عند إصابتهم بالأمراض الشديدة، بل يشمل تجاهل أحد الوالدين أو كليهما التوصيات الطبية مما يؤدي إلى تدهور حالة الأطفال الصحية وبالتالي تكرار دخولهم للمستشفى، وبالنظر للعبارات في الجدول رقم (٥) نجد أن لدى أولياء الأمور قلة وعي في فهم معنى كتلة الوزن مثلا ففي العبارة رقم (٥) "هل تعلم نتيجة وزن ابنك/ابنتك وفق مقياس الـ (BMI) مؤشر كتلة الجسم؟"، حيث كان متوسط فهمه (١,٤٩) وهو بحسب مقياس التقديرات يعتبر منخفضاً بالرغم من أن غالبية أولياء الأمور أفراد العينة يتمتعون بمستوى تعليمي جيد وهذا قد يؤشر على ضعف الاهتمام من قبل الوالدين وإهمالهم معرفة التغيرات في مستوى كتلة وزن أبنائهم وبالتالي انعكاسه على زيادة سمنتهم، و يتضح من خلال العبارة رقم (٦) مدى إهمال الوالدين في متابعة أبنائهم مع أخصائي التغذية "هل قام أخصائي التغذية الذي يتابع ابنك/ابنتك، بالتحدث معك حول العادات الصحية مثل: الحمية، التغذية، والتمارين؟" نرى وجود تقصير من قبل الوالدين في عرض أبنائهم على أخصائي التغذية مع علمهم بإصابتهم بالسمنة، بالرغم من أن أغلب أولياء الأمور من ذوي الدخل المرتفع، حيث بلغ المتوسط (٢,٣٦) وهو متوسط مرتفع نسبياً بحسب مقياس التقديرات الثلاثي، وهذا يدلل على قلة وعي معظم أولياء الأمور بأهمية التدخل المبكر لأخصائي التغذية في حل مشكلة السمنة وزيادة الوزن.

ويدلل على ذلك أن ارتفاع نسبة أعداد الأطفال الذين يفضلون شرب المشروبات الغازية التي تحتوي على مستوى عال من السكريات كما جاء في العبارة رقم (٨) "كم عدد المشروبات التي تحتوي على السكريات (المشروبات الغازية، مشروبات الطاقة، العصائر ...) التي يشربها ابنك/ابنتك كل يوم؟" وكان متوسط شربهم لها (٢,٢١) وهذا يعتبر متوسط مرتفع نوعا ما، والعبارة رقم (٩) وهي "كم عدد الوجبات الخفيفة مثل (الكعك، الآيس كريم، الحلويات) التي

يتناولها ابنك/ابنتك في كل يوم؟" إذ بلغ متوسط (٢,٢٥)، وهو يعد متوسطاً مرتفعاً إلى حد ما بناء على مقياس تقدير المتوسطات، وقد جاءت العبارة رقم (١٠) " كم مرة في الأسبوع يتناول فيها ابنك/ابنتك طعاماً معداً خارج المنزل (الأطعمة السريعة)؟" لتؤكد ضعف رقابة الوالدين في الحد من الوجبات التي يتناولها أبنائهم خارج المنزل، إذ بلغ متوسطها (٢,٠٩)، الأمر الذي يمكن إرجاعه إلى ارتفاع المستوى الاقتصادي والمادي لأغلب أفراد العينة حيث تشجع كل الظروف المحيطة بالطفل هذه الأيام على الإكثار من الطعام، فإعلانات الأطعمة والمشروبات الغازية تملأ الشوارع ومحطات التلفاز، والأطعمة المغرية تملأ المحلات، ومطاعم الوجبات السريعة متواجدة في كل مكان (أبو حامد، ٢٠٠٩)، في حين أن اتجاه الآباء نحو تقديم طعام صحي يحتوي على الخضراوات والفواكه لأبنائهم كان متوسطاً إذ بلغ (١,٦٠) في العبارة رقم (٧) "كم عدد الوجبات من الفواكه والخضراوات التي يأكلها ابنك/ابنتك في كل يوم؟" مما يدلل على قلة وعي الآباء بأهمية الطعام الصحي والدور الواجب عليهم اتخاذه في حث أبنائهم على تناول الخضار والفواكه، مع الأخذ بعين الاعتبار أن أغلب أفراد العينة يتمتعون بمستوى تعليمي واقتصادي مرتفعين، وهو ما تطرقت إليه نتائج دراسة أرجاس وماسكولا Agras & Mascola (٢٠٠٥) والتي أكدت بوجوب تحديد مجموعات الأطفال الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالسمنة الأمر الذي يوفر إمكانية التدخل المبكر للحد من السمنة، كما اقترحت تركيز جهود تغيير السلوك على هدف واحد مثل الحد من تناول المشروبات المحلاة "السكرية" قد يكون أكثر نجاحاً من المحاولات المختلفة لجعل التغييرات الغذائية على نطاق أوسع، وأن استهداف السلوكيات الوالدية قد يكون أكثر فاعلية في التدخلات الموجهة نحو الأطفال فقط، مما يشير إلى أن تعديل البيئة التي يتعرض لها الطفل خلال مرحلة النمو في وقت مبكر قد يكون له تأثير دائم أيضاً.

أما فيما يتعلق بالعبارة رقم (١٢)، " يبدو لي أحياناً أن الطريقة الوحيدة لجعل ابني/ابنتي يحسن التصرف هي بأن أعده بإعطائه الحلويات" فإن أغلب أفراد العينة لا يعتقدون بأن إعطاء الحلويات لأبنائهم له دور في تعديل سلوكهم للأفضل، إذ بلغ المتوسط (١,٥٥) وهو متوسط منخفض إلى حد ما وفق تقدير المتوسطات، أما العبارة رقم (١٣) وهي " ابني/ابنتي لا يفضل الأطعمة الصحية" فقد بلغ متوسطها (١,٨٨)، وقد جاء متوسط العبارة رقم (١٤) "أرى أن الوجبات الصحية تستغرق وقتاً أكثر في الإعداد" (١,٦٩)، ومع ذلك يوجد ارتفاع في متوسطات استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمشاهدة الأطفال أثناء تناولهم الطعام كما توضحه العبارة رقم (١٥) " يفضل ابني/ابنتي الأكل أثناء مشاهدة التلفاز أو استخدام (الحاسوب، الهاتف النقال، الأجهزة اللوحية ...)" إذ بلغ متوسط استجابة الوالدين أفراد العينة (٢,١٥)، وهو ما يدلل على تدني مستوى قدرة الآباء في الحد من استخدام أبنائهم من الأجهزة الإلكترونية واللوحية بمختلف

أنواعها أثناء تناولهم الطعام، فالكثير من الأطفال والمراهقين يأكلون أمام التلفاز وغالباً ما يفعلون ذلك حينما يكونون بمفردهم دون شريك، ودون تفاعل مع الوالدين فلا عجب في تعرض الأطفال الذين يعانون من الوحدة والإهمال والإحباط إلى خطر الإصابة بالبدانة (سوليفان، ٢٠٠٥)، كما تترافق فترة مشاهدة الطفل للتلفزيون مع تناول غير واع لكميات كبيرة من الأطعمة الغنية بالسكريات والدهون بداع التسلية أكثر منه بداع الجوع، مما يزيد وبشكل كبير من الوارد الغذائي عند الطفل (أبو حامد، ٢٠٠٩)، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة دي سوسا De Sousa (٢٠٠٩) والتي وجدت أن قلة ممارسة النشاط البدني وعدم لعب الأطفال مع مشاهدتهم للتلفاز كان ملاحظاً بشكل كبير لدى الأطفال المصابين بالسمنة والذين تتسم أمهاتهم بالنمط المتساهل في متابعة عادات أبنائهم الغذائية، وكذلك الدراسة التي قامت بها جوادا لوبي وآخرون Guadalupe et al (٢٠١١) والتي أكدت على أن لعب الأطفال بألعاب الفيديو "The Video Games" وقضاء الكثير من الوقت أمام شاشة التلفاز من أهم العوامل المؤدية إلى سمنة وزيادة وزن الأطفال، وهو ما توصلت إليه أيضاً النتائج التي قام بها جونس وآخرين Jones et al (٢٠١٠) بأن الأولاد والبنات البدناء يقضون الكثير من الوقت في مشاهدة التلفاز وممارسة اللعب البسيط مقارنة مع غيرهم من الأطفال ذوي الوزن الطبيعي.

وفي العبارة رقم (١٦) "أشعر بأني لا أملك السيطرة على ما يتناوله ابني/ابنتي من أطعمة"، فقد بلغت استجابة الآباء (٢,٢٦) وهو يعد متوسط مرتفع نسبياً مما يعطي دلالة على ضعف الآباء في مقدرتهم في السيطرة على الأطعمة التي يتناولها أبنائهم كما يعكس النمط المتساهل المهل في التربية، مما يعرض الأبناء لخطر الإصابة بالسمنة وزيادة الوزن على الرغم من أن أغلب أفراد العينة يتمتعون بمستوى تعليمي جيد، وجاء متوسط استجابة الآباء على العبارة رقم (٢٧) "ما هو شعورك في القيام ببعض التغييرات لمساعدة ابنك/ابنتك ليتناول طعاماً صحياً؟" بـ (١,٤٩) وهو يعكس رغبة أغلب الوالدين في إجراء التغييرات اللازمة من أجل مساعدة أبنائهم، ومع ذلك لم تترجم هذه الرغبة بجدية على أرض الواقع، ويدلل على ذلك العبارة رقم (٣٣) " في كثير من الأحيان ألزم ابني/ابنتي على إتباع حمية غذائية من أجل السيطرة على وزنه" حيث جاء متوسط استجابة الآباء أفراد العينة (١,٨٣) وهي استجابة متوسطة، الأمر الذي يعكس وجود تقصير إلى حد ما في إلزام الوالدين لأبنائهم لإتباع حمية غذائية للسيطرة على سمنتهم، وفي العبارة رقم (٣٤) "أناقش مع ابني/ابنتي لماذا من المهم أن نأكل طعاماً صحياً" كان متوسط استجابة الآباء (١,٧٨)، وهي كذلك استجابة متوسطة وفق مقياس التقديرات، الأمر الذي قد يدلل بأن الآباء قد لا يولون مناقشة وضع أبنائهم الصحي الأهمية والعناية الكافيين مع الأخذ بعين الاعتبار بأن غالبية الآباء يتمتعون بمستوى تعليمي جيد، وينطبق الأمر كذلك على العبارة رقم

(٣٥) "أناقش مع ابني/ابنتي عن القيمة الغذائية للأطعمة" حيث كان متوسط استجابة الآباء (١,٨٩)، ويدلل على ذلك العبارة رقم (٣٦) "أخبر ابني/ابنتي بالأطعمة التي يجب أن يتناولها وبالأطعمة التي لا يجب أن يتناولها من دون ذكر الأسباب" إذ بلغ متوسط استجابة الآباء (١,٩٢) وهي استجابة متوسطة وفق مقياس التقديرات مما يدلل على عدم اقتناع أولياء الأمور بدور مناقشة الأبناء في القضايا المتعلقة بسمنتهم.

مدى شيوع الحماية الزائدة بين أفراد عينة الدراسة

وبالنظر إلى استجابات أفراد عينة الدراسة في الجدول رقم (٦) نجد أن المتوسط العام لدرجة الحماية الزائدة من قبل أولياء الأمور اتجاه أطفالهم كانت (١,٨٩) وهي استجابة بدرجة متوسطة، ولكن توجد بعض العبارات والسلوكيات التي تدل على الحماية الزائدة من قبلهم، فمثلا في العبارة رقم (١٨)، وهي "ينبغي على أبني أن يتناول كل الطعام الموجود في طبقة" بلغ متوسطها (٢,٦٢) حيث أن غالبية أولياء الأمور كانوا متشددين وحريصين على إنهاء أبنائهم للطبق الذي يقدم لهم بالكامل وهذا يعد سلوكاً مفرطاً بالحماية ويؤدي إلى سمنة الأبناء، وكذلك في العبارة رقم (٣١)، "وهي هناك بعض الأطعمة التي لا ينبغي لابني/ابنتي أن يتناولها لأنها ستجعل منه بديناً" إذ بلغت استجابة أولياء الأمور عليها (٢,٣٢)، وهي استجابة مرتفعة حيث أبدى أولياء الأمور من أفراد العينة حرصاً شديداً في تحديد أنواع الأطعمة التي يجب على أبنائهم عدم تناولها اعتقاداً منهم بأنه تؤدي إلى السمنة، وهو ما يعكس حماية الآباء الزائدة تجاه أبنائهم،

كما نجد أن سلوك الوالدين المفرط في الحماية أدى إلى نتائج عكسية، ويؤكد هذا الأمر استجابة أولياء الأمور في العبارة رقم (٢٢)، "وهي إذا لم أقم بتوجيه وتنظيم أكل ابني/ابنتي، فإنه سيتناول الكثير من الأطعمة المفضلة لديه" إذ بلغ متوسط استجابة أولياء الأمور عليها (٢,٣١)، وهو متوسط مرتفع مما يدلل على تدخل الوالدين في اختيار الأطعمة التي يتناولها أبنائهم ومنعهم من تناول أطعمتهم المفضلة وهو ما يعد نوعاً من أنواع الإفراط في الحماية قد يؤدي إلى زيادة الوزن الأطفال، وهو ما أشارت إليه نتائج الدراسة التي أجراها دي سوسا De Sousa (٢٠٠٩) بأن الأمهات المسيطرات اللاتي يفرطن في تقييد تغذية أبنائهن قد يدفعن الأطفال إلى تناول المزيد من الطعام وبالتالي إصابتهم بالسمنة وزيادة الوزن.

ينص السؤال الثاني على "هل هناك علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين كل من الإهمال الوالدي والحماية الزائدة على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟"

أ- الإهمال الوالدي وعلاقته بسمنة الأطفال:

جاءت النتائج لتؤكد وجود علاقة ارتباطية طردية بين إهمال الوالدين وسمنة أطفالهم، حيث كان مستوى الدلالة (٠,٢٦٨)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١).

ويرى الباحث بأن انشغال الوالدين عن أبنائهم بسبب مشاغل الحياة المختلفة أثر بشكل أو بآخر على مقدار الوقت الذي يمضيانه مع الأطفال، مما ساهم في إهمالهم لأبنائهم وبالتالي إهمالهم للتغيرات في مستوى السمنة وزيادة وزن الأطفال، ومما يدعم رأي الباحث هو أن أغلب أفراد عينة الدراسة من الجنسين هم من حملة الشاهدات الجامعية والثانوية، وبالنظر إلى الجدول رقم (٤)، نجد أن الأمهات الحاصلات على شهادة الثانوية العامة كانت (٤٠%)، والأمهات الحاصلات على مؤهل جامعي (٤٠%)، في حين كانت نسبة الأمهات الحاصلات على شهادات عليا (٤%)، الأمر الذي قد يؤشر إلى انشغال الأم أيضاً عن متابعة شؤون الأسرة في العمل خارج المنزل لفترات طويلة، ونتيجة لغياب الوالدين عن المنزل نلاحظ كثرة شرب الأطفال للمشروبات التي تحتوي على السكريات، كثرة تناول الوجبات الخفيفة، وتناول الأطفال للطعام أثناء مشاهدة التلفاز أو استخدام الأجهزة اللوحية والمحمولة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة هولت وآخرين Holt et al (٢٠٠٨) في جانب محاولة الوالدين إرشاد أطفالهم إلى أساليب معيشة معينة عن طريق استخدام استراتيجيات تتسم بالتناقض وعدم الثبات، مما يعكس التساهل الكبير بينهم وبين الأطفال، وأن هذان الأسلوبان يؤثران بمؤشر مرتفع على صحة الأطفال ودرجة سمنتهم، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه يونستون وآخرين Kuntson et al (٢٠١٠) في أن إهمال رعاية الأطفال كان له تأثير مباشر على مؤشر كتلة الجسم وإصابتهم بالسمنة وزيادة الوزن، كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة دي سوسا De Sousa (٢٠٠٩) في أن نمطي التساهل والإهمال لدى الآباء والأمهات بالإضافة إلى كثرة تردد الأطفال على تناول الوجبات خارج المنزل، وعدم لعب الأطفال ومشاهدتهم للتلفاز أثر في ارتفاع معدلات السمنة زيادة وزن الأطفال، وتتفق كذلك مع دراسة بينت وآخرين Bennett et al (٢٠١٠) في أن الأطفال المهملين كانت مؤشرات كتلة الجسم لديهم مرتفعة وذلك طبقاً لمعايير مركز التحكم والوقاية من الأمراض Center For Disease Control and Prevention (CDC)، وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي أجراها فاموسي وآخرين Vamosi et al (٢٠١١) بأن كراهية وإهمال الأمهات لأطفالهن خلال مرحلة الطفولة يرتبط بدلالة

إحصائية مع زيادة وزن الأطفال في مرحلة البلوغ، وأن خبرات الأطفال فيما يتعلق بكراهية وإهمال الأمهات كان له دور في زيادة أوزانهم في سن العشرين وما بعد سن البلوغ، وهو ما يتفق مع النتائج التي توصلت إليها دراسة جوادلوبي وآخرين Guadalupe et al(٢٠١١) بأن من الموانع التي تحد من التغذية السليمة وتؤدي إلى إصابة الأطفال بالسمنة هو: الوقت الذي يقضيه الآباء مع أطفالهم، إهمال طرق التغذية وقلة الوعي والمعرفة بتغذية الأطفال. كما أكدت نتائج دراسة بانيس، فارني، و والندر Banis, Varni, Wallander (١٩٨٨) بأن الأطفال الذين يعانون من البدانة وزيادة الوزن يأتون من أسر وصفت بالإهمال الوالدي، التفكك الأسري، والنزاعات العائلية.

ب-الحماية الوالدين الزائدة وعلاقتها بسمنة الأطفال:

جاءت النتائج لتؤكد وجود علاقة ارتباطية طردية بين حماية الآباء لأبنائهم وزيادة أوزانهم، حيث كان مستوى الدلالة (٠,٢٨٥)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١).

يري الباحث أن من ضمن الأسباب التي تؤدي إلى البدانة في مرحلة الطفولة هو تقييد الوالدين لحرية الأطفال، فيصبح الطفل سجين المنزل فلا يُسمح له بالخروج والاستقلال وبذلك يكون الطفل محط اهتمام الوالدين المباشر يتدخلون في كل شؤونه بداعي حمايته والخوف عليه، كما يستخدم الوالدين سلوكيات خاطئة لتغذية أطفالهم اعتقاداً منهم أنها تصب في مصلحة الأطفال، ولعل الإمعان في تقييد الوالدين لأطفالهم أثناء تناولهم للطعام والإفراط في حمايتهم أدى إلى نتائج عكسية ساهمت في سمنة الأطفال وزيادة أوزانهم.

وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي أجراها ريفاس – شيمان Rifas - Siman (٢٠١١) والتي أكدت على وجود علاقة بين القيود التي تفرضها الأمهات على تغذية أبنائهن وارتفاع معدلات مؤشر كتلة الجسم للأطفال في السنة الثالثة، كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع الدراسة التي أجرتها هانكوك وآخرين Hancock et al (٢٠١٤) والتي بحثت في الدور المحتمل الذي يمكن أن تلعبه حماية الآباء المفرطة وارتباط ذلك بزيادة معدلات الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة، وقد قدمت نتائج هذه الدراسة إثباتاً علمياً على وجود علاقة بين كل من حماية الأمهات المفرطة وزيادة وزن وسمنة الأطفال، مع التأكيد على ضرورة أن يبدأ الآباء والأمهات بالتفكير في العواقب المترتبة في التضييق على أطفالهم إذ يتوجب على الوالدين السماح لأطفالهم باللعب مع الأصدقاء والمشاركة في الألعاب الرياضية مما يساعدهم على الحفاظ على وزن صحي، وقد أكدت دراسة دي سوسا De Sousa (٢٠٠٩) على أن الأم التي تسيطر على السلوك المتعلق بتغذية طفلها قد يدفع الطفل إلى تناول المزيد من الطعام، وهذا بدوره يؤدي إلى زيادة الوزن والسمنة في مرحلة الطفولة، وقد أشارت نتائج دراسة هيرد Heird (٢٠٠٢) بدور الوالدين السلبي في سمنة

الأطفال، عن طريق استخدام مجموعة كبيرة من السلوكيات الخاطئة كالجبر والتقييد في تغذية الأطفال، وبالتالي فإنهم قد يسهمون عن غير قصد في بدانة الأطفال في مرحلة الطفولة، وعليه فإن من الضروري توجيه الدعم للوالدين من أجل تقديم سلوكيات أكثر ملائمة لأطفالهم، وقد أكدت نتائج الدراسة التي قام بها كل من زيلر، ريتر، مودي، جوتزويلر، فننانتا، و دافيز Zeller, Reitrt, Modi, Vannatta, and Davies (2007)، على أن الأطفال الذين يعانون من السمنة ينتمون إلى أسر أقل تماسكاً، وأمهات يتسمن بالإفراط في الحماية، وفي بعض الحالات يؤدي غياب أحد الوالدين نتيجة العمل أو الوفاة، إلى الإفراط في حماية وتدليل الأطفال من قبل الوالد الآخر وقد يترافق مع ذلك التساهل في الغذاء الأمر الذي قد يتسبب بسمنة الأطفال.

في الوقت الحالي عادة ما يتم السماح للأطفال باللعب بشكل أكثر استقلالية مع الأصدقاء، أما عن الأطفال الذين يسرف الوالدين في حمايتهم فإنهم لا يحصلون على هذه الفرصة، الأمر الذي قد يؤثر على صحتهم البدنية (هانكوك وآخرين Hancock et al 2014)، وهو ما يفسر بقاء الأطفال في المنزل تحت رقابة الوالدين فيصبح الأطفال بذلك عرضة لممارسات تغذوية غير صحيحة مبنية على خوف الوالدين من عدم حصول أبنائهم على القدر الكافي من الطعام، لذا يجب على الوالدين إدراك دورهم في مساعدة الأطفال بأن يقفوا على أقدامهم من خلال احترامهم لرغبة الأطفال في الاستقلال مع الحفاظ على خطوط الاتصال مفتوحة، الأمر الذي من شأنه مساعدة الأطفال بالشعور بالإنجاز وتحمل المسؤولية.

ينص السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة بحسب متغير جنس الوالدين اتجاه مستوى إهمال الأبناء والحماية الزائدة وانعكاسه على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟

مما توصلت إليه نتائج دراسة الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) فأقل بحسب متغير جنس الوالدين تجاه مستوى الإهمال وانعكاسه على زيادة وزن الطفل، ويعلل الباحث عدم تأثر الإهمال بجنس ولي الأمر في مستوى سمنة الأطفال، إلى طبيعة العلاقات الأسرية نفسها في الوقت الحاضر والتي تتسم بالتباعد بين أفراد الأسرة وانشغال الأب والأم الدائمين عن الأبناء في العمل ومشاغل الحياة المختلفة وتسارع وتيرة الحياة، ولعل خروج الأم من المنزل ومشاركتها للرجل في العمل ساهم في ابتعادها هي الأخرى عن أطفالها وبالتالي إهمالهم في العديد من الجوانب ومن ضمنها الجانب المتعلق بالتغذية السليمة وصحة الأطفال، وفيما يلي نتائج بعض الدراسات التي تدعم رأي الباحث، ففي الدراسة التي أجراها لاميرز وآخرون A Lamerz et al (٢٠٠٥) فقد أشارت إلى أن مسؤولية تربية الأبناء تكون في العادة من

المسؤوليات التي تقع على عاتق الأمهات في الأسرة، لكن ونتيجة لعمل الأمهات لساعات طويلة خارج منازلهن فقد أدى هذا إلى قلة الوقت الذي تقضيه الأمهات مع أبنائهن، مما يعني سيطرة أقل على: تناول الطعام، عادات الأكل، ومستويات النشاط البدني للأطفال، مما أدى ذلك إلى ارتفاع مخاطر إصابة أبنائهن بالسمنة وزيادة الوزن. كما تتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي قامت بها العلوي وآخرين Al Alawi et al (٢٠١٣)، في أن معدلات انتشار السمنة وزيادة الوزن في مملكة البحرين بين أبناء الأمهات العاملات كان أعلى مقارنة بأبناء الأمهات من ربات البيوت.

كما توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) فأقل بحسب متغير جنس الوالدين تجاه مستوى حماية الآباء الزائدة وانعكاسه على زيادة وزن الطفل، ليس هناك مؤشر واضح لدى الباحث يبرر عدم تأثر الحماية بجنس الوالدين، لكن من المرجح أن تقارب الوالدين في مستوى حمايتهم لأبنائهم مرده صغر عمر الطفل أو قلة عدد الأبناء في الأسرة، إذ من الطبيعي أن يشعر الوالدين بالخوف والقلق على أطفالهم الأصغر عمراً ويمعنوا في الإفراط في الحماية خصوصاً إذا كان هذا الطفل وحيد والديه.

ينص السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة بحسب المؤهل الأكاديمي والمستوى الاقتصادي للوالدين اتجاه إهمال الأبناء وانعكاسه على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟

جاءت النتائج لتؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) فأقل بحسب متغير المؤهل الأكاديمي لولي الأمر وانعكاسه على زيادة سمنة الأطفال، ويعلل الباحث عدم تأثر إهمال الوالدين بالمستوى الأكاديمي لولي الأمر في سمنة الأطفال، على الرغم من أن أغلب أفراد عينة الدراسة هم من حملة الشهادات الجامعية والثانوية العامة، إلى ضعف الثقافة الصحية والمجتمعية المتعلقة بالتغذية السليمة والمخاطر المختلفة للسمنة وزيادة الوزن، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسة التي قام بها فردريك وآخرين Frederick et al (٢٠١٤) في عدم وجود اختلافات كبيرة ذات دلالة في انتشار السمنة والدخل وتعليم الأسرة بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٢-٥ سنوات) أو (٦-١١ سنة). في حين تختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسة جيبسون وآخرين Gibson et al (٢٠٠٧) بأن زيادة وزن الأطفال كان مرتبطاً بتدني مستوى تعليم الأمهات.

جاءت النتائج لتؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) فأقل بحسب متغير المستوى الاقتصادي لولي الأمر اتجاه مستوى الإهمال وانعكاسه على سمنة الأطفال، ويفسر الباحث ذلك إلى انخفاض أسعار الوجبات السريعة ذات السعرات الحرارية

المرتفعة، وسهولة الحصول عليها وإسراف الأطفال في تناولها، الأمر الذي يجعلها في متناول يد الأطفال على اختلاف مستوياتهم الاقتصادية والمادية.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسة التي أجراها كل من محمد وفوفر Mohammed and Vuver (٢٠١٢)، حيث أشارت إلى وجود فروق في انتشار السمنة بين الأطفال المنحدرين من أسر ذات خلفية اجتماعية واقتصادية أعلى مقارنة مع نظرائهم من الأطفال المنحدرين من الأسر الأقل دخلاً، إلا أن هذه الفروق لم تكن ذات دلالة إحصائية فارقة.

ينص السؤال الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة بحسب المؤهل الأكاديمي والمستوى الاقتصادي للوالدين اتجاه حماية الوالدين الزائدة وانعكاسها على سمنة الأطفال في المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين؟

توصلت نتائج دراسة الباحث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) فأقل بحسب متغير المؤهل الأكاديمي لولي الأمر تجاه مستوى حماية الآباء الزائدة وانعكاسه على سمنة الأطفال، ويعلل الباحث ذلك بضعف الثقافة المتعلقة بالتغذية والغذاء الصحي بين أولياء الأمور، الأمر الذي يتطلب تكثيف الجهود في زيادة الوعي العام بمخاطر السمنة على الأطفال وتأثير أساليب الدعم الأسري في التسبب بالسمنة وزيادة الوزن، حيث أن ارتفاع المستوى التعليمي والأكاديمي لأولياء الأمور لا يعني بالضرورة ارتفاع مستوى الوعي الصحي للأسر، الأمر الذي يتطلب إجراء المزيد من الدراسات لكشف العلاقة بين المستوى التعليمي وأثره على حماية الوالدين الزائدة وسمنة الأطفال، وتختلف هذه النتيجة مع النتائج التي توصلت إليها دراسة هانوك وآخرين Hancock et al (٢٠١٤) في أن انخفاض المستوى التعليمي للأمهات كان له تأثير في ازدياد مستوى حماية الأمهات لأبنائهن، وتختلف كذلك مع نتائج دراسة جيبسون وآخرين Gibson et al (٢٠٠٧) بأن زيادة وزن الأطفال مرتبط بتدني مستوى تعليم الأمهات وقلة عدد سنوات الدراسة.

كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) فأقل بحسب متغير المستوى الاقتصادي لولي الأمر تجاه مستوى الحماية الآباء الزائدة وانعكاسه على سمنة الأطفال، ويعلل الباحث ذلك بأن الوالدين وبغض النظر عن وضعهما المادي فإنهم يفرطان في حماية أطفالهما بسبب قلة عدد الأطفال داخل الأسر لدى أفراد عينة الدراسة كما هو موضح في الجدول رقم (٤)، إذ من الملاحظ أن هذا الأسلوب يظهر عادة في الأسر التي لا يوجد فيها الكثير من الأبناء فيصبح الطفل بذلك محط اهتمام الوالدين فيغدقونه بالرعاية والحماية، وتختلف هذه النتيجة مع النتائج التي توصلت إليها دراسة هانكوك وآخرين Hancock et al

(٢٠١٤) بأن حماية الأمهات لأبنائهن تكون في أعلى مستوياتها في الأسر المحرومة بما في ذلك الأسر ذات الدخل المنخفض، والأمهات اللائي يعشن في الأحياء المحرومة أو الفقيرة، وتختلف كذلك مع نتائج دراسة جيبسون وآخرين Gibson et al (٢٠٠٧) بأن زيادة وزن الأطفال مرتبط بانخفاض مستوى دخل الأسرة السنوي.

توصيات الدراسة

من خلال نتائج الدراسة الحالية، فام الباحث بوضع عدد من التوصيات التي يمكن إيضاحها فيما يلي:

- زيادة الوعي وتعزيز الصحة لدى أولياء الأمور فيما يتعلق بنوعية الغذاء وكميته والوجبات الغذائية المتناولة وممارسة النشاط البدني والتعريف بمخاطر السمنة وزيادة الوزن على الصحة العامة بوجه عام وصحة الأطفال بوجه خاص.
- تكثيف الجهود المقدمة من سائل الإعلام بمختلف أنواعها، من أجل تقديم حملات توعوية وتثقيفية هادفة بدور أساليب المعاملة الوالدية في سمنة الأطفال.
- التأكيد على الدور الوقائي الفعّال وإدارة البدانة في مرحلة الطفولة من قبل الوالدين والمربين، من شأنه الوقاية من البدانة في مرحلة البلوغ.
- الحاجة إلى إيجاد الطرق لاستهداف جهود التدخل لوقاية الأطفال من السمنة وزيادة الوزن في الأسر التي يتبع في الوالدين أساليب تربوية خاطئة (الإهمال والحماية الزائدة) قد تسهم في زيادة وزن الأطفال.
- توفير خدمة الاستشارة الصحية التثقيفية عن السمنة وزيادة الوزن في المدارس وفي الأماكن التي يتردد عليها الأطفال.

الدراسات مستقبلية

- هذه الدراسة تمهد الطريق لمزيد من الدراسات التي تبحث في العلاقة بين سمنة الأطفال وأساليب المعاملة الوالدية الأخرى.

- دراسة تأثير بعض المتغيرات الديموغرافية مثل: جنس ولي الأمر، المؤهل التعليمي، المستوى الاقتصادي، عدد الأبناء، ترتيب الأبناء في الأسرة، عمل الأم، على سمنة الأطفال في مملكة البحرين.
- إجراء الدراسات للتعرف على أثر الإهمال الوالدي والحماية الزائدة على المراحل العمرية المختلفة.

قائمة المراجع

المراجع العربية

المراجع الأجنبية

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية.

أبو جابر، ماجد، علاء الدين، جهاد، عركوش، لبنى والفرح، يعقوب. (٢٠٠٩). إدراكات الوالدين لمشكلة إهمال الأطفال والإساءة إليهم في المجتمع الأردني. **المجلة الأردنية في العلوم التربوية (الأردن)**، ٥(١)، ١٥-٤٤.

أبو حامد، سمير. (٢٠٠٩). **البدانة مرض العصر من الألف إلى الياء**. ط ١. دمشق: خطوات للنشر والتوزيع.

باجابر، عدنان سالم. (٢٠١٤). **زيادة الوزن والسمنة: التعريف والخطورة والعلاج**. نسخة الكترونية. المملكة العربية السعودية: جامعة الملك سعود.

بيرس، ماريا، ولاندو، جنيف. (١٩٩٦). **اللعب ونمو الطفل**. (ترجمة: عبد الرحمن سيد سليمان وشيخة يوسف الدربستي). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

جبار، سهام مهدي. (١٩٩٧). **الطفل في الشريعة الإسلامية ومنهج التربية النبوية**. ط ١ بيروت: المكتبة العصرية.

الجرواني، هالة إبراهيم، المشرفي انشراح إبراهيم. (٢٠١٤). **التنشئة الاجتماعية ومشكلات الطفولة**. مكة المكرمة: مطبعة جامعة أم القرى.

الحديدي، مؤمن وجهشان، هاني (٢٠٠٤). **أشكال وعوقب العنف ضد الأطفال**. ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العربي الأول للوقاية من إساءة معاملة الأطفال في الأردن. في الفترة من (٢٣-٢٥ فبراير)، عمان، الأردن.

حمود، محمد الشيخ. (٢٠١٠). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء الأسوياء والجانحون: دراسة ميدانية مقارنة في محافظة دمشق. **مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، جامعة دمشق، المجلد ٢٦** (٤)، ١٧-٥٦.

دوام، أميرة حسان عبرد الجيد. وحورية، شريف محمد عطية (٢٠١٤). أساليب المعاملة الوالدية كما تدركها الأمهات وعلاقتها بالأمن النفسي للأبناء. **مجلة العلوم الزراعية**. ٥٩(١)، ٤٧-٧٠.

الركبان، محمد بن عثمان. (٢٠٠٩). **البدانة، الداء والدواء**. المملكة العربية السعودية: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.

زهران، حامد عبد السلام. (١٩٨٦). **علم النفس النمو الطفولة والمراهقة**. ط ٤. القاهرة: دار المعارف.

سليم، مريم. (٢٠٠٢). **علم نفس النمو**. ط ١. بيروت: دار النهضة العربية.

السندي، حسن بن خالد حسن. (٢٠٠٨). عناية الشريعة الإسلامية بحقوق الطفل. **مجلة جامعة أم القرى لعلوم الشريعة والدراسات الإسلامية**، العدد (٤٤)، ٤٣٧-٥٢٢.

سوالمية، فريدة. (٢٠٠٧). **مساهمة في دراسة العوامل النفسية والاجتماعية لعمل الأطفال: دراسة ميدانية في مدينة قسنطينة**. أطروحة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، الجزائر.

سوليفان، كارين. (٢٠٠٥). **كيف تساعد طفلك البدين؟** ط ١. المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير.

الشربيني، لطفي عبد العزيز. (٢٠٠٣). **معجم مصطلحات الطب النفسي**. الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

الشوربجي، نبيلة عباس. (٢٠٠٣). **المشكلات النفسية للأطفال: أسبابها وعلاجها**. ط ١. القاهرة: دار النهضة العربية.

الطيب، زينب الزبير. (٢٠١٠). **البيئة وتنشئة الطفل**. ط ١. الخرطوم: جامعة الخرطوم.

عابدين، محمد. (٢٠١٠). الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية للناشئين كما يدركها طلبة الصف الثاني الثانوي في جنوب الضفة الغربية/فلسطين. **المجلة الأردنية في العلوم التربوية (الأردن)**، ٧(٢)، ١٢٩-١٤٦.

عبد الله، ايفلين سعيد. (٢٠٠٥). **تغذية الفئات العمرية "الأصحاء، المرضى، ذوي الاحتياجات الخاصة**. ط ١. القاهرة: مجموعة النيل العربية.

عياد، مواهب إبراهيم والخضري، ليلي محمد. (١٩٩٧). **إرشاد الطفل وتوجيهه في الأسرة ودور الحضانة**. الإسكندرية: منشأة المعارف.

كافيه، رمضان. (١٩٨٨). تربية الطفل من خلال وسائل الإعلام. المنظمة العربية للتربية والعلوم، تونس: **مجلة التربية**، العدد ١٣.

محمود، ياسر. (٢٠٠٩). **تربية الطفل فنون ومهارات من (٦-٩) سنوات**. ط ٢. الجيزة: دار قطر الندى للنشر والتوزيع.

مختار، وفيق صفوت. (٢٠٠٤). **الأسرة وأساليب تربية الطفل**. القاهرة: دار العلم والثقافة.

مصيقر، عبد الرحمن عبيد. (١٩٩٠). **تغذية الطفل في الخليج العربي، مضامينها الاجتماعية والتربوية**. الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.

مصيقر، عبد الرحمن عبيد. (٢٠٠٣). العوامل المؤثرة في السمنة. **المجلة العربية للغذاء، مركز البحرين للدراسات**، ٨، ١٤-٢١.

مصيقر، عبد الرحمن عبيد، الجيب، شيخة والمرزوق، غازي. (٢٠٠٣). الإصابة بالسمنة وممارسة النشاط البدني عند تلاميذ المرحلة الابتدائية في مملكة البحرين. **المجلة العربية للغذاء والتغذية**، ٨، ١١٩-١٢٢.

مصيقر، عبد الرحمن عبيد، الجيب، شيخة والمرزوق، غازي. (٢٠٠٣). الإصابة بالسمنة وممارسة النشاط البدني عند مدرسي ومدرسات التربية الرياضية في مملكة البحرين. **المجلة العربية للغذاء والتغذية**، ٨، ١٨٤-١٨٧.

مصيقر، عبد الرحمن عبيد (٢٠٠٧). **النشاط البدني والسمنة والتغذية**. ط ١. مملكة البحرين، المنامة: مركز البحرين للدراسات والبحوث.

مصيقر، عبد الرحمن عبيد. (٢٠١٠). **السمنة في الوطن العربي: انتشارها، أسبابها ومكافحتها**. وقائع المؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني، (١٩-٢١ يناير)، مملكة البحرين، المنامة.

المركز الثقافي للطفولة. (٢٠٠٩). **واقع السمنة عند أطفال المدارس القطريين**. قطر: المركز الثقافي للطفولة.

منصور، حسن فكري. (٢٠٠٤). **كل شيء عن السمنة والجديد في علاجها، كيف تنقص وزنك في ثلاثين يوماً**. ط ١. القاهرة: دار الصفا والمروة للنشر والتوزيع.

نابلسي، محمد أحمد. (١٩٨٩). **السمنة وعلاجها النفسي**. ط ١. سورية: مؤسسة الرسالة.

الهزاع، هزاع بن محمد (٢٠٠٦). **السمنة والنشاط البدني في مرحلة الطفولة المبكرة: ما مدى انتشارهما؟ وما هي العلاقة بينهما؟ كتاب تغذية الأطفال والمراهقين في دول الخليج العربية**. مملكة البحرين: مركز البحرين للبحوث والدراسات، المنامة، مملكة البحرين.

الهزاع، هزاع بن محمد. (٢٠١٠). **السمنة في الوطن العربي الواقع والمأمول**. وقائع المؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني، (١٩-٢١ يناير)، مملكة البحرين، المركز العربي للتغذية-مركز البحرين للدراسات والبحوث.

واطسون، روبرت، وليند جرين، هنري كلاي. (٢٠٠٤). **سيكولوجية الطفل والمراهق**. ط ١. (ترجمة: داليا عزت مؤمن)، القاهرة: مكتبة مدبولي.

يحيى، محمد الحاج. (٢٠٠٦). **اتجاهات المرشدين التربويين حول سوء معاملة الأطفال. دراسة ميدانية في مدارس السلطة الفلسطينية**. فلسطين: الحركة العالمية للدفاع عن الأطفال.

يوسف، محمد كمال السيد. (٢٠١٢). البدانة الغذائية .. داء له دواء (الجزء الثاني)، **مجلة أسيوط للدراسات البيئية**، العدد ٣٦، ١-١٩.

ثانياً: المراجع الأجنبية.

Abdul-Rasoul, M. (2012). Obesity in children and adolescents in Gulf countries: Facts and solutions. *Avances en Diabetolosia*, *28*(3), 64-69.

Agras, W. S., & Mascola, A. J. (2005). Risk factors for childhood overweight. *Current Opinion in Pediatrics*, *17*, 648–52.

Akabas, S., Lederman, S. A., & Moore, B. J. (2013). Textbook and obesity: Biological, psychological and cultural influences. London: Wiley-Blackwell.

Al Alawi, S., Abdulatif, F., Al Dhubaib, D., Mohammed H., & Al Ansari A. (2013). Prevalence of overweight and obesity across preschool children from four cities of the Kingdom of Bahrain. *International Journal of Medical Science and Public Health*, *2*(2), 507-5010.

Al-Isa A .N. (2004). Body mass index, overweight and obesity among Kuwaiti intermediate school adolescents aged (10-14) years. *European Journal of Clinical Nutrition*, *58*, 1273-1277.

Al-Sendi, A.M., Shetty, P., & Musaiger, A. O. (2003). Prevalence of overweight and obesity among Bahraini adolescents: A comparison between three different sets of criteria. *European Journal of Clinical Nutrition*, *75*, 471-474.

Anderson D. A., & Wadden T. A. (1999). Treating the obese patient: Suggestions for primary care practice. *Archives of Family Medicine* *8*(2), 156-67.

Banis H. T., Varni J. W., & Wallander J. l. (1988). Psychological and adjustment of obese children and their families. *Child: Care, Health and Development*, 14, 157-173.

Bener A. (2006). Prevalence of obesity, overweight, and underweight in Qatar adolescents. *Food and Nutrition Bulletin*, *27*(1), 39-45.

Bennett, D. S., Sullivan, M.W., Thompson, S. M., & Lewis, M. (2010). Early child neglect: Dose it predict obesity or underweight in later childhood? *Child Maltreatment*, *15*(3), 250-254.

Carl, B., Frederick, K., Shellman, R., & Putnam, D. (2014). Increasing socioeconomic disparities in adolescent obesity. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *111*(4), 1338-1342.

Carr, D., & Friedman, M.A. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, *46*(3), 244- 259.

Child Welfare League of America. (2008). Childhood obesity: is it abuse? *Child Voice*. 17:4.

Clark, H. R., Goyder, E., Bissell, P., Blank, L., & Peters, J. (2007). How do parents' child-feeding behaviors influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of Public Health*, *29*(2), 132-141.

Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition of child overweight and obesity worldwide. *International survey, 320*(7244), 1240-3.

De Sousa, A. (2009). Maternal, child and family factors in childhood obesity. *International Journal Diabetes and Metabolism*, *17*,111-112.

EL-Hazmi, M.A., & Warsy, A.S. (2002). A comparative study of prevalence of overweight and obesity in children in different

provinces of Saudi Arabia. *Journal of Tropical Pediatrics*, 48(3), 172-7.

Evely, M., & Ganim, Z. (2011). Working with parents who are overprotective (Helicopter parents; Leaflet). Australia: Schools Psych.

Gharib, A., & Rasheed, P. (2008). Obesity among Bahraini children and adolescents: Prevalence and associated factors: *Journal of Bahrain Medical Society*, *20*(3), 114-123.

Gibson, Y., Byrne, M., Davis, A., Blair, J., & Zubrick, R. (2007). The role of family and maternal factors in childhood obesity. *Medicine the Community*, *186*(11), 591-595.

Guadalupe, Rodríguez-Oliveros, G., Haines, J., Ortega-Altamirano, D., Power, E., Taveras, E. M., González-Unzaga, M. A., & Reyes-Morales, H. (2011). Obesity determinants in Mexican preschool children: Parental perceptions and practices related to feeding and physical activity. *Archives of Medical Research*, *42*(6), 532-9.

Hancock, J., David, L., & Zubrick, R. (2014). Higher maternal protectiveness is associated with higher odds of child overweight and obesity: A longitudinal Australian study. *Plos One*, *9*(6), 1-12.

Hebebrand, J., & Hinney, A. (2009). An environmental and genetic risk factors in obesity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *18*(1), 83-94.

Heird, W.C. (2002). Parental feeding behavior and children's fat mass. *American Journal of Clinical Nutrition*, *75*, 451-452.

Holt, N. L., Moylan, B. A., Spence, J. C., Lenk , J, M., Sehn, Z. L., & Ball, G. D. C. (2008). Treatment preferences of overweight youth and their parents in Western Canada. *Qualitative Health Research*, *9*(18), 1206-1219.

Jones, R.A., Okely A.D., Caputi, P., & Cliff, D.P. (2010). Relationships between child, parent and community characteristics and weight status among young children. *International Journal of Pediatric Obesity*, *5*(3), 256-64.

Kawachi, I. (1999). Physical and psychological consequences of weight gain. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*(21), 5-9.

Kellier, R., & Lang, J. D. (2012). Parents of obese and charges of child abuse, what is our response? *Pediatric Nursing*, *38*(6), 337-340.

Knutson, J. F., Taber, S. M., Murray, A. J., Valles, N., & Koeppl, G., (2010). The role of care neglect and supervisory neglect in childhood obesity in a disadvantaged sample. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*(5), 523-532.

Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y., Kumar, R., & Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: Causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *4*(2), 187–192.

Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Wehle, C, N Bruning., Trost-Brinkhues, G., H Brenner., Hebebrand, J., & Herpertz-Dahlmann (2005). Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six- year-old children in Germany. *International Journal of Obesity*, *29*, 373–380.

Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Juhee, K., & Gortmaker, S. (2010). The role of parents in preventing children. *Future of Children. 16*(1), 169-186.

Mareno, N. (2014). Parental perception of child weight: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(1), 34-45.

Markowitz, S., Friedman, M. A., & Arent, S. M. (2008). Understanding the relation between obesity and depression: Causal mechanisms and implication for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *15*(1), 1-20.

Mclntosh, A., Davis, G., Nayga, R., Anding, J., Torres, C., Kubena, K., Perusquia, E., Yeley, G., & You, W. (2006). Parental time, Role strain, and children's fat intake and obesity-related outcomes. *Contractor and Cooperator Report*, 19.

Murtagh, L., & Ludwig, D. S. (2011). State intervention in life-threatening childhood obesity. *Journal of the American Medical Association*, *306*(2), 206-7.

Musaad, S. M. A., Paige, K. N., Teran-Garcia, M., Donovan, S., & Fiese, B. (2013). Childhood overweight/obesity and pediatric asthma: The role of parental perception of child weight status. *Nutrients*, *5*, 3713-3729.

Musaiger, O. M., Musaiger, M., Al-Mannai, M., Tayyem, R., Al-Lalla, O., Ali, Y. H., Kalam, F., Benhames, M., Saghir, S., Halahleh, I., Djoudi, Z., & Chirane, M. (2012). Prevalence of overweight and

obesity among adolescent in seven Arab countries: A cross-cultural study. *Journal of Obesity*, Volume 2012.

Mohammed, H., & Vuvor, F. (2012). Prevalence of childhood overweight/obesity in basic school in Accra. *Ghana Medical Journal, 46*(3), 124-127.

Noll, J. G., Zeller, M. H., Trickett, P. K., & Putrnam, F. W. (2007). Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: A prospective study. *Pediatrics, 120*(1), 1-7.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Journal of the American Medical Association, 311*(8), 806-814.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., Tabak, C.J., & Flegal, K. M. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Journal of the American Medical Association, 295*(13), 1594-55.

Puhl, M., & Heuer, A. (2009). The stigma of obesity: A Review and update. *Obesity, 17(5)*, 941-964.

Rifas-Shiman, S. L. (2011). Dose maternal feeding restriction lead to childhood obesity in a prospective cohort study? *Archives of disease in childhood, 96*(3), 265-269.

Rodriguez-Oliveros, G., Haines, J., Ortega-Altamirano, D., Power, E., Taveras, E. M., Gonzalez-Unzaga, M., & Reyes-Morales, H. (2011). Obesity determinants in Mexican preschool children: Parental Perceptions and practices related to feeding and physical activity. *Archives of Medical Research, 42*(6), 532-539.

Rosenheck, R. (2008). Fast food consumption and increased caloric intake: A systematic review of a trajectory towards weight gain and obesity risk. *Obesity Reviews, 9*(6), 535-547.

Rosen-Reynoso, M., Alegría, M., Chen, C., Laderman, M., Roberts, R. (2011). The relationship between obesity and psychiatric disorders across ethnic and racial minority groups in the United States. *Eating Behaviors, 12*(1), 1-8.

Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior. *British Journal of Nutrition, 99*(1), 22-25.

Strauss, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics, 105*(1), 1-5.

Thomas, J., & Brownelle, K. (2007). *Obesity*. London: Cambridge University, Press.

Vamosi, M. E., Heitmann, B. L., Thinggaard, M., & Kyvik. K. O. (2011). Parental care in childhood and obesity in adulthood: A study among twins. *Obesity, 19*, 1445-1450.

Varness, M. D., David, B., Allen, C. L., & Fost, M. D. (2008). Childhood obesity and medical neglect. *Pediatrics, 123*(1), 399-406.

Vartanian, L. R., Schwartz, M. B., & Brownell K. D. (2007). Effects of soft drink consumption on nutrition and health: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health, 97*(4), 667-675.

Wijga, A., Scholtens, S., Bemelmans, W., de Jongste, J., Kerkhof, M., Schipper, M, et al. (2014). Comorbidities of obesity in school children: A cross-sectional study in the Piama birth cohort. *Biological Medical Central Public Health, 10*(184), 1-10.

Wills, M. (2004). Orthopedic complications of childhood obesity. *Pediatric Physical Therapy, 16*(4), 230-*235*.

Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., Modi, A. C., Gutzwiller, J., Vannatta, K., & Davies, W. H. (2007). Controlled study of critical parental and family factors in the obesigenic environment. *Obesity, 15*(1), 126-136.

ثالثاً: مراجع الإنترنت:

American Academy of Pediatrice. (2014). Online: https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/obesity/Pages/The-Emotional-Toll-of-Obesity.aspx

American humane. (2014). Online: http://www.americanhumane.org/children/stop-abuse/fact-sheets/child-neglect.html

U. S. Department of Health and Human Services. Administration on Children, Youth, and Families. (2014). Child Maltreatment 2005.

Washington, DC: US Government Printing Office. Online: https://hhs.gov/

United Nation Children's Emergency Fund, *UNICEF*. (2014). Online: http:www.unicef.org/Arabic/

World Health Organization. (2014). Online: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ar/

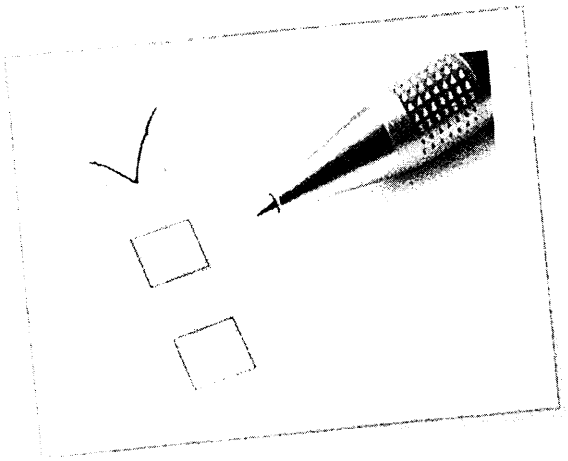
الملاحق

ملحق (١): استمارة المقاييس الجسمانية.

ملحق (٢): استمارة البيانات الأولية "الديموغرافية" للوالدين.

ملحق (٣): أداة الدراسة.

ملحق (٤): موافقة وزارة التربية والتعليم بمملكة البحرين على إجراء الدراسة في مدارسها.



جامعة البحرين

كليـــة الآداب

قسم علـم النفس

برنامج الماجستير في علم النفس الإرشادي

عزيزي ولي الأمر:

نتقدم لكم ببالغ الشكر والتقدير على المشاركة في دراستنا، والتي تهدف إلى تسليط الضوء على مشكلة السمنة لدى الأطفال في مملكة البحرين، حيث لا يخفى على أحد انتشار هذا الوباء بشكل كبير في المملكة وفقاً للدراسات الصادرة.

ونظراً لتشابك وتعدد العوامل المؤثرة في السمنة بشكل كبير أصبح من الصعب الحكم على أن التغذية فقط أو النشاط البدني لوحدهما مسئولان عن هذا المرض، إذ تؤثر العوامل الثقافية والاجتماعية والنفسية والبيولوجية في الإصابة بالسمنة، لذا فإن الغرض الرئيسي من هذا المقياس هو التعرف على أثر كل من إهمال الوالدين والحماية الزائدة تجاه أبنائهم في إصابة الأبناء بالسمنة.

نرجو منكم الإجابة بصدق وموضوعية على فقرات المقياس وذلك من خلال قراءة مفردات الاستبانة بدقة وعناية لتحصيل الفائدة العلمية المرجوة، **مع التأكيد على أن جميع المعلومات سيتم التعامل معها بسرية تامة.**

الباحث:

محمد حسن عبد الله سند

((البيانات الأساسية لولي الأمر)):

الإسم (أختياري): ☐

العمر: ☐ الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐ المستوى التعليمي: ☐

الحالة الإجتماعية: متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐ عدد الأبناء ☐

ترتيب الطالب في الأبناء: ☐ المستوى المادي: ☐

نتمنى لك وقتاً سعيداً في ملئ فقرات المقياس ،،،

مملكة البحرين

جامعة البحرين

استمارة قياس مؤشر كتلة الجسم لتلاميذ المرحلة الابتدائية.

بيانات التلميذ/التلميذة الأساسية:

الإسم/ الصف/ العمر/ الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

جميع البيانات التي سيتم الحصول عليها بغرض البحث العلمي فقط.

القياسات الجسمانية:

وزن الجسم بالكيلوجرام ( ).

الطول بالمتر ( ).

تملأ من قبل الباحث فقط.

مؤشر كتلة الجسم = الوزن بالكيلوجرام / مربع الطول بالمتر.

النتيجة: ( ).

التصنيف:

( ) وزان مثالي.

( ) وزن زائد.

( ) سمنة خفيفة.

( ) سمنة متوسطة.

( ) سمنة زائدة.

مقياس ولي الأمر:

إقرأ أولاً: أختر الإجابة التي تراها الأقرب من وجهة نظرك.

بيانات عامة:

١. ما هو وزن ابنك/ ابنتك؟

أ. يزن بالكيلوجرام _____.

ب. لا أعلم.

٢. ماهو طول ابنك/ ابنتك؟

أ. الطول ( ) بالسنتيمتر.

ب. لا أعلم.

٣. هل تشعر بالقلق تجاه وزن أبنك/ ابنتك الحالي؟

أ. لا أشعر بالقلق.

ب. أشعر بالقلق قليلاً.

جـ. قلق جداً.

٤. كيف يمكنك أن تصف وزن أبنك/ابنتك؟

أ. تحت الوزن.

ب. وزن صحي (مثالي).

جـ. وزن زائد.

د. سمنة.

٥. هل تعلم نتيجة وزن ابنك/ ابنتك وفق مقياس الـ (BMI) مؤشر كتلة الجسم؟

أ. BMI: _____.

ب. لا أعلم.

جـ. لا أعلم ما هو الـ BMI.

٦. هل قام أخصائي التغذية الذي يتابع ابنك/ابنتك، بالتحدث معك حول العادات الصحية مثل: الحمية، التغذية، التمارين؟

أ. نعم.

ب. لا.

جـ. لا يتواصل أبني / أبنتي مع أخصائي التغذية.

٧. كم عدد الوجبات من الفواكه والخضراوات التي يأكلها ابنك/ ابنتك، في كل يوم؟

أ. أقل من ٣.

ب. ٣-٤.

جـ. ٥ أو أكثر.

٨. كم عدد المشروبات التي تحتوي على السكريات (المشروبات الغازية، مشروبات الطاقة، العصائر .....) التي يشربها ابنك/ ابنتك في كل يوم؟

أ. واحد أو أقل.

ب. ٢.

جـ. أكثر من اثنين.

٩. كم عدد الوجبات الخفيفة مثل (الكيك، الكعك، الآيس كريم، الحلويات) التي يتناولها ابنك/ابنتك في كل يوم؟

أ. واحد أو أقل.

ب. ٢-٣.

جـ. أكثر من ٣.

١٠. كم مرة في الأسبوع يتناول فيها ابنك/ابنتك، طعاماً معداً خارج المنزل (الأطعمة السريعة)؟

أ. واحد أو أقل.

ب. ٢-٣.

جـ. أكثر من ٣.

١١. ما الذي تناوله ابنك/ابنتك، بالأمس في وجبة ...؟

أ. الافطار: _____

ب. الغداء: _____

جـ. العشاء: _____

د. الوجبات الخفيفة:

---

١٢. يبدو لي أحياناً أن الطريقة الوحيدة لجعل ابني/ابنتي يحسن التصرف هي بأن أعده بإعطاءه الحلويات.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

١٣. ابني/ ابنتي لا يفضل الأطعمة الصحية.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

١٤. أرى أن الوجبات الصحية تستغرق وقتاً اكثر في الإعداد.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

١٥. يفضل ابني/ابنتي، الأكل أثناء مشاهدة التلفاز أو استخدام (الحاسوب، الهاتف النقال، الأجهزة اللوحية ....).

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

١٦. أشعر بأني لا أملك السيطرة على ما يتناوله ابني/ ابنتي من أطعمة؟

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

١٧. ما هو شعورك في القيام ببعض التغييرات لمساعدة ابنك/ ابنتك، ليتناول طعاماً صحيا؟

أ. أنا غير مهتم للقيام بالتغييرات في الوقت الحالي.

ب. أنا لست مستعداً لإجراء التغييرات بعد، لكن لا مانع لدي من التحدث في الأمر.

جـ. أنا الآن على استعداد لإجراء بعض التغييرات وأرغب في تقديم المساعدة.

١٨. ينبغي دائماً على إبني / إبنتي تناول كل الطعام الموجود في طبقه.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

١٩. إذا قال لي إبني / إبنتي، "أنا لست جائعاً"، أحاول إرغامه على الأكل بأية طريقة.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٢٠. إذا تناول إبني / إبنتي، كمية صغيرة من الطعام، أحاول إرغامه على تناول المزيد.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٢١. عندما يقول إبني / إبنتي بأنه أنهى الأكل، أحاول إرغامه لتناول قضمة واحدة (أكثر من اثنتين، الخ) من الطعام.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٢٢. إذا أنا لم أقم بتوجيه وتنظيم أكل إبني / إبنتي، فإنه سيتناول الكثير من الأطعمة المفضلة لديه.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق. جـ. لا أوافق.

٢٣. إذا أنا لم أقم بتوجيه وتنظيم أكل إبني / إبنتي، فإنه سيتناول الكثير من الأطعمة الغير مرغوب بها.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٢٤. يجب أن أكون متأكداً أن إبني / إبنتي لا يتناول الكثير من الأطعمة المفضلة لديه.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٢٥. يجب أن أكون متأكداً أن إبني / إبنتي لا يتناول الكثير من الحلويات (الكيك، الكعك، الآيس كريم، الحلويات).

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٢٦. يجب ان أكون متأكداً أن إبني / إبنتي لا يتناول الكثير من الأطعمة الغنية بالدهون.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٢٧. أنا أشجع إبني / إبنتي ليتناول طعاماً أقل حتى لا يصبح بديناً.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق. جـ. لا أوافق.

٢٨. أعطي إبني / إبنتي وجبات صغيرة من الطعام للسيطرة على وزنه.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٢٩. أذا أكل إبني / إبنتي أكثر من المعتاد في وجبة واحدة، أحاول أن أُحِدُ من تناوله للطعام في الوجبة التالية.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٣٠. أُحِدُ من الأطعمة التي قد تسبب البدانة إلى إبني / إبنتي.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٣١. هناك بعض الأطعمة التي لا ينبغي لإبني / إبنتي أن يتناولها لأنها ستجعل منه بديناً.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٣٢. لا أسمح لإبني / إبنتي أن يأكل بين الوجبات لأني لا أرغب أن يصبح بديناً.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٣٣. في كثير من الأحيان ألزم إبني / إبنتي على اتباع حمية غذائية من أجل السيطرة على وزنه.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٣٤. أناقش مع إبني / إبنتي لماذا من المهم أن نأكل طعاماً صحياً.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٣٥. أناقش مع إبني / إبنتي عن القيمة الغذائية للأطعمة.

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

٣٦. أخبر إبني / إبنتي بالأطعمة التي يجب أن يتناولها وبالأطعمة التي لا يجب أن يتناولها من دون ذكر الأسباب (تعليل).

أ. أوافق بشدة.

ب. أوافق.

جـ. لا أوافق.

انتهى، شكراً على حسن تعاونكم معنا ،،،

Kingdom of Bahrain
Ministry of Education
Secretariat General of the Higher Education Council
Scientific Research Directorate

مملكـــــة البحريـــــن
وزارة التربيـــة والتعليـــم
الأمانة العامة لمجلس التعليم العالي
إدارة البحث العلمي

الرقم: 3/10/ت م ب
التاريخ: 7 أبريل 2015م

الفاضل الأستاذ محمد حسن عبد الله سند المحترم

تحية طيبة وبعد،،،

الموضوع: الموافقة على تطبيق أدوات بحث في إدارة التعليم الابتدائي

بالإشارة إلى طلبكم المقدم بتاريخ 2015/03/18م بشأن تطبيق أدوات البحث المعنون "الإهمال الوالدي والحماية الزائدة وأثرهما في سمنة الأطفال في مملكة البحرين"، يسرني إعلامكم بموافقة الإدارة/ الإدارات المعنية على تطبيق أدوات البحث وفق التعليمات والشروط التالية:

1. الالتزام عند التطبيق بأداة / أدوات البحث التي تمت الموافقة عليها دون إضافة أو حذف.
2. المحافظة على المعلومات التي يتم جمعها، وعدم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.
3. تزويد إدارة المكتبات العامة بوزارة التربية والتعليم بنسخة من البحث بعد الانتهاء منه.
4. جميع الإجراءات والخطوات اللازمة لتطبيق أدوات الدراسة تقع على عاتق الباحث نفسه ولا يحق له الاعتماد على كوادر الوزارة لأداء هذه المهمة.

مع تمنياتنا لكم بالتوفيق، وتفضلوا بقبول خالص التحية والاحترام.

د. فرزانة عبد الله المراغي
مدير إدارة البحث العلمي

Abstract

The current study aimed to identify the role of spreading of the parental neglection and the overprotective among the members of the study sample and its impact on childhood obesity in the primary schools in the kingdom of Bahrain and identify the impact of each parental neglection and the overprotective on childhood obesity in the primary school in the Kingdom of Bahrain, as well as detection the differences in childhood obesity among the study sample depending on the variables; sex of parents, the educational level of the parents and the economic level. The study used a descriptive and analytical approach (comparative) and the study sample consisted of (95) from student's parents in the primary stage in the kingdom of Bahrain. (47) males and (48) females, their children suffer from obesity based on physical standers and according to the body mass (BMI) the current study used parental neglect and excess protection and physical measurement of the children which included all of the height, weight and age. After using statistical methods (averages, standard deviation and percentages and test "T-test" and testing of the unilateral statement ANNOVA analysis, the coefficient of Pearson).

The study found the following results:

The parental neglection and the overprotective spreadness among the members of study sample with an average of (1,88), (1,89) respectively, while the impact of each of neglect parental extra protection, the study found that there is a direct correlation significant differences between each of the negligence of parents and overprotective in childhood obesity in primary school in the kingdom of Bahrain (0,268), (0,285) respectively, at the level of significance (0,01), as for the sample according to demographic variables were as follows, there were no statistically significant differences according to sex parents variable to the level of neglect of parental protection on childhood obesity. There were statistically significant differences between the wanted sample according the academic qualification and economic level of parents to words the neglect children and protect them excessively and reflection on childhood obesity in a primary school in the kingdom of Bahrain.

The current study recommends, the need to educate parents of the role of parental neglecting and extra protection causing childhood obesity and increasing their weight with emphasizing on the role of the effective protection management of obesity in childhood by parents and educators, which may help with lowering obesity in adolescence.

UNIVERSITY OF BAHRAIN

College of Arts

Department of Psychology

Negligence and Overprotective and their Effect on Children's Obesity in Kingdom of Bahrain

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master's Degree in Psychology of Counseling

Submitted by

Mohamed Hasan Abdulla Sanad

19961325

Supervised by

Dr. Mohamed Hasan Al-Mutawa

Associate Professor of Psychology

University of Bahrain

KINGDOM OF BAHRAIN

May/2016