

## علاج السمنة وعلاقته بأعراض اضطراب تشوه الجسد (التدخل الجراحي مقارنة بالتدخل غير الجراحي)

## Obesity Treatment and its Relation to Body Dysmorphic Disorder (Surgical Intervention Compared to Non-Surgical Intervention)

إعداد: الباحثة/ شهد عيسى عبد الكريم قشطة

ماجستير، قسم علم النفس الإكلينيكي، كلية الآداب والعلوم، جامعة عمان الأهلية، الأردن

Email: [shahd.kashta@icloud.com](mailto:shahd.kashta@icloud.com)

الأستاذ الدكتورة/ فريدة بولسنان

أستاذ دكتور، قسم علم النفس الإكلينيكي، كلية الآداب والعلوم، جامعة عمان الأهلية، الأردن

## المخلص:

هدفت الدراسة الحالية لمقارنة أنواع علاج السمنة (التدخل الجراحي والتدخل غير الجراحي) وعلاقته بأعراض اضطراب تشوه الجسد في العاصمة عمان، حيث تساهم هذه الدراسة بالمساعدة في الكشف عن أعراض اضطراب تشوه الجسد لدى مرضى السمنة الذين أجروا علاجاً جراحياً أو علاجاً غير جراحياً، وتساعد على زيادة الوعي على وجود مشكلة والسعي لحلها، إضافة إلى إمكانية هذه الدراسة بأن تكون مرجع مهم للباحثين في اضطراب تشوه الجسد ومحفة للمختصين في مجال العلاج النفسي والطبي والتغذوي؛ ولإيجاد أساليب علاج أو وقاية من اضطراب تشوه الجسد. اتبعت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (153) شخص من المتعالجين من السمنة المراجعين العيادات الخاصة (المتعالجين بالتدخل الجراحي) تكميم المعدة، ربط المعدة، تحويل مسار، والمتعالجين بالتدخل غير الجراحي (بالون معدة، نظام غذائي) في محافظة العاصمة عمان بالمملكة الأردنية الهاشمية والذين تم اختيارهم بالطريقة القصدية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد بعد التأكد من دلالات الصدق والثبات. وأظهرت النتائج أن التدخل الأكثر انتشاراً هو تكميم المعدة، وأن أبرز الأعراض كان (القلق الشديد بشأن بعض جوانب المظهر الجسدي)، وأظهرت الدراسة أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأعراض اضطراب تشوه الجسد يُعزى لتدخل بالون المعدة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اضطراب تشوه الجسد تُعزى لمتغيرات الدراسة (الجنس، الفئة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).

من خلال ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية توصي الباحثتان بتوعية المشخصين بالسمنة والمتعالجين منها باضطراب تشوه الجسد؛ وتوعية الأطباء والعاملين بالعيادات الخاصة بعلاج السمنة بالاضطرابات النفسية وضرورة وجود تدخل نفسي لمراجعيهم.

الكلمات المفتاحية: اضطراب تشوه الجسد، علاج السمنة، التدخل الجراحي، التدخل غير الجراحي.

## Obesity Treatment and its Relation to Body Dysmorphic Disorder (Surgical Intervention Compared to Non-Surgical Intervention)

**Shahd Isa Abdulkarim Kashta**

Masters, clinical psychology department, Al-Ahliyya Amman University, Jordan

**Prof. Farida Boulesnane**

Professor, clinical psychology department, Al-Ahliyya Amman University, Jordan

### Abstract

The current study aimed to compare the types of obesity treatment (surgical and non-surgical intervention) and its relationship to the symptoms of body dysmorphic disorder in the capital, Amman. This study contributes to helping to detect the symptoms of body dysmorphic disorder in obese patients who underwent surgical or non-surgical treatment, and helps to increase awareness of the existence of a problem and seek to solve it. In addition, this study can be an important reference for researchers in body dysmorphic disorder and a motivator for specialists in the field of psychological, medical and nutritional treatment; and to find methods of treatment or prevention of body dysmorphic disorder. The study followed the descriptive approach, and the study sample consisted of ((153 people from obesity patients who visited private clinics (those treated with surgical intervention {gastric sleeve, gastric banding, bypass} and those treated with non-surgical intervention {gastric balloon, diet}) in the capital Amman Governorate in the Hashemite Kingdom of Jordan, who were selected intentionally. To achieve the study objectives, the Body Dysmorphic Disorder Symptoms Scale was used after verifying the indications of validity and reliability. The results showed that the most common intervention was gastric sleeve, and that the most prominent symptoms were (severe anxiety about some aspects of physical appearance). The study also showed the presence of statistically significant differences in the symptoms of body dysmorphic disorder attributed to the gastric balloon intervention, and the absence of statistically significant differences in the symptoms of body dysmorphic disorder attributed to the study variables (gender, age group, educational level, social status). The current study recommend educating those diagnosed with obesity and those treated for it about body dysmorphic disorder; and educating doctors and workers in private clinics about treating obesity with psychological disorders and the need for psychological intervention for their clients.

**Keywords:** Body Dysmorphic Disorder, Obesity Treatment, Surgical Intervention, Non-surgical Intervention.

## 1. المقدمة:

يعتقد بعض الأشخاص أن الجمال وشكل الجسم المُلفت للنظر هما علامتان على الصحة الجسدية والنفسية، جنباً إلى جنب مع مفهوم "الجينات الجيدة" ونظام المناعة الصحي. وبالتالي، يعكس الجمال وشكل الجسم المُلفت للنظر مفهوماً لفسولوجيا صحية خالية من الاضطرابات الوراثية والأمراض المعدية، ولوحظ أن الفلاسفة والفنانين على مر التاريخ يعتقدون أن الجمال الوجهي وخاصة تماثل الوجه يرتبطان بصفات نفسية مثل الصدق والموثوقية والجدارة بالثقة (Ahmadpanah et al., 2019).

وقد اعتبرت السمنة في بعض الأزمان كمعيار للجمال والثروة، واستمر هذا الفكر حتى تطورت وتزايدت الأمراض التي دلت على أن السمنة مرض، حيث تضاعف انتشارها في جميع أنحاء العالم منذ عام 1980 إلى حد قارب من ثلث سكان العالم يصنفون على أنهم يعانون من زيادة الوزن أو السمنة (Chooi et al., 2019).

وتم اعتبار السمنة كمرض قائم بذاته لأول مرة في عام 1984 من قبل منظمة الصحة العالمية (World Health Organization [WHO])، وفي عام 2016 تم إحصاء عدد الأشخاص البالغين الذين يعانون من السمنة وتم التوصل للآتي: 39% من البالغين في العمر الثامنة عشرة أو أكثر يعانون من فرط الوزن و13% منهم يعانون من السمنة (WHO, 2021)، حيث تُعرّف السمنة أنها تراكم غير طبيعي في مخزون الأنسجة الدهنية في كل أجزاء الجسم (أبو المجد، 2007)، ويتم تشخيصها بعدة طرق أهمها مؤشر كتلة الجسم وهو: وزن الجسم بالكيلوغرام مقسماً على مربع الطول بالمتر. وتُعد السمنة من عوامل الخطر للعديد من الأمراض العضوية لعل أهمها: أمراض القلب والأوعية الدموية، مرض السكري، الاضطرابات العضلية الهيكلية، وبعض أنواع السرطان (بما في ذلك بطانة الرحم، الثدي، المبيض، البروستات، الكبد، المرارة، الكلى، القولون) (WHO, 2021).

ولها آثار نفسية وهذا ما دلت عليه بعض الدراسات لعل أهم هذه الآثار: الشعور بالقلق، الاكتئاب واضطراب تشوه الجسد. يعد اضطراب تشوه الجسد (Body Dysmorphic Disorder [BDD]) اضطراب نفسي معترف به يتميز بالتفكير المهووس بأن جانباً ما من مظهر الشخص المصاب به هو قبيح أو يوجد لديه تصور للتشوه، بحيث يعاني المصاب من مستوى كبير من الضيق أو العجز أو كليهما. في كثير من الأحيان، لا يوجد تشوه واضح في مظهر الفرد، ولكن في بعض الأحيان يوجد عيب طفيف ليس واضحاً على الفور للآخرين، وفي كلا الحالتين، يكون رد الفعل للفرد مفرطاً. (Castle et al., 2021) سنتناول دراستنا الحالية علاج السمنة وعلاقتها بأعراض اضطراب تشوه الجسد لدى عينة من المتعالجين التي قد لا ترضى عن حالها بعد التدخل العلاجي من منطلق حملها لتمثلات وتصورات قد لا تنطبق مع تصوراتها بعد العلاج.

### 1.1. مشكلة الدراسة:

تُسبب السمنة العديد من المشاكل الصحية، العقلية والبدنية على حد سواء، ويمكن ملاحظة أن النوعية العامة لحياة الأفراد البدناء تتضاءل نتيجة لكل من المشاكل الصحية والصعوبات الاجتماعية (Ahmedov & Ahmedov, 2021). ولهذا قد يخضع الشخص في علاجه للسمنة للتدخلات الطبية الجراحية وغير الجراحية للتحسين من النوعية العامة للحياة وأثر هذه التدخلات قد تكون لصالح الشخص وقد تكون مسببة لأعراض مرضية أخرى.

تشير الدراسات إلى وجود نسبة عالية من الأشخاص الذين يتصفون بأعراض اضطراب تشوه الجسد لدى عينات طبية مختلفة من المرضى الذين يطالبون بإجراء عمليات ترميمية للوجه وبلغت نسبتهم ما بين 7-16%، حيث إنه تم الإبلاغ عن انشغال المظهر والضيق بما يتناسب مع أعراض اضطراب تشوه الجسد (Sarwer et al., 2010).

وتم العثور على انتشار كبير لأعراض اضطراب تشوه الجسد بين المرشحين لعملية تجميل البطن، وارتبطت مخاوف وزن الجسم وشكله بشكل كبير بشدة أعراض اضطراب تشوه الجسد، كان انتشار هذه الأعراض 57% وكانت هناك ارتباطات كبيرة بين أعراض اضطراب تشوه الجسد ودرجة عدم رضا الجسم ومستوى الانشغال بالمظهر الجسدي وسلوكيات التجنب (Brito et al., 2016).

وضح ريبيرو (Ribeiro, 2017) انتشار اضطراب تشوه الجسد بين المرضى المتابعين في عيادات الجلدية وعيادات الجراحة التجميلية وتوصل إلى أن 15.04% من مرضى الجراحة التجميلية يعانون من اضطراب تشوه الجسد؛ وكان متوسط عمر المريض 34.54 عاماً، وكان معظمهم من النساء (74.38%). من بين مرضى الأمراض الجلدية، كان 12.65% يعانون من اضطراب تشوه الجسد؛ وكان متوسط عمر المريض 27.79 سنة، وكان معظمهم من النساء (76.09%). تناولت أغلب الدراسات اضطراب تشوه الجسد وعلاقته مع العمليات التجميلية وصورة الجسد السلبية والاكتئاب والسمنة وخلت من وجود المتغيرات المتناولة في هذه الدراسة من تدخل جراحي وغير جراحي وأعراض تشوه الجسد، ولم يكن هنالك العدد الكافي على حسب اطلاع الباحثة من الدراسات العربية التي تتناول أي من هذه المتغيرات وأيضاً لم يتم إيجاد أي دراسة تتناول هذه المتغيرات داخل حدود مجتمعنا وعليه تجيب الدراسة على مجموعة من التساؤلات والتي أهمها البحث عن العلاقة ما بين التدخلات العلاجية للسمنة واضطراب تشوه الجسد.

## 2.1 أسئلة الدراسة:

1. ما الطريقة الأكثر شيوعاً لعلاج السمنة حسب عينة من المتعاجين من السمنة؟
2. ما أبرز أعراض اضطراب تشوه الجسد حسب عينة من المتعاجين من السمنة؟
3. هل توجد فروق في استجابة أفراد عينة الدراسة على مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد تعزى إلى متغير طريقة علاج السمنة (تكميم معدة، ربط معدة، تحويل مسار، بالون معدة، نظام غذائي)؟
4. هل توجد فروق في استجابة أفراد عينة الدراسة على مقياس اضطراب تشوه الجسد تعزى للمتغيرات التالية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)؟

## 3.1 أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة أهميتها من أهمية الموضوع الذي تتناوله والتي تتحدد في الجوانب التالية :

### 1- الأهمية النظرية:

تتركز أهمية الدراسة في الجهة النظرية في أنها ستكشف عن أعراض اضطراب تشوه الجسد الذي قد ينشأ لدى الأفراد الذين أجروا تدخلات جراحية وغير الجراحية لعلاج السمنة، وستوفر الدراسة إطاراً نظرياً حول موضوع اضطراب تشوه الجسد لدى فئة من الأفراد المتعاجين من السمنة تحديداً، حيث إن الدراسات المرتبطة باضطراب تشوه الجسد تتمحور حول العلاقة مع العديد من عمليات التجميل ولم تتطرق للتدخلات الجراحية للمعدة أو التدخلات غير الجراحية لعلاج السمنة، كما يتوقع من الدراسة الحالية زيادة الأبحاث في هذا الاضطراب ونشر التوعية اللازمة لوجوب المتابعة بعد هذه الإجراءات العلاجية للوقاية من الاضطراب.

### 2- الأهمية العملية:

تتركز الأهمية العملية لهذه الدراسة في المساعدة في الكشف عن أعراض اضطراب تشوه الجسد لدى مرضى السمنة الذين

أجروا علاجاً جراحياً أو علاجاً غير جراحياً، وقد تساعد على زيادة الوعي على وجود مشكلة والسعي لحلها، إضافة إلى إمكانية هذه الدراسة بأن تكون مرجع مهم للباحثين في اضطراب تشوه الجسد ومحفة للمختصين في مجال العلاج النفسي والطبي والتغذوي؛ لإيجاد أساليب علاج أو وقاية من اضطراب تشوه الجسد، وربطت هذه الدراسة بين علاج السمنة جراحياً وغير جراحياً من جهة، وتطوير أعراض اضطراب تشوه الجسد من جهة أخرى، وبهذا قد تكون من أوائل الدراسات التي جمعت بين هذين المتغيرين معاً.

#### 4.1. أهداف الدراسة:

1. الكشف عن الطريقة الأكثر شيوعاً لعلاج السمنة حسب عينة من المتعالجين من السمنة.
2. تحديد أبرز أعراض اضطراب تشوه الجسد حسب عينة من المتعالجين من السمنة.
3. إيجاد فروق في استجابة أفراد عينة الدراسة على مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد تعزى إلى متغير طريقة علاج السمنة (تكميم المعدة، ربط المعدة، تحويل مسار، بالون المعدة، نظام غذائي).
4. الكشف عن الفروق في استجابة أفراد عينة الدراسة على مقياس اضطراب تشوه الجسد حسب المتغيرات التالية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).

#### 5.1. متغيرات الدراسة "اصطلاحياً وإجراءياً":

##### علاج السمنة جراحياً (Bariatric surgeries):

اصطلاحياً: هي مجموعة من العمليات تحت التخدير الكامل أو الموضعي التي تساعد على إنقاص الوزن عن طريق إجراء تغييرات على الجهاز الهضمي (Karmali et al., 2010). وتشمل:

- ربط المعدة القابل للتعديل (adjustable gastric banding).
- استئصال المعدة بالمنظار (laparoscopic sleeve gastrectomy).
- المجازة المعدية على شكل حرف Y أو ما يعرف بتحويل مسار المعدة (Roux-en-Y gastric bypass (RYGB)). (Karmali et al., 2010).

##### علاج السمنة غير الجراحي:

اصطلاحياً: التدخل التغذوي المبني على فقدان الوزن عن طريق تحفيز والحفاظ على حالة يكون فيها إجمالي إنفاق الطاقة أكبر من استهلاك الطاقة (أي عجز الطاقة)، مما يؤدي إلى استخدام الدهون المخزنة كمصدر للطاقة (Ard et al., 2016).

بالون داخل المعدة (Intra Gastric Balloon [IGB]) تسمح تقنية البالون داخل المعدة بتخفيض قدرة تخزين المعدة للطعام مما يسبب إحساساً سابقاً بالشبع، مما يسهل على المرضى استهلاك كميات صغيرة من الطعام (Fernandes et al., 2007).

بوتكس المعدة، حقن سم البوتوكسين النوع (A) ترتبط آلية العمل بتأخير إفراغ المعدة والشبع المبكر، مما يؤدي إلى فقدان الوزن (Kaya et al., 2020).

## اضطراب تشوه الجسد (Body Dysmorphic Disorder):

اصطلاحياً: اضطراب يتميز بالانشغال المفرط بعيب متخيل في المظهر الجسدي أو القلق المفرط بشكل ملحوظ مع شذوذ جسدي طفيف، عادة ما يكون الانشغال مصحوباً بالتحقق المتكرر من العيب. (American Psychological Association [APA], 2013).

إجرائياً: الدرجة الكلية التي يحصل عليها المتعالج من السمنة على مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد المستخدم في هذه الدراسة.

### 6.1. حدود الدراسة ومحدداتها:

جرت الدراسة على مجتمع الأفراد المتعالجين من السمنة والحاصلين على العلاج في عمان في العيادات الخاصة. وتحدت الدراسة الحالية في ضوء ما يلي:

**الحدود البشرية:** اقتصر إجراء هذه الدراسة على عينة من المتعالجين من السمنة من الذكور والإناث الذين يزيد أعمارهم عن 16 سنة.

**الحدود المكانية:** أجريت هذه الدراسة في العيادات الخاصة بعلاج السمنة في عمان.

**الحدود الزمنية:** تم تطبيق إجراءات هذه الدراسة خلال الموسم الجامعي من العام 2022/ 2023م.

**الحدود الموضوعية:** اقتصرت الدراسة على الكشف عن أعراض اضطراب تشوه الجسد وعلاقتها بعلاج السمنة الجراحي وغير الجراحي وأيضاً تتحدد بمدى دقة استجابة أفراد العينة على أداة الدراسة.

## 2. الإطار النظري

### 1.2. السمنة:

بسبب انتشار وازدياد نسبة السمنة في العالم وما يترتب عنها من أمراض عضوية ونفسية تم تطوير طرق عدة لعلاجها، وذلك بعد اعتراف منظمة الصحة العالمية بكونها مرض، فقدمت منظمة الصحة العالمية السمنة كمخزون شاذ أو مفرط من الدهون في الجسم والتي تشكل خطراً على الصحة في حد ذاته، وفي القاموس الطبي لـ (ستيديمان) (The Stedman's Medical Dictionary) تم تفسير المرض بانقطاع أو توقف وظيفة عضوية أو اضطراب في جسم أو نظام أو بنية أو وظيفة عضو. ومن خلال مقارنة المفهومين تتناسب السمنة تماماً مع تعريف "المرض" (Boubertakh et al., 2022). وفقاً للمعايير الطبية، السمنة هي أعلى نهاية لمؤشر كتلة الجسم (Body Mass Index [BMI])، وهي نسبة من الوزن إلى الطول (Crosnoe, 2007)، ولكي يتم اعتماد مؤشر كتلة الجسم كمؤشر للسمنة يجب أن تكون زيادة الوزن مترتبة على زيادة في الكتلة الدهنية، فعندما تتجاوز "الطاقة الداخلة" للجسم "الطاقة الخارجة" منه (ليسبب توازن طاقة إيجابي)، يتم تخزين الطاقة الزائدة في الأنسجة الدهنية، فإما تزداد الخلايا الدهنية فيها من حيث العدد أو الحجم أو كليهما (Whitney & Rolfes, 2016).

### 1.1.2. العوامل المؤدية للسمنة: (Lin & Li, 2021)

1. المدخول الغذائي وتوازن الطاقة: اختلال توازن الطاقة بين السرعات الحرارية الداخلة والخارجة من الجسم.
2. تاريخ العائلة وأسلوب الحياة: يمكن أن يتأثر احتمال السمنة بالطبيعة والرعاية، معززة بالوراثة الأسرية (الميل إلى تراكم الدهون) أو نمط الحياة (عادات التغذية أو قلة التمارين الرياضية).

3. البنية الدقيقة وميكروبيوم الأمعاء: الاختلافات في ميكروبيوم الأمعاء تسبب تغيرات في الوزن والأبيض.

### 2.1.2. مخاطر السمنة:

زيادة تراكم الدهون في الجسم المؤدية للسمنة لها عدة مخاطر مثل: الإعاقات التي تنشأ من زيادة كتلة الدهون نفسها، ووصمة السمنة والاستجابات السلوكية التي تنتجها، والتهاب المفاصل العظمي، وانقطاع التنفس أثناء النوم، وأيضاً تشمل المخاطر الناتجة عن التغيرات الأيضية المرتبطة بالدهون الزائدة مثل داء السكري وأمراض المرارة وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية وبعض أشكال السرطان المرتبطة بزيادة الوزن (Bray, 2004)، وترتبط السمنة أيضاً بالبطالة والعيوب الاجتماعية وانخفاض الإنتاجية الاجتماعية والاقتصادية، مما يخلق عبئاً اقتصادياً بشكل متزايد (Blüher, 2019).

### 3.1.2. النظريات النفسية لتفسير السمنة:

#### 1. النظرية التحليلية "Psychoanalytic Theory":

يرى فرويد (Freud) أنه مع تقدم الأفراد في الحياة، يكون لديهم رغبات واحتياجات محددة يجب تليبيتها خلال المرحلة الفموية في تطورهم، حيث تكون منطقة المتعة هي الفم والأطفال الصغار يكونوا مهوسين بوضع كل شيء يرونه في أفواههم، ويفترض فرويد أنه إذا لم يتم تلبية احتياجات الفرد خلال هذه المرحلة في التطور، سوف يتطور لديهم سلوكيات تعويضية لأنهم متمسكون بهذه النقطة، والتي قد تكون مرتبطة بالسمنة (Hosman, 2012).

كما يفترض إريكسون (Erik Erikson) في نظريته لمرحلة الاستقلال مقابل الخجل والشك (Autonomy Versus Shame and Doubt) أنه إذا شعر الطفل بفقدان السيطرة على النفس بسبب عدم قدرته على ممارسة الاستقلالية والإرادة الحرة بسبب والدين يكونان متحكمين جداً أو مقيدين جداً، فإن الطفل سيكتسب امتلاكاً لتجربة الخجل والشك، وإذا فرض الوالدين السيطرة الخارجية بشكل صارم أو مبكر، فسيحرمان الطفل من محاولته للسيطرة تدريجياً على وظائفه بإرادة حرة من النواحي المختلفة، وسيواجه الطفل بعد ذلك حاجة إما للتمرد أو شعور بالهزيمة وسيضطر للبحث عن شعور بالرضا والسيطرة إما من خلال التراجع (الخجل) أو التقدم الزائف (الشك) (Lewis & Abell, 2017)، وقد نستنتج من هذه النظرية أن الطفل إما قد يتجه لاضطرابات الأكل أو قد يتجه لاكتساب الوزن الزائد.

يعتقد ادلر (Adler) أن هناك ثلاثة مهام حياتية أساسية لجميع الأشخاص: العمل والصداقة والحب أو الحميمية، ويتحقق العمل عندما يكون ذو مغزى ويوفر الشعور بالرضا، وتتحقق الصداقة من خلال العلاقات المرضية مع الآخرين، يتم التعامل مع مهمة الحب أو الحميمية عن طريق تعلم محبة الذات وكذلك الآخرين (Carlson & E-Carlson, 2017)، وقد يكون لدى الأشخاص الذين يتناولون الطعام بشكل مفرط نقص في النبضات الطبيعية التي تنبه الشخص إلى احتياجاته للجوع والشبع، لذلك يمكن أن نقترح أن بعض الأفراد الذين يعانون من مشاكل في الوزن لا يمتلكون المهارات الانعكاسية المناسبة لتقييم ما إذا كان الجوع نتيجة لاحتياجات فسيولوجية حقيقية أم تعويضاً أو رغبة ثانوية أو اتجاه للحماية (Gaube & Kern, 2015).

### 2. النظرية السلوكية "Behavioral Theory":

الأفراد البدنيين قد تعلموا نمطاً في تناول الطعام وممارسة التمارين الذي يساهم في زيادة الوزن أو الحفاظ على السمنة (Williamson et al., 2006)، تناول الطعام هو استجابة مشروطة بشدة لعدد من الإشارات الداخلية (الشعور بالتوتر، أو حالات المزاج) والخارجية (رؤية الطعام أو شم رائحته، ومراقبة الناس يأكلون)، وتشمل هذه الإشارات المتعلمة لتناول الطعام

حالات مختلفة من الإثارة العاطفية، الوحدة، الملل، أو المواقف الشخصية التي تثير القلق، وإذا أدى تناول الطعام استجابةً لهذه الحالات إلى تخفيف القلق أو الشعور بالمتعة، فسيزداد تدريجياً تكرار تناول الطعام في هذه الحالات مع مرور الوقت؛ وبالتالي، ستتطور العادة أو الارتباط المتعلم في النهاية بين الأحداث المختلفة وتناول الطعام، وستصبح إشارات لسلوك تناول الطعام (Leon, 1977).

### 3. نظرية التعلم الاجتماعي "Social Learning Theory":

فسر باندورا (Bandura) تعلم الفرد للسلوكيات الجديدة بأن التعلم ينتج من خلال تفاعلات الفرد مع الآخرين في سياق اجتماعي وعن طريق ملاحظة سلوكهم، ويقوم الأفراد بتطوير سلوكيات مشابهة بعد مراقبتهم، حيث يقوم الفرد بامتصاص وتقليد ذلك السلوك، خاصة إذا كانت تجاربهم للمراقبة إيجابية أو تتضمن مكافآت تتعلق بالسلوك المراقب، ووفقاً للنظرية، ينطوي التقليد على إعادة تكرار الأنشطة الملاحظة بشكل فعلي (Nabavi&Bijandi, 2012) ومن الممكن استنتاج أنه إذا كان الفرد قد تواجد في بيئة مع أشخاص بدناء فمن الطبيعي أن يكتسب سلوكياتهم بتناول الطعام من خلال المراقبة وإعادة تكرار سلوكياتهم وبالتالي قد يؤثر ذلك على زيادة وزنه.

### 4. النظرية المعرفية "Cognitive Theory":

نظرية الضبط الغذائي التي أشار لها هارمن وبوليفي (Herman and Polivy) إلى أن سلوك تناول الطعام لدى الإنسان يكون تحت السيطرة المعرفية، وهذا يؤدي إلى تقليل الحساسية للإشارات الداخلية للشبع، مما يؤدي إلى الأكل المفرط في الحالات التي تكون فيها السيطرة المعرفية أقل من اللازم أي ان نظرية الضبط تشير إلى أن الضبط (الحمية) في الواقع يؤدي إلى تناول زائد للطعام (Brytek-Matera et al., 2021)

ووضح هارمن وبوليفي (Herman and Polivy, 1983) نموذج الحدود (Boundary Model) وهو نموذج يحل الاختلاف الناشئ من جانب مدرستين فيما يتعلق بتنظيم الأكل: تتميز المدرسة الأولى بتصور فسيولوجي للعوامل التي تحكم الأكل، بينما تتميز المدرسة الثانية بتصور للأكل يتحكم فيه عدة تأثيرات، كثير منها لا يخدم أي هدف بيولوجي. ويوفر نموذج الحدود مكاناً صريحاً لكلتا المدرستين على طول طيف متواصل، حيث يُمَثَّل الشبع والجوع طرفي الطيف، ويُعرف نطاق الوسط بالتحكم الشهواني، حيث يتم الشبع بشكل طبيعي، ومن المرجح أن تؤثر العوامل النفسية في هذا النطاق الوسطي. (Herman & Polivy, 1983)

ووفقاً لهذه النظرية، هناك خطوط حدودية للجوع والشبع تحدها عوامل بيولوجية، والمساحة بين تلك الحدود يتم تحديدها بشكل معرفي، في هذه المساحة يحدد الأشخاص كمية الطعام التي يعتقدون أنه يجب عليهم تناولها، وإذا قام الشخص بتحديد حدود الشبع معرفياً بمستوى أقل (مثل الحمية) من تلك المحددة بشكل بيولوجي، فإن الجسم يحاول تعويض كمية الطعام المتناولة لتلبية الحدود المحددة بشكل بيولوجي من خلال إثارة الجوع، بالنسبة للأشخاص المشخصين بالسمنة، تكون حدود الشبع المحددة بشكل بيولوجي أعلى من تلك للأشخاص الأصحاء. (Hara, 1997)

### 2.2. التدخل الجراحي:

تعتبر الجمعية الطبية الأمريكية (American Medical Association [AMA]) الجراحة إجراء بغرض تغيير جسم الإنسان هيكلياً عن طريق شق الأنسجة أو تدميرها وهي جزء من ممارسة الطب، والعمليات الجراحية المختصة بعلاج السمنة تسمى (Bariatric surgery) وهو مصطلح للعمليات الجراحية المساعدة في تعزيز فقدان الوزن والتي تعمل من خلال تقليل

تناول الطعام عن طريق خفض سعة المعدة وعندما يكون الهدف من العملية علاج الحالات المرضية المشتركة، مثل مرض السكري المرتبط بالسمنة يتغير مسمها لتصبح الجراحة الأيضية (Metabolic surgeries) نظراً لتأثيراتها التي تتراوح من فقدان الوزن إلى التحكم الأيضي (Akçay et al., 2019)

### 1.2.2. الحالات التي تقتضي تدخل جراحي: (Whitney & Rolfes, 2016)

- غير قادر على تحقيق فقدان الوزن الكافي مع النظام الغذائي وممارسة الرياضة.
- مؤشر كتلة الجسم  $\leq 40$  أو مؤشر كتلة الجسم  $\leq 35$  مع مشاكل صحية متعلقة بالوزن (مثل مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم).
- لا توجد موانع طبية أو نفسية.
- فهم المخاطر والدوافع القوية للامتثال للخطة العلاجية بعد الجراحة.

### 2.2.2. أنواع التدخلات الجراحية لعلاج السمنة:

هناك ثلاث أنواع رئيسية من الإجراءات الجراحية لعلاج السمنة مصنفة حسب الوظيفة:

#### النوع الأول:

عمليات تقييدية (Restrictive procedures) وهي العمليات التي تعمل على تقليل حجم المعدة عن طريق التقسيم أو الإزالة لجزء من المعدة، ويعملون فقط من خلال خلق شعور الشبع: لا يمكن للشخص تناول سوى كمية صغيرة قبل أن يشعر بالشبع، ولكن يتم امتصاص الطعام بالكامل (Choban et al., 2002) ويشمل هذا النوع عمليتين.

#### العملية الأولى:

عملية ربط المعدة (Laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB)) حيث يتم فيها وضع شريط بالمنظار حول الجزء العلوي من المعدة لخلق حقيبة صغيرة مع وجود غلاف داخلي قابل للنفخ متصل بأنبوب بمنفذ وصول موضوع خارج تجويف البطن، حيث يمكن تعديل القطر الداخلي للشريط بسهولة عن طريق إضافة أو إزالة المحلول الملحي من خلال المنفذ. (EmblemHealth, 2022) ومن إيجابياتها أنها فعالة، قدرتها بالمحافظة على الوزن للمدى الطويل، درجة التقييد قابلة للعكس ولها أقل معدلات الاعتلال والوفيات. ومن سلبياتها ان لها أعلى معدل إعادة العملية الجراحية، توسع حقيبة المعدة على المدى الطويل، تآكل الشريط في المعدة، استعادة الوزن (Lee & Dixon, 2017)

#### العملية الثانية:

عملية تكميم المعدة (sleeve gastrectomy) وبها يتم إزالة حوالي 80% من جزء المعدة على طول انحناء المعدة الأكبر، تحمل المعدة الصغيرة المتبقية كميات أقل من الطعام، وتقلل من الجوع، وتقلل من شعور الفراغ (Alqunai & Alrashid, 2022). وتشمل إيجابياتها بوقت الجراحة البسيط والأقصر من الناحية الفنية ويمكن إجراؤه لبعض المرضى الذين يعانون من حالات طبية عالية الخطورة، ومن سلبياتها أنها إجراء غير قابل للعكس وقد تزيد من سوء حالة الارتجاع المريئي أو تسببه للأشخاص الذين لا يعانون منه ولهذه العملية تأثير أقل على الأيض مقارنة بالإجراءات الأخرى (Public Education Committee, 2021).

### النوع الثاني:

عمليات لتقليل الامتصاص (mal-absorptive procedures) عمليات تقليل الامتصاص تعتمد على تقليل السطح الامتصاصي للأمعاء الدقيقة مما يؤدي إلى سوء الامتصاص الطعام وتنتج فقداناً سريعاً للوزن (Valera-Mora et al., 2005) مثل عملية تحويل المجرى للثاني عشر (Jejunioleal bypass) التي يتم بها ربط الأمعاء الدقيقة العلوية بالأمعاء الدقيقة البعيدة، مما يزيل جزءاً كبيراً من الدائرة الامتصاصية، مع الاحتفاظ بحوالي 35 سم فقط من الأمعاء الدقيقة الامتصاصية الطبيعية، لا يوصى بهذا الإجراء بسبب ارتفاع معدلات المضاعفات وضعف النتائج طويلة الأجل. (Karmali et al., 2010)

### النوع الثالث:

عمليات تجمع الاثنان سوياً في المقام (combined restrictive and mal-absorptive procedures) وهي العمليات التي تجمع التقييد وتقليل الامتصاص وتتمثل فلسفتها الأساسية في تحقيق التوازن بين فوائد ومخاطر النهجين (EmblemHealth , 2022). مثل عملية المجازة المعدية (Roux-en-Y gastric bypass) وهو إجراء يحمل النهجين حيث يتم إنشاء جيب معدة صغيرة، وبالتالي تقليل حجم المعدة ويتم ربط الجيب بالمعي الصائم (Jejunum)، وبالتالي تحويل العناصر الغذائية من أسفل المعدة والاثني عشر (duodenum) ليقبل امتصاص العناصر الغذائية (Lee & Dixon, 2017) ومن إيجابياتها أنه لها أعلى نسبة انخفاض في الوزن ولكن سلبياتها تشمل حرقة المعدة والغثيان والإسهال (Weinberg & Segelnick , 2009).

### 3.2.2. مضاعفات عمليات معالجة السمنة:

قد أثبتت هذه الإجراءات فعاليتها في معالجة السمنة ومعالجة بعض من أضرارها، إلا أنها قد تحوي بعض المضاعفات ومنها: أن تؤدي أي عملية أيضية تنطوي على استئصال و/أو إعادة بناء أي جزء من الجهاز الهضمي إلى تسرب، حيث تتسرب محتويات الجهاز الهضمي إلى التجويف البريتوني [Peritoneal cavity] (المساحة داخل البطن التي تحتوي على الأمعاء والمعدة والكبد)، انسداد الأمعاء هو واحد من أكثر مضاعفات ما بعد الجراحة شيوعاً التي يمكن أن تحدث على المدى القصير والطويل (Wilson et al., 2021). والمشاكل الغذائية على المدى البعيد مثل فقر الدم، اضطراب امتصاص الكالسيوم وفيتامين د، والمستويات المنخفضة في مصل الفيتامينات الذائبة في الدهون (فيتامين أ، ك، وه). مستويات منخفضة في فيتامين ك وفيتامينات مذيية في الماء مثل فيتامين ثيامين (B1) (Lupoli et al., 2017).

### 3.2. التدخل غير الجراحي:

ويشمل هذا التدخل الإجراءات الطبية لعلاج السمنة وتغيير أسلوب الحياة :

#### 1.3.2. التدخل الطبي:

ويمثل هذا التدخل بمساعدة الشخص لفقدان الوزن بطرق غير جراحية ولكنها تشمل فكرة تقليل تناول الطعام والشعور بالشبع لفترة أطول وتقليل الشعور بالجوع ومن بعض هذه الطرق:

#### الطريقة الأولى:

بالون المعدة (Intra-gastric Balloon) وهو إجراء بسيط يؤدي إلى فقدان الوزن عن طريق ملء المعدة جزئياً، وإبطاء إفراغ المعدة، وبالتالي تحفيز الشبع. يمثل بالون المعدة علاجاً مؤقتاً للسمنة غير دوائي وغير جراحي يمكن عكسه تماماً،

ويمكن تكراره عدة مرات (Farina et al., 2012) عادة ما يتم وضع البالون داخل المعدة داخل وحدة التنظير كإجراء للمرضى الخارجيين، ولهذا الإجراء بعض الأعراض وتشمل الغثيان وآلام البطن والقيء وعسر الهضم والإمساك والارتجاع الحمضي والتجشؤ والتي يتعرض لها ما يقارب 91% من الأشخاص الذين أجروا هذا الإجراء (Crossan & Sheer, 2023) يحدث فقدان الوزن الأكثر دراماتيكية في الأشهر الثلاثة الأولى، وبعد ذلك يبدأ فقدان الوزن في الاستقرار (Gaur et al., 2015).

### الطريقة الثانية:

بوتكس المعدة، حقن سم البوتوكسين النوع A (Botulinum toxin type A) وهو سم عصبي، يستخدم سريريًا للحالات المميزة بانقباض العضلات المستمر في عضلات المعدة يمكن أن تكون طريقة مفيدة للتعامل مع السمعة نظراً لتأثيره المثبط على العضلات السلسلة في المعدة يجعله عاملاً محتملاً لعلاج السمعة من خلال تأخير إفراغ المعدة وزيادة الشبع (Elshaykh et al., 2017).

### 2.3.2. تغيير أسلوب الحياة:

ويشمل تغيير أسلوب الحياة تغيير أسلوب تناول الطعام ونوعية الطعام وزيادة الحركة الفيزيائية ويوجد العديد من أنظمة التغذية وأشهرها :

#### 1. نظام الصيام المتقطع "Intermittent Fasting [IF]":

لا يعتمد هذا النظام على نوعية الطعام بل على توقيت تناوله، ينطوي هذا النظام على الأكل المقيد زمنياً يومياً (مثل الصيام لمدة 16-24 ساعة) أو الصيام الكامل في أيام متقطعة من 2 إلى 4 أيام (أو أكثر) في الأسبوع، وتسمح بعض النظم بتناول سرعات حرارية منخفضة جداً (500-700 سعرة حرارية في اليوم) في أيام الصيام (Li & Heber, 2021). معظم أجهزة الجسم، إن لم يكن كلها، تستجيب للصيام المتقطع بطرق تمكن الكائن الحي من تحمل أو التغلب على التحدي ثم استعادة التوازن الذاتي. التعرض المتكرر لفترات الصيام يؤدي إلى استجابات تكيفية دائمة تمنح المقاومة للتحديات المستقبلية. (de Cabo & Mattson, 2019)

#### 2. نظام غذائي منخفض مؤشر نسبة السكر "Low glycemic index diet":

حيث يعتمد هذا النظام على مؤشر نسبة السكر في الدم للطعام ويمثل التأثير الناتج عن تركيز الجلوكوز في الدم بعد تناول الوجبة، وذلك بالمقارنة بتأثير الجزء الكربوهيدرات من الطعام مقارنةً بالجلوكوز أو الخبز الأبيض. (Zafar et al., 2019)

#### 3. نظام الكيتو "Ketogenic Diet":

النظام الغذائي الكيتوجيني يتألف بشكل رئيسي من الدهون العالية، والبروتينات المعتدلة، والكربوهيدرات المنخفضة جداً. حيث يتم تقسيمهم بنسبة تتراوح حوالي (55% - 60%) دهون، (30% - 35%) بروتين، و(5% - 10%) كربوهيدرات (Masood et al., 2022). ينقسم نظام الكيتو إلى أقسام اعتماداً على توزيع الدهون والكربوهيدرات والبروتين في الغذاء ومن هذه الأقسام :

نظام الكيتو التقليدي : استناداً إلى نسبة 4:1:90 دهون، 4% كربوهيدرات، 6% بروتين.

نظام كيتو المعدل (Atkins) اتكينز: نسبة 1.1:1 تقريباً: 65% دهون و10% كربوهيدرات و25% بروتين (Dhamija et al., 2013).

#### 4. نظام البحر الأبيض المتوسط "Mediterranean Diet":

نظام غذائي متوازن يستخدم كميات وفيرة من زيت الزيتون كدهون طهي رئيسية ويتميز بتناول كميات كبيرة من الأطعمة المستمدة من النباتات (الفواكه والخضروات والبقول والمكسرات والبنور والحبوب الكاملة)، ويتم تناول الأطعمة البحرية ومنتجات الألبان (خاصة الزبادي والجبن، ولكن ليس الحليب الكامل والزبدة والكريمة) والدواجن والبيض بكميات معتدلة، ويتم تقليل استهلاك الحلويات واللحوم الحمراء والمعالجة. (Martínez-González et al., 2015)

#### 5. نظام قلة السعرات الحرارية "Low Calorie Diet":

يتضمن هذا النظام تناول (1000-1500) سعرة حرارية يوميًا؛ حيث يتم استخدام عجز يتراوح بين (500-750) سعرة حرارية يوميًا لفقدان الوزن ويوصى به من قبل العديد من جمعيات السمنة والمراجع التوجيهية، وعادةً يقيّد النظام استهلاك الدهون أو الكربوهيدرات، ولكن لم يتم تحديد أي منهما أكثر أهمية لفقدان الوزن إذا ما حدث عجز في السعرات الحرارية. (Kim, 2021)

#### 4.2. اضطراب تشوه الجسد (Body Dysmorphic Disorder [BDD]):

اضطراب تشوه الجسد الوهمي هو اضطراب شديد يبدأ في الغالب في مرحلة المراهقة المبكرة ويستمر لمرحلة الشباب وهو يشير إلى انشغال الفرد بعيب متخيل في المظهر الخارجي أو القلق المفرط بشكل ملحوظ مع الشذوذ الجسدي الطفيف وتم وضع هذا الاضطراب تحت اضطرابات قصور الغدة الصماء من قبل مورسيلي لأول مرة تحت مسمى رهاب المظهر (Dysmorphophobia) ومن المظاهر الأكثر شيوعاً في هذا الاضطراب انشغال الفرد بالأنف، الجلد، الشعر، العيون، الجفون، الفم والشفاة، الذقن والفك وقد يتركز الانشغال بعدة أجزاء من الجسم أو شكاوي حول حجم الجسم من حيث النحافة أو زيادة الوزن وفي بعض الأحيان تكون الشكوى شعور الفرد بالقبح بصفة عامة (عبدالعزيز، 2020).

والأشخاص الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسد يواجهون مشكلة في صورة الجسد - كيفية رؤيتهم لمظهرهم الخارجي - وليس في مظهرهم الفعلي، وصورة الجسد هي الصورة التي نحملها في عقولنا عن أجسامنا، وتشير الأبحاث حول صورة الجسد بشكل عام إلى أن الرؤية "من الداخل" (صورة أجسامنا) عادةً لا تتطابق مع الرؤية "من الخارج" (رؤية الآخرين لمظهرنا)، ويعتقد العديد من الأشخاص غير الجذابين أنهم يبدووا جيدين، ويعتقد العديد من الأشخاص الجذابين أنهم غير جذابين، وفي هذا الاضطراب يتضخم هذا الاختلاف بشكل كبير. (Phillips, 2009)

فقد ظهر لأول مرة اضطراب تشوه الجسد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية النسخة الثالثة (Diagnostic and statistical manual of mental disorders III [DSMIII]) في عام 1980 وأطلق على هذه المتلازمة اسم (Dysmorphophobia) "رهاب التشوه"، حيث كان يصنف من أعراض الاضطرابات العرضية الجسدية غير النمطية (Atypical somatoform Disorder): الأفراد المنشغلون ببعض العيوب المتخيلة في المظهر الجسدي الذي لا يتناسب مع أي عيوب جسدية فعلية قد تكون موجودة، ولم يكن لهذا الاضطراب معايير تشخيصية (American Psychiatric Association [APA], 1980)

في عام 1987 صدرت نسخة محدثة ل (DSM III) سميت (DSM III-R) تم تعديل تسمية الاضطراب إلى اضطراب تشوه الجسد (Body Dysmorphic Disorder [BDD]) وتم اعتباره من الاضطرابات العرضية الجسدية (somatoform)

disorders) وليس أحد الأعراض، حيث تم وضع معايير تشخيصية له، وتم وصفه بانشغال الفرد ذو المظهر الطبيعي بعبء متخيل في مظهره (APA,1987) واستمر هذا التفسير في (DSM IV) (APA, 1994).

وتم تغيير موقع اضطراب تشوه الجسد في عام 2013 في (DSM-5) ليصبح ضمن اضطرابات الوسواس القهري، وحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-5) معياراً هاماً وأساسياً يشير فيه إلى أن الانشغال المفرط والشديد للفرد في صورة جسده يسبب خللاً سريرياً ووظيفياً. (APA, 2022)

#### 1.4.2. المعايير التشخيصية لاضطراب تشوه الجسد: (APA, 2022)

- الانشغال بعبء واحد أو أكثر في المظهر الجسدي والتي لا يمكن ملاحظتها أو تبدو طفيفة لدى الآخرين.
  - في بعض الأحيان خلال مسار الاضطراب، يقوم الفرد بأداء سلوكيات متكررة (مثل التحقق من المرأة، والعناية المفرطة بالمظهر، واختيار البشرة، والبحث عن التأكيد) أو أفعال عقلية (مثل مقارنة مظهره مع مظهر الآخرين) كاستجابة لانشغاله بالمظهر.
  - يتسبب الانشغال في إحداث ضيق نفسي ملحوظ أو تأثير سلبي على الحياة الاجتماعية أو العملية أو في مجالات أخرى مهمة.
  - الانشغال بالمظهر لا يمكن تفسيره بشكل أفضل بالقلق من الدهون الجسمية أو الوزن في شخص يستوفي معايير التشخيص لاضطراب تناول الطعام.
  - يُحدد إذا كان: مع اضطراب تشوه العضلات: يكون الفرد مشغولاً بفكرة أن بنيته الجسدية صغيرة أو غير عضلية بما فيه الكفاية. يتم استخدام هذا الوصف حتى إذا كان الفرد مشغولاً بمناطق جسمية أخرى، وهو الحال في كثير من الأحيان.
  - تحديد إذا كان: درجة البصيرة بالاعتقادات المرتبطة ب اضطراب التشوه الجسدي (على سبيل المثال: "أنا أبدو قبيح" أو "أنا مشوه").
  - بوعي جيد أو عادل: يعترف الفرد بأن الاعتقادات المرتبطة ب اضطراب التشوه الجسدي ليست صحيحة بالتأكيد أو ربما ليست صحيحة، أو أنها قد تكون صحيحة أو غير صحيحة.
  - بوعي ضعيف: يعتقد الفرد أن الاعتقادات المرتبطة ب اضطراب التشوه الجسدي ربما تكون صحيحة.
  - بدون وعي / اعتقادات وهمية: يكون الفرد مقتنع تماماً بأن الاعتقادات المرتبطة ب اضطراب التشوه الجسدي صحيحة.
- فسرت منظمة الصحة العالمية (WHO) في النسخة الحادية عشر للتصنيف الدولي للأمراض والمشاكل المرتبطة بالصحة (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD 11]) اضطراب التشوه الجسدي بأنه الانشغال المستمر بعبء أو عيوب يُعتقد أنها موجودة في المظهر الخارجي ولا يلاحظها الآخرون أو يلاحظونها بشكل طفيف فقط، حيث يعيش الأفراد الانشغال المفرط بالنفس، غالباً مع أفكار (الاعتقاد بأن الناس يلاحظون ويحكمون أو يتحدثون عن العيب المُدرك)، كاستجابة لانشغالهم، يلجأ الأفراد إلى سلوكيات تكرارية ومفرطة تشمل فحص المظهر أو درجة حدة العيب المُدرك بشكل متكرر، ومحاولات مفرطة لإخفاء أو تغيير العيب المُدرك، أو تجنب ملحوظ للمواقف الاجتماعية أو المثيرة التي تزيد من الضيق بشأن العيب المُدرك، وتكون الأعراض شديدة بما يكفي لتسبب ضيقاً كبيراً أو إعاقة كبيرة في الحياة الشخصية أو الأسرية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو في مجالات أخرى مهمة للوظيفة السليمة. (WHO, 2019)

**2.4.2. ارتباط اضطراب تشوه الجسد بالأفكار والسلوكيات الانتحارية:**

إن الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب التشوه الجسدي أكثر بأربع مرات عرضة لتجربة التفكير في الانتحار وأكثر بمقدار 2.6 عرضة للقيام بمحاولات انتحارية مقارنة بالأفراد الذين لا يعانون من اضطراب التشوه الجسدي في الوقت الحالي، ونقص الوعي بشأن مخاطر الانتحار في اضطراب التشوه الجسدي يشير إلى أن هؤلاء الأفراد قد لا يتم تقييمهم بشكل مناسب لمخاطر الانتحار حيث إن هؤلاء الأفراد الذين يجب تشخيصهم باضطراب تشوه الجسد غالبًا ما يتم تشخيصهم بشكل غير صحيح بأنهم يعانون من الاكتئاب أو يتم تركهم بدون تشخيص. (Angelakis et al., 2016)

**3.4.2. الاضطرابات المشتركة لاضطراب تشوه الجسد:**

نظرًا لأن مرضى اضطراب التشوه الجسد غالبًا ما يعانون من القلق واليأس، فإن أعراضهم يتم تفسيرها على أنها رهاب اجتماعي أو اضطراب اكتئابي رئيسي أو اضطراب وسواس قهري، واضطرابات الأكل مثل الشره واضطراب فقدان الشهية العصبي شائعة بين مرضى اضطراب التشوه الجسدي، واضطراب تشوه العضلات هو نوع شائع من اضطراب التشوه الجسدي بين الرجال، مما قد يؤدي إلى استخدامهم المنشطات الأنابولية وبالتالي إلى اضطراب سوء استخدام المواد. (Eskander et al., 2020)

**4.4.2. المخاطر والعوامل التنبؤية:**

يعتبر وجود تاريخ للاكتئاب عاملاً مؤثراً في حالة اضطراب تشوه الجسد، وهذا ما يتفق عليه معظم الأدبيات التي تشير إلى وجود علاقة وثيقة بين اضطراب الاكتئاب واضطراب تشوه الجسد (Alghamdi et al. 2022). ووجد أيضاً أن الكمالية لها علاقة إيجابية بشدة أعراض اضطراب تشوه الجسد، (Krebs et al., 2019) ويبدو أيضاً أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسد أكثر عرضة للإبلاغ عن تعرضهم لسوء المعاملة في الطفولة من أولئك الذين لم يعانون من اضطراب عقلي من قبل، وخاصة فيما يتعلق بالإيذاء العاطفي والإهمال العاطفي والجسدي في الطفولة (Malcolm et al., 2021).

**5.4.2. الفئة العمرية لاضطراب تشوه الجسد:**

يحدث هذا الاضطراب على مر العمر؛ ومع ذلك، فإن الفترة الأكثر شيوعاً لبدء الاضطراب هي مرحلة المراهقة، حيث يحدث تغير جسدي ملحوظ، ولا يتم تشخيص اضطراب تشوه الجسد إلا إذا كان للفرد شكاوى غير مرغوب فيها حول عيوب وهمية أو طفيفة في مظهره لمدة تصل إلى ساعة أو أكثر في اليوم، ويجب أن تكون الأفكار مزعجة و/أو تؤثر بشكل سريري بدرجة كبيرة"، وتساعد هذه المعايير التشخيصية على تمييز اضطراب تشوه الجسد عن الاهتمام الطبيعي بالمظهر الشائع خلال مرحلة المراهقة. (Bjornsson et al., 2017)

**6.4.2. النظريات المفسرة لاضطراب تشوه الجسد:****1. النظرية التحليلية "Psychoanalytical Theory":**

اضطراب تشوه الجسد ينشأ من نزوح غير واعٍ للصراع الجنسي أو العاطفي أو مشاعر الدونية أو الشعور بالذنب أو الصورة الذاتية الضعيفة على جزء من الجسد (Crerand et al., 2006)، وإذا لم تتحدث الأم مع الطفل، ولكنها تستجيب فقط لاحتياجاته الجسدية، فإنه سيعتمد على لغتها الجسدية وبالتالي سيفهم فكرة مؤلمة مثل "أمي لا تحبني" (ربما يكتسبها من نظرة غاضبة منها، مثل تغيير حفاضة قذرة) بأن أمي لا تحب جسدي - إنها تكره جسدي، وبالتالي، مثلها، أكره جسدي أيضاً. (Butler-Rees, 2011)

## 2. النظرية السلوكية "Behavioral Theory":

العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسد تم تعزيزهم بشكل إيجابي أو متقطع لمظهرهم العام أو جزء معين من جسدهم أو طولهم أو جاذبيتهم أو هنودتهم أو وزنهم أو شكل جسدهم عندما كانوا أطفال أو مراهقين، ويقوم العديد من الأفراد المشخصين بالاضطراب بالإبلاغ عن مدى شهرتهم في وقت ما بسبب مظهرهم، أو يحملون صورًا لأنفسهم في سن مبكرة ويشيرون إلى جمالهم أو وسامتهم ويتذكرون كيف قام والديهم بتنظيم ملابسهم لإبهار البالغين الآخرين، ويأخذونهم في رحلات تسوق طويلة للملابس، وما إلى ذلك، ويمكن أن تعمل هذه التجارب على تعزيز شعور الطفل بأن المظهر أمر مهم في نهاية المطاف. (Neziroglu, 2004)

## 3. النظرية المعرفية "Cognitive Theory":

الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسد عادة ما يعتقدون أن الآخرين يشاركونهم نفس الرأي حول العيب المتصور. يفترضون أن الآخرين يلاحظونه ويشعرون بالاشمئزاز منه. وغالبًا ما يجعل انتباه الآخرين لهم يشعرهم بالخجل، لأنهم يعتقدون أن العيب المتصور يكشف عن عيب شخصي وهو دليل على قيمتهم الذاتية. تبين أن عددًا كبيرًا من الأفراد يعتقدون أنه "إذا كان مظهري معيبيًا، فأنا غير كافٍ" أو "إذا كان مظهري معيبيًا، فأنا لا قيمة لي" و "إذا كنت غير جذاب، سأكون وحيدًا ومعزولًا طوال حياتي". وهذه المعتقدات والافتراضات على الأرجح تؤثر على معالجة المعلومات فالكمية الهائلة من الحوافز المتاحة في وقت معين تفوق القدرة على معالجتها. وبالتالي، تكون معالجة المعلومات انتقائية. والانتقاء ليس عشوائيًا، بل يستند إلى المعتقدات الأساسية التي توجه عملية فحص وترميز وإدارة وتخزين واستدعاء المعلومات. وهذا يؤدي إلى توسيع وترميز المعلومات المتوافقة مع المعتقدات القائمة، في حين يتم تجاهل المعلومات غير المتوافقة أو غير ذات الصلة، أو تشويهها حتى تتواءم مع المعتقدات (Wilhelm & Neziroglu, 2002)

## 7.4.2. معوقات تشخيص اضطراب تشوه الجسد:

من الممكن أن يكون الجمال محدد بمعايير في السلوك الفطري أو قد يكون موضوعي ويتفاوت حسب الفرد، ومن الممكن أن تتفاوت المعايير الجمالية بشكل كبير بين الثقافات والبلدان وحتى الفترات الزمانية (Laughter et al., 2023) على سبيل المثال، تناولت تقارير الحالات اليابانية الجفون كميزة للتركيز عليها في تشخيص الاضطراب، وهي شكوى جسدية نادرة في الثقافة الغربية، وبالمثل، يبدو أن اضطراب تشوه العضلات أكثر شيوعًا في المجتمعات الغربية مقارنة بشرق آسيا (Singh & Veale, 2019). قد يكون من الصعب تشخيص اضطراب تشوه الجسد لأن العديد من المرضى يشعرون بالخجل من الكشف عن أعراضهم، خوفًا من التقليل من شأن مخاوفهم أو اعتبارها عبثية، وما لم يُسأل عن الاضطراب بشكل محدد، فإن التشخيص يمكن أن يُفوت بسهولة لذا ينبغي الاستفسار عن الاضطراب عندما يظهر لدى المرضى التفكير المرجعي، أو يكونوا معزولين في المنزل، أو يتعرضون لجراحة غير ضرورية أو علاج جلدي، أو يعانون من قلق اجتماعي، أو اكتئاب، أو أفكار انتحارية. (Phillips, 2004).

## 5.2. صورة الجسد وجراحة السمنة:

هناك اعتراف بأن عدم الرضا عن الجسم شائع بين الأفراد ذوي الوزن المعتدل، ويُعرف بالاستياء الطبيعي، بينما عدم الرضا عن الجسم في الأشخاص الذين يعانون من زيادة في الوزن أو السمنة لم يتم الاعتراف به بشكل واسع حتى الآن أو قبوله، وذلك بشكل رئيسي بسبب نقص المعايير التشخيصية الدقيقة؛ ومع ذلك، تُظهر الأدوات التي تقيس عدم الرضا للأشخاص

ذو الاستياء الطبيعي للجسم وجود عدم رضا جسدي ذو أهمية سريرية بين الذين يعانون من زيادة في الوزن والسمنة، والفكرة التي تقول بأن البدانة مرتبطة بشكل معقد بصورة الجسم السلبية مقبولة بالفعل، وعدم الرضا عن المظهر الجسدي وصورة الجسم هو ظاهرة نفسية شائعة في المجتمع الغربي، وخاصة بين الأشخاص البدنيين، ويُبلغ عن اعتراض صورة الجسم بشكل متكرر في أولئك الذين يعانون من زيادة الوزن الزائد، مما يؤثر بشكل كبير على تقدير الذات وجودة الحياة، وغالبًا ما يُجادل أن الزيادة في الوزن وعدم الرضا عن صورة الجسم هما الدافع المحفز الذي يدفع الأفراد نحو إجراءات تصحيح القوام وجراحة السمنة (Larkin et al., 2017).

### 3. الدراسات السابقة:

#### 1.3. دراسات عن التدخلات الجراحية وغير الجراحية لعلاج السمنة:

1. دراسة تيم وآخرون (Tayyem et al., 2022) هدفت لتقييم فعالية وسلامة حقن البوتوكس (Botulinum Toxin-A) [BTA] داخل المعدة بالمنظار لفقدان الوزن في المرضى الذين يعانون من السمنة الخفيفة مقارنة بالنظام الغذائي وممارسة الرياضة وحدها وكانت حدود الدراسة الزمنية ما بين عام 2021 وعام 2022 وتم الموافقة عليها من قبل لجنة الأخلاقيات في الجامعة الهاشمية في الأردن، وتكونت عينة الدراسة (250) مريضاً، وتقسيمهم بالتساوي لمجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية ومتابعتهم لمدة ستة أشهر في المتوسط، وكان متوسط فقدان الوزن أفضل في مجموعة BTA مقارنة بالمجموعة الضابطة، وتمتعت كلتا المجموعتين بتحسين مماثل في نوعية الحياة.
2. دراسة سالم وآخرون (Salem et al., 2022) هدفت لإجراء مراجعة منهجية للأدبيات لقياس نسب انتشار وعوامل الخطر والتدخلات للسمنة في المملكة العربية السعودية لعام (2021/2022) وشملت الأدبيات باللغة الإنجليزية والعربية في سلسلة من عمليات البحث والمرشحات الإلكترونية في (PubMed و Medline و Embase و PsycINFO و Cochrane) ووجدوا في (48) دراسة الحد الأقصى لانتشار السمنة المبلغ عنه هو 35.6٪، في 18 دراسة سببية مقارنة مع أكثر من 96000 مشارك، ارتبطت زيادة العمر بزيادة انتشار السمنة في جميع الفئات العمرية وتم الإبلاغ باستمرار عن أن النساء لديهن معدل أعلى من السمنة وأن 67٪ من متلقي جراحة السمنة كانوا من الإناث، وتوصلوا إلى أن التفاعل ما بين السمنة والتعليم والدخل المادي له خصائص العلاقة غير الخطية.
3. دراسة هوشكولسدوتير وآخرون (Höskuldsdottir et al., 2022) هدفتها مقارنة التأثيرات طويلة الأمد والمضاعفات لعلاج السمنة الطبي، بما في ذلك حماية الطاقة المنخفضة جداً مع جراحة السمنة (bariatric surgery) في السويد، وتم استخدام منهج دراسة جماعية مستقبلية غير عشوائية وتكونت عينة الدراسة من 971 فرداً يبلغ مؤشر كتلة الجسم (BMI) لديهم (35) أو أكثر في الفترة من 2015 إلى 2017، وحصل 382 منهم على العلاج الطبي 388 خضعوا لعملية تحويل (Roux-en-Y gastric bypass - RYGB)، و 201 خضعوا لعملية استئصال المعدة (sleeve gastrectomy - SG)، كما تم جمع البيانات الديموغرافية والأنثروبولوجيا والعينات المخبرية وإجابات الاستبيان في البداية وبعد مرور سنتين، وتوجد بيانات لمدة عامين لـ 667 فرداً (68.7%)، وبالنسبة للنتائج الرئيسية، كان انخفاض الزيادة في مؤشر كتلة الجسم بنسبة 27.5٪ و 82.5٪ و 70.3٪، للعلاج الطبي و RYGB و SG على التوالي.
4. دراسة شيرزونتوفيت وآخرون (Sierzantowicz et al., 2022) هدفتها إجراء مراجعة منهجية لتحليل نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ((Health-Related Quality Of Life (HRQOL)) للمرضى الذين خضعوا لجراحة علاج السمنة

عن طريق مراجعة الأبحاث في (PubMed و Scopus و Google Scholar) بين عامي (2007 و 2021) بوجود أي نوع متابعة لمدة 9 سنوات على الأقل وكان عددهم (18) دراسة، وتم استخدام إجراء PICO، مع مراعاة (مؤشر كتلة الجسم < 30 كجم / م 2) والمؤهلات لإجراء عملية علاج السمنة، والعلاج في المجموعة الضابطة غير الخاضعة للعملية والنتيجة أي تقييم نوعية الحياة وفقدان الوزن، وتوصلوا إلى أن علاج السمنة يوفر فائدة مستمرة من حيث جودة الحياة البشرية، وخاصة درجة المكون المادي، وبسبب الاستعدادات النفسية، يبدو أن بعض المرضى أقل عرضة للاستفادة من علاج السمنة، سواء من حيث HRQOL أو خفض وزن الجسم.

5. دراسة بيترابيسا وآخرون (Pietrabissa et al., 2022) هدفها تحديد الأدلة للتأثير المتبادل بين المتغيرات النفسية ونتائج بالون المعدة (IGB) حيث تم عمل المراجع منهجية في كل من (PubMed, SCOUPS, Medline, google scholar) 16 دراسة تشير النتائج إلى أن عدم الرضا عن العلاج كان أعلى لدى أولئك الذين يعانون من صعوبات في الحياة الاجتماعية المرتبطة بالسمنة وكان علاج IGB فعالاً في تقليل الوزن وتحسين الاكتئاب والقلق وأعراض اضطراب الأكل ونوعية الحياة العامة للمرضى الذين يعانون من السمنة - بشكل رئيسي في غضون 6 أشهر من وضع الجهاز وبالتزامن مع العلاجات التقليدية.

6. دراسة موريريو توريس وآخرون (Marrero Torres et al., 2022) هدفها فحص فعالية وسلامة بالون المعدة (Intra Gastric Balloon [IGB]) لفقدان الوزن ومقارنة نتائجه عبر الفئات العمرية المختلفة عن طريق مراجعة قواعد البيانات، وتكونت العينة من 232 شخص خضعوا للتدخل (IGB) وتم اختيارهم من العيادات الخارجية للجهاز الهضمي وكان متوسط مؤشر كتلة الجسم (42)، ونجح استخدام (IGB) في إحداث قدر كبير من فقدان الوزن في ما يقرب من ثلاثة أرباع المرضى بعد ستة أشهر من وضعه، ويظهر هذا التأثير المفيد عبر نطاقات مؤشر كتلة الجسم والفئات العمرية المختلفة على مستوى مماثل.

7. دراسة ويلتون وآخرون (Weltom et al., 2020) مراجعة منهجية هدفها فحص الأدلة على الصيام المتقطع (Intermittent Fasting [IF]) كبديل حمية الحد من السرعات الحرارية في علاج السمنة في كندا حيث تم البحث في (MEDLINE, EMBASE) وجمع 41 مقالة تصف 27 تجربة فقدان الوزن، وجدت جميع التجارب التقليدية (IF) فقداناً في الوزن يتراوح بين 0.8% إلى 13.0% من الوزن الأساسي دون حدوث أحداث ضارة خطيرة، ووجدت 12 دراسة تقارن IF بتقييد السرعات الحرارية نتائج مكافئة بين الحميتين، وفي مقارنة مباشرة بين 88 مشتركاً خلال 8 أسابيع، أدى الصيام المتقطع بالاشتراك مع تقليل السرعات إلى 30% أقل من احتياجات الطاقة المحسوبة إلى فقدان وزن أكبر مقارنة بالصيام المتقطع وحده وأشاروا إلى أن معظم فقدان الوزن مع الصيام المتقطع هو فقدان للكتلة الدهنية.

8. دراسة جروفر وآخرون (Grover et al., 2019) هدفها تطبيق التعاريف الشائعة المستخدمة في الأدبيات لاقتراح تعريف موحد عن طريق مراجعة بأثر رجعي وتم شمل 1574 شخص عمل جراحة علاج سمنة لتقييم التباين في النتائج استناداً إلى تعريفات مختلفة لفقدان الوزن بعد جراحة السمنة وكان السعي لاقتراح تعريف موحد لنجاح أو فشل العملية وتم التوصل إلى اقتراح أن نجاح العملية أو الاستجابة الجيدة تُعبر بفقدان 20% من الوزن الكلي ويعبر عنه ب (Total weight loss percentage [TWL%]) حيث إنه خلال سنة لسنتين تم تحقيق هذا الشرط لـ 96.7% من الأشخاص.

9. دراسة **جلوي وآخرون (Gloy et al., 2013)** هدفها تحديد الآثار العامة لجراحة السمنة مقارنة بها مع علاج غير الجراحي للسمنة عن طريق مراجعة منهجية وتحليل تلوي (هو طريقة إحصائية تجمع بين نتائج دراسات متعددة حول سؤال بحثي معين) وتم استخدام الدراسات ذات التجارب العشوائية المحكمة (مع مدة متابعة ل 6 أشهر أو أكثر)؛ وشملت الأفراد الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم أكبر أو يعادل 30؛ تم البحث في تقنيات جراحة المناظير أو السمنة المفتوحة المستخدمة حالياً؛ ومقارنتها بالعلاج غير الجراحي للسمنة (النظام الغذائي أو أدوية خفض الوزن أو العلاج السلوكي أو أي مزيج منها) والتي عددها 11 رسالة تشمل 769 فرد، وتوصل إلى أن جراحة السمنة تؤدي إلى زيادة فقدان وزن الجسم وارتفاع معدلات علاج مرض السكري من النوع 2 ومتلازمة الأيض بشكل أكبر من العلاج غير الجراحي.

10. دراسة **بتشوالد وآخرون (Buchwald et al., 2004)** هدفها تحديد تأثير جراحة السمنة على فقدان الوزن، ونتائج الوفيات الجراحية، و4 أمراض مصاحبة للسمنة (مرض السكري، وفرط شحميات الدم، وارتفاع ضغط الدم، وانقطاع التنفس أثناء النوم الانسدادي) عن طريق مراجعة منهجية وتحليل تلوي بعام 2004 حيث جمعت المقالات التي لها علاقة بعلاج السمنة الجراحي ما بين عام (1990 - 2003) وكان عددها 136 دراسة وشملت (22,094) شخص بمتوسط عمر (39) سنة وتم استنتاج ما يلي: تم فقدان الوزن للمرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة بعد خضوعهم لجراحة السمنة بشكل فعال. شهدت الغالبية العظمى من المرضى الذين يعانون من مرض السكري وفرط شحميات الدم وارتفاع ضغط الدم وانقطاع التنفس أثناء النوم الانسدادي حلاً كاملاً أو تحسناً

### 2.3. دراسات عن اضطراب تشوه الجسد:

1. دراسة **حيدر وآخرون (Haider et al., 2023)** تهدف إلى تحديد العلاقة بين اضطراب تشوه الجسد والاكنتاب ومؤشر كتلة الجسم [BMI] للبالغين وفحص تأثير الاضطراب على الجنس وتم استخدام منهجية الدراسة السببية مقارنة وطبقت الدراسة في جامعة في بزارا في باكستان على عينة من طلابها الذين بلغ عددهم 300 طالب تتراوح أعمارهم بين 18 إلى 24 سنة تم استخدام استبيان اضطراب تشوه الجسد، وأظهرت الدراسة أن الاضطراب يظهر بشكل أكبر على الإناث كما أن العلو في درجة [BMI] يؤدي إلى صورة سلبية للجسد أعراض اكتنابيه وبعض الاضطرابات الأخرى.

2. دراسة **سندي وآخرون (Sindi et al., 2023)** هدفها تحديد مدى انتشار اضطراب تشوه الجسد في الأماكن العامة (المراكز والمقاهي والحدائق) في مدينة مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية وتم اعتماد المنهج الدراسي السببي مقارنة وشارك فيها 392 شخص، وتم استنتاج أن انتشار اضطراب تشوه الجسد بين سكان مكة المكرمة يبلغ 7.1%. كان معظمهم يبلغون من العمر 18-27 عاماً دون وجود فرق بين الجنسين ولم يلاحظ أي اختلافات كبيرة بين مجموعات اضطراب تشوه الجسد وغير اضطراب تشوه الجسد في العمر والسمنة والجنس.

3. دراسة **الغامدي وآخرون (Alghamdi et al., 2022)** هدفها تقييم انتشار وعوامل الخطر لاضطراب تشوه الجسد في مدينة جدة في السعودية وباستخدام منهج الدراسة السببية مقارنة شارك 520 شخص للإجابة على الاستبيان، وتم التوصل إلى أن نسبة انتشار الاضطراب هي 8.8% وأن عوامل الخطر مرتبطة بشكل ملحوظ مع المشاركات اللواتي لهن تاريخ إصابة بالاكنتاب أكثر من المشاركين الذكور.

4. دراسة **مرتضى وآخرون (Mortada et al., 2020)** السببية مقارنة والتي هدفت لإيجاد نسبة التشخيص الإيجابي لاضطراب تشوه الجسد في عينة من المرضى الذين يتجهون لعمليات التجميل وتم استخدام استبيان اضطراب تشوه الجسد

(Body Dysmorphic Disorder Questionnaire [BDDQ]) وتكونت العينة من 344 مريض بمتوسط عمر 39 سنة بنسبة 86% من النساء وأظهرت الدراسة أن 19.2% من المرضى لهم نتائج إيجابية لاضطراب تشوه الجسد كانت عمليات شد البطن تشكل نسبة 21.2% منها إزالة الأورام الجلدية تشكل 21.2%، وتبين أن التدخين له علاقة معنوية بنسبة 21.2%.

### 3.3. التعقيب على الدراسات السابقة:

تنوعت الدراسات السابقة من حيث أهدافها ومنهجيتها وعينتها وبيئتها والمتغيرات المدروسة. ومن حيث الهدف الذي حاولت الدراسات السابقة تحقيقه، نجد بأنها سعت لمعرفة فعالية التدخلات لعلاج السمنة ومقارنتها مع بعضها البعض ومقارنة تأثيراتها طويلة الأمد، وسعت لمعرفة نسب انتشار جراحات السمنة وانتشار اضطراب تشوه الجسد، والكشف عن أثر التدخلات العلاجية بنوعية الحياة، والكشف أيضاً عن العلاقة بين الاكتئاب واضطراب تشوه الجسد وال BMI ومدى انتشار اضطراب تشوه الجسد لدى مراجعي عيادات التجميل. كما اعتمدت الدراسات طرق منهجية مختلفة، فقد اشتركت بعض الدراسات بكونها مراجعات منهجية مثل دراسة سالم وآخرون (Salem et al., 2022) ودراسة شيرزونتوفيت وآخرون (Sierzantowicz et al., 2022) ودراسة بيترابيسا وآخرون (Pietrabissa et al., 2022) ودراسة موريرو توريس وآخرون (Marrero Torres et al., 2022) ودراسة ويلتون وآخرون (Weltom et al., 2020). واستخدمت بعض الدراسات المراجعة المنهجية والتحليل التلوي مثل دراسة جلوي وآخرون (Gloy et al., 2013) ودراسة بتشوالد وآخرون (Buchwald et al., 2004). واشتركت الدراسات التالية بكونها دراسات سببية مقارنة مثل دراسة سندي وآخرون (Sindi et al., 2023) ودراسة حيدر وآخرون (Haider et al., 2023) ودراسة الغامدي وآخرون (Alghamdi et al., 2022) ودراسة مرتضى وآخرون (Mortada et al., 2020). واختلفت دراسة تيم وآخرون (Tayyem et al., 2022) بكونها من المنهج التجريبي ودراسة هوشكولدستوتير وآخرون (Höskuldsdottir et al., 2022) حيث تم استخدام منهج دراسة جماعية مستقبلية غير عشوائية. وتكونت عينات الدراسات الخاصة بعلاج السمنة بأشخاص مشخصين بالسمنة أو قد تم إجراء تدخل علاجي لهم، بينما تكونت عينة دراسات اضطراب تشوه الجسد من عينة عشوائية في أماكن عامة واختلفت عنهم دراسة مرتضى وآخرون (Mortada et al., 2020) حيث كانت العينة من المرضى الذين يتجهون لعمليات التجميل. هناك تنوعاً في المجتمع التي أجريت فيها تلك الدراسات السابقة، فقد شملت مجتمع الطلاب في جامعة بازار في باكستان، وبعض المجتمعات العالمية مثل السويد والأردن والمملكة العربية السعودية. اشتركت الدراسات في نتائجها أن النسبة الأعلى للسمنة والتدخل الجراحي وعمليات التجميل وتشخيص اضطراب تشوه الجسد هي للإناث كما في دراسة سالم وآخرون (Salem et al., 2022) ودراسة حيدر وآخرون (Haider et al., 2023) ودراسة مرتضى وآخرون (Mortada et al., 2020) ودراسة الغامدي وآخرون (Alghamdi et al., 2022) بينما في دراسة سندي وآخرون (Sindi et al., 2023) أوضحوا أنه لا يوجد فروق بين الجنسين ما بين عمر (18-27) في

تشخيص اضطراب تشوه الجسد، وتشارك الدراسة الحالية في بعض المتغيرات مثل أعراض اضطراب تشوه الجسد وعلاج السمعة بأنواعه المذكورة ولكنها تختلف في المقياس ومكان إجراء الدراسة وعينة الدراسة. قد أفادت الدراسات السابقة الدراسة الحالية في تكوين خلفية نظرية حول متغيرات الدراسة، وإجراء مناقشة وتفسير ما توصلت إليه الدراسة من نتائج.

وتأتي هذه الدراسة متميزة في هدفها المتمثل في الكشف عن الرابط المباشر بين متغير علاج السمعة ومتغير أعراض اضطراب تشوه الجسد نظراً لقلّة الدراسات العربية التي حاولت الربط بين هذه المتغيرات والكشف عن العلاقة بينها، وكذلك استهداف مجتمع المتعالجين من السمعة بالطريقة الجراحية وغير الجراحية في العيادات الخاصة في العاصمة عمان، ولم يسبق أن استهدف هذا المجتمع لمثل هذا الدراسة في البيئة الأردنية حسب علم الباحثة.

#### 4. المنهج والإجراءات

يقدم هذا الفصل عرضاً لأفراد الدراسة وطريقة اختيارها، والأداة التي تم تطويرها، وطرق التحقق من صدقها وثباتها، والإجراءات المتبعة في تطبيقها وتصحيحها، بالإضافة إلى المتغيرات المستقلة والتابعة، والمنهجية التي تم استخدامها، ويتضمن أيضاً وصفاً للمعالجات الإحصائية المستخدمة لتحليل البيانات والتوصل إلى النتائج.

##### 1.4. منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي للكشف عن مستوى أعراض اضطراب تشوه الجسد لدى المتعالجين من السمعة الذين أجري لهم تدخل جراحي مقارنة بالمتعالجين الذين أجري لهم تدخل غير جراحي في محافظة العاصمة عمان؛ وذلك لملائمته لطبيعة وأهداف الدراسة.

##### 2.4. مجتمع وعينة الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة بكل من تلقى التدخل العلاجي للسمعة سواء كان تدخل جراحي ام تدخل غير جراحي. ومن الصعب الوصول لعدد واضح يمثل المجتمع الأصلي لخصوصيته بلغ عدد أفراد الدراسة (175) فرداً من الأفراد المتعالجين من السمعة المراجعين العيادات الخاصة (المتعالجين بالتدخل الجراحي { تكميم معدة، ربط معدة، تحويل مسار } والمتعالجين بالتدخل غير الجراحي {بالون معدة، نظام غذائي}) في محافظة العاصمة عمان، تم اختيارهم بالطريقة القصدية، وتم استبعاد (22) فرداً منهم لعدم تحقيق الشروط الخاصة بالعينة النهائية (أن يكون مؤشر كتلة الجسم BMI أكبر أو يساوي 35، وأن يكون انخفاض الوزن خلال سنة أو سنتين من البدء بعلاج السمعة بنسبة 20% من الوزن الكلي للجسم) اعتماداً على دراسة جروفر وآخرون (Grover et al., 2019)؛ ليصبح العدد النهائي لأفراد العينة (153) فرداً، ولقد تم استبعاد التدخل غير الجراحي (بوتكس المعدة) لعدم توفر العدد الكافي ليكونوا من أفراد الدراسة وعدم تحقيقهم للشروط الخاصة بالدراسة. ويبين الجدول (1) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات (الجنس، الفئة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، طريقة علاج السمعة).

جدول (1): توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الدراسة

المتغير	التكرار	النسبة المئوية %
الجنس	أنثى	74.50
	ذكر	25.50

المتغير	التكرار	النسبة المئوية %
الفئة العمرية	أقل من 25 سنة	23.50
	من 25 إلى 35 سنة	42.50
	من 36 إلى 45 سنة	25.50
	46 سنة فأكثر	8.50
المستوى التعليمي	ثانوية فما دون	34.00
	دبلوم عالي	14.40
	بكالوريوس	45.80
	دراسات عليا	5.90
الحالة الاجتماعية	أعزب	45.10
	متزوج	49.00
	مطلق	5.90
طريقة علاج السمنة	تدخل جراحي	77.80
	تدخل غير جراحي	22.20
المجموع الكلي	153	100

### 3.4. أداة الدراسة:

#### مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد (Dysmorphic Concern Questionnaire)

يهدف الكشف عن مستوى أعراض اضطراب تشوه الجسد لدى الأفراد المتعالجين من السمنة المراجعين العيادات الخاصة (المتعالجين بالتدخل الجراحي والمتعالجين بالتدخل غير الجراحي) في محافظة العاصمة عمان؛ استخدمت الباحثة مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد المستخدم في دراسة كابسالي وآخرون (Kapsali et al., 2020)، بعد ترجمته إلى اللغة العربية، وإعادة ترجمته للغته الأصلية للتحقق من صدق الترجمة، وقد تكون المقياس بصورته الأولية من (7) أسئلة (فقرات) تتعلق بمخاوف المظهر لقياس اضطراب تشوه الجسد.

#### 1.3.4. دلالات الصدق والثبات للمقياس بصورته الأصلية:

قام كابسالي وآخرون (Kapsali et al., 2020)، بالتحقق من دلالات صدق المقياس، من خلال إجراء التحليل العاملي التوكيدي والاستكشافي الذي أظهر وجود عامل واحد مفسر للمقياس فسر ما نسبته (71.40) من التباين، وتراوحت قيم معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية على المقياس بين (0.69-0.89). كما قام كابسالي وآخرون (Kapsali et al., 2020)، بالتحقق من دلالات ثبات المقياس حيث بلغت قيمة ثبات الاتساق الداخلي للمقياس محسوباً بطريقة (كرونباخ ألفا) (0.93).

### 2.3.4. دلالات الصدق والثبات للمقياس بصورته الحالية:

#### دلالات الصدق الظاهري:

تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس؛ من خلال عرضه بصورته الأولية المترجمة إلى اللغة العربية، ملحق (1)، على مجموعة محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص من أعضاء هيئة التدريس في مجالات علم النفس الاكلينيكي، والإرشاد النفسي بلغ عددهم (11) محكم، الملحق (2)، بهدف إبداء آرائهم حول دقة الترجمة وصحة محتوى المقياس، ومدى مناسبه للعينة المستهدفة في الدراسة من حيث: درجة قياس الفقرة للسمة، وضوح الصياغة اللغوية لل فقرات، وإضافة أو تعديل أو حذف ما يروونه مناسباً من الفقرات.

وفي ضوء ملاحظات المحكمين أجريت التعديلات المقترحة على فقرات المقياس، والتي تتعلق بتعديل الصياغة اللغوية لبعض الفقرات لتصبح أكثر وضوحاً، وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول أو استبعاد الفقرات، هو حصول الفقرات على إجماع المحكمين وبنسبة (80%)، وبذلك بقي المقياس بعد التحكيم يتكون من (7) فقرات.

#### مؤشرات صدق البناء:

تم التحقق من مؤشرات صدق البناء؛ من خلال تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) فرداً من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية على المقياس، كما هو مبين في الجدول (2).

جدول (2): قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد من جهة وبين الدرجة الكلية للمقياس من جهة أخرى

الارتباط مع الدرجة الكلية	مضمون أعراض اضطراب تشوه الجسد	الرقم
0.61*	كُنْتُ قَلْبًا جَدًّا بِشَأْنِ بَعْضِ جَوَانِبِ مَظْهَرِكَ الْجَسَدِيِّ	1
0.57*	اعْتَبَرْتُ نَفْسِي غَيْرَ مَكْتَمَلٍ الشَّكْلِ أَوْ مَشْوَهٍ بِطَرِيقَةٍ مَا (مِثْلًا الْأَنْفِ أَوْ الشَّعْرِ أَوْ الْجِلْدِ أَوْ الْأَعْضَاءِ التَّنَاسُلِيَّةِ أَوْ بِنِيَةِ الْجِسْمِ الْعَامَّةِ)	2
0.78*	اعْتَبَرْتُ جِسْمِي يَعْانِي مِنْ خَلَلٍ فِي بَعْضِ الْوِظَائِفِ (مِثْلَ رَائِحَةِ الْجِسْمِ الزَّائِدَةِ أَوْ الْإِنْتِفَاحِ أَوْ التَّعْرِقِ)	3
0.69*	كُنْتُ بِحَاجَةٍ لِلتَّشَاوُرِ مَعَ جِرَاحٍ تَجْمِيلٍ أَوْ طَبِيبِ الْأَمْرَاضِ الْجِلْدِيَّةِ أَوْ الطَّبِيبِ حَوْلَ هَذِهِ الْمَخَافِ	4
0.52*	تَمَّ إِخْبَارُكَ مِنْ قِبَلِ الْآخَرِينَ أَوْ الطَّبِيبِ أَنَّكَ طَبِيعِي عَلَى الرَّغْمِ مِنْ أَنَّكَ تَعْتَقِدُ بِقُوَّةٍ أَنَّ هُنَاكَ شَيْئًا خَاطِئًا فِي مَظْهَرِكَ أَوْ وَظَائِفِ جِسْمِكَ	5
0.74*	قَضَيْتَ الْكَثِيرَ مِنَ الْوَقْتِ قَلْبًا بِشَأْنِ عَيْبِ فِي مَظْهَرِكَ أَوْ وَظَائِفِ جِسْمِكَ	6
0.66*	قَضَيْتَ الْكَثِيرَ مِنَ الْوَقْتِ فِي تَغْطِيَةِ الْعُيُوبِ فِي مَظْهَرِكَ أَوْ وَظَائِفِ جِسْمِكَ	7

\*دالة احصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )

يتضح من الجدول (2) أنّ قيم معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية عليه قد تراوحت بين (0.52-0.78) وكانت جميع قيم معاملات الارتباط أعلى من (0.30)، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، وتعد هذه القيم مقبولة للإبقاء على الفقرات ضمن المقياس حسب معيار عودة (2010)، الذي يشير إلى الاحتفاظ بالفقرة التي يزيد ارتباطها مع الدرجة الكلية عن (0.20)؛ وبذلك قبلت جميع فقرات المقياس، وأصبح المقياس بصورته النهائية يتألف من (7) فقرات.

#### ثبات المقياس:

لتقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد؛ تم استخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية والبالغ عددها (30) فرداً من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، كما تم التحقق من ثبات إعادة للمقياس؛ من خلال إعادة تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية السابقة بفارق زمني مقداره أسبوعين بين التطبيقين الأول والثاني، ومن ثم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني، حيث بلغت قيمة ثبات الاتساق الداخلي للمقياس (0.85)، وبلغت قيمة ثبات إعادة للمقياس (0.88)، وتعد هذه القيم مقبولة لأغراض الدراسة الحالية.

#### 3.3.4. تصحيح مقياس:

تكون مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد بصورته النهائية من (7) سبعة فقرات) أسئلة تتعلق بمخاوف المظهر لقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد، بسلم استجابة رباعي، يأخذ الأوزان التالية: أكثر بكثير من الآخرين (3) درجات، أكثر من الآخرين (درجتين)، مثل معظم الأشخاص الآخرين (درجة واحدة)، لا على الإطلاق (صفر)، حيث كانت جميع الفقرات ذات اتجاه موجب، وبذلك تتراوح درجات المقياس ككل بين (0-23)، حيث كلما زادت الدرجة كان ذلك مؤشراً على ارتفاع مستوى أعراض اضطراب تشوه الجسد لدى المستجيب. وتم الاعتماد على التصنيف التالي للحكم على الأوساط الحسابية: (أقل من 1 درجة منخفضة)، (من 1 إلى أقل من 2 درجة متوسطة)، (2 فأكثر درجة مرتفعة).

#### 4.4. إجراءات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة، تم اتباع الخطوات والإجراءات الآتية:

- مراجعة الأدب النظري المتعلق بموضوع الدراسة وأداتها.
- ترجمة أداة الدراسة بصورتها الأولية.
- التحقق من الصدق الظاهري لأداة الدراسة في صورتها الأولية.
- تحديد مجتمع وأفراد الدراسة، وهم الأفراد المتعالجين من السمنة المراجعين للعيادات الخاصة (المتعالجين بالتدخل الجراحي و المتعالجين بالتدخل غير الجراحي) في محافظة العاصمة عمان.
- إعداد أداة الدراسة بصورتها النهائية والتحقق من صدقها وثباتها.
- الحصول على كتاب تسهيل مهمة من عمادة كلية الآداب والعلوم في جامعة عمان الأهلية موجه إلى عيادات علاج السمنة جراحياً، و عيادات علاج السمنة غير الجراحية "الملحق (4)".
- زيارة بعض العيادات الخاصة بعلاج السمنة لأخذ عينات من مراجعيهم.
- توزيع أداة الدراسة على أفراد عينة الدراسة بصورة ورقية، بعد توضيح هدف الدراسة وطريقة الاستجابة عليها.

– تفريغ استجابات العينة، وإدخالها إلى ذاكرة الحاسوب، ومعالجتها احصائياً باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، لاستخراج النتائج من أجل وصفها وتفسيرها والخروج منها بتوصيات ومقترحات.

#### 5.4. متغيرات الدراسة:

##### أولاً:

- الجنس، وله فئتان: ذكر، أنثى
- الفئة العمرية، ولها أربع فئات: أقل من 25 سنة، من 25 إلى 35 سنة، من 36 إلى 45 سنة، 46 سنة فأكثر.
- المستوى التعليمي، وله أربع فئات: ثانوية فما دون، دبلوم عالي، بكالوريوس، دراسات عليا.
- الحالة الاجتماعية، ولها ثلاث فئات: أعزب، متزوج، مطلق.
- طريقة العلاج، ولها خمس فئات: تكميم معدة، ربط معدة، تحويل مسار، بالون معدة، نظام غذائي.

##### ثانياً:

– درجات الأفراد المتعالجين من السمنة المراجعين للعيادات الخاصة (المتعالجين بالتدخل الجراحي والمتعالجين بالتدخل غير الجراحي) في محافظة العاصمة عمان على مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد.

#### 6.4. المعالجات الإحصائية:

تمت المعالجات الإحصائية للبيانات في هذه الدراسة باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وذلك على النحو الآتي:

- للإجابة عن السؤال الأول للدراسة؛ تم حساب التكرارات والنسب المئوية لطرق علاج السمنة لدى أفراد عينة الدراسة.
- للإجابة عن السؤال الثاني للدراسة؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعراض اضطراب تشوه الجسد لدى أفراد عينة الدراسة.
- للإجابة عن السؤال الثالث للدراسة؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لطريقة علاج السمنة (تكميم معدة، ربط معدة، تحويل مسار، بالون معدة، نظام غذائي). كما تم إجراء تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) لدراسة أثر طريقة علاج السمنة على أعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية.
- للإجابة عن السؤال الرابع للدراسة؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات (الجنس، الفئة العمرية، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية)، كما تم استخدام تحليل التباين الرباعي (4-way ANOVA) لدراسة أثر هذه المتغيرات الدراسية على أعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية.

#### 5. عرض النتائج ومناقشتها:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى أعراض اضطراب تشوه الجسد لدى المصابين بالسمنة الذين أجري لهم تدخل جراحي مقارنة بالمصابين الذين لم يجرى لهم تدخل جراحي في محافظة العاصمة عمان، وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1.5. النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول الذي نصَّ على: " ما الطريقة الأكثر شيوعاً لعلاج السمنة حسب عينة من المتعالجين من السمنة؟" للإجابة عن سؤال الدراسة الأول؛ تم حساب التكرارات والنسب المئوية لطرق معالجة السمنة لدى أفراد عينة الدراسة المتعالجين من السمنة المراجعين للعيادات الخاصة (المتعالجين بالتدخل الجراحي والمتعالجين بالتدخل غير الجراحي) في محافظة العاصمة عمان، كما هو مبين في الجدول (3).

جدول (3): التكرارات والنسب المئوية لطرق معالجة السمنة لدى أفراد عينة الدراسة.

الرقم	طريقة علاج السمنة	التكرار	النسبة المئوية %
1	تكميم المعدة	92	60.10
2	نظام غذائي	24	15.70
3	ربط المعدة	14	9.20
4	تحويل مسار	13	8.50
5	بالون المعدة	10	6.50
	الكلي	153	100

يتضح من الجدول (3) أنَّ أكثر طرق علاج السمنة شيوعاً لدى أفراد عينة الدراسة كانت طريقة (تكميم المعدة) بنسبة بلغت (60.10%) من أفراد عينة الدراسة، تلاها طريقة (نظام غذائي) في المرتبة الثانية بنسبة بلغت (15.70%)، تلاها طريقة (ربط المعدة) في المرتبة الثالثة بنسبة بلغت (9.20%)، تلاها طريقة (تحويل مسار) في المرتبة الرابعة بنسبة بلغت (8.50%)، تلاها طريقة (بالون المعدة) في المرتبة الخامسة والأخيرة بنسبة بلغت (6.50%).

وقد تعزى هذه النتيجة لتفضيل الأطباء عملية تكميم المعدة كالخيار الأول لعلاج السمنة جراحياً كونها أقل خطورة مقارنةً بباقي الجراحات، وتفضيل المتعالجين للتغيير السريع ودافعيتهم للتخلص من المشاعر السلبية التي قد تكون مصاحبة للسمنة، ويليهما النظام الغذائي لشدة انتشار العيادات المعنية بالأنظمة الغذائية في محافظة عمان ونتائج التدرجية الواضحة التي تتطلب الالتزام.

تلي هذه الطريقتين ربط المعدة ثم تحويل المسار كخيارين آخرين للأطباء في حال عدم توافق الشخص مع عملية تكميم المعدة لاحتمالية اكتساب الوزن مرة أخرى للمتعالج من هذه الإجراءات.

وقد يعزى ترتيب بالون المعدة في المرتبة الأخيرة لكونه إجراء مؤقت قابل للتعديل والإزالة ولا يدوم أكثر من ستة أشهر، فمن الممكن إزالته قبل الوصول إلى النتيجة المطلوبة لنزول الوزن.

وقد أشارت دراسة جلوي وآخرون (Gloy et al., 2013) إلا أنه جراحة السمنة تؤدي إلى زيادة فقدان وزن الجسم بشكل أكبر من العلاج غير الجراحي، وقد يكون هذا هو سبب أن تكميم المعدة هي الأكثر شيوعاً لعلاج السمنة.

وهذا ما يتفق مع دراسة هوشكولدستوتير وآخرون (Höskuldsdottir et al., 2022) التي أوضحت أن انخفاض الزيادة في مؤشر كتلة الجسم كان أعلى في عملية تحويل المسار ثم تكميم المعدة ثم العلاج الطبي، سبب الانتشار الواسع لعملية تكميم المعدة مقارنةً بالعلاج الطبي كونها تؤدي إلى انخفاض أعلى في الوزن، ومن الممكن تفسير عدم انتشار عملية التحويل المسار بشكل أوسع أن الأطباء يفضلون جعلها خيار ثانٍ في حال عدم نجاح عملية التكميم كخيار أول.

2.5. النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني الذي نصّ على: " ما أبرز أعراض اضطراب تشوه الجسد حسب عينة من المتعالجين من السمنة؟" للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة المتعالجين من السمنة المراجعين للعيادات الخاصة (المتعالجين بالتدخل الجراحي والمتعالجين بالتدخل غير الجراحي) في محافظة العاصمة عمان على مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد، مع مراعاة ترتيب الأعراض تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها الحسابية، كما هو مبين في الجدول (4).

جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعراض اضطراب تشوه الجسد لدى أفراد عينة الدراسة مرتبةً تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها الحسابية.

الرتبة	مضمون أعراض اضطراب تشوه الجسد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	كُنْتُ قَلْبًا جَدًّا بِشَأْنِ بَعْضِ جَوَانِبِ مَظْهَرِكَ الْجَسَدِيِّ	1.20	0.84	متوسط
2	قَضَيْتَ الْكَثِيرَ مِنَ الْوَقْتِ فِي تَعْطِيبِ الْعُيُوبِ فِي مَظْهَرِكَ أَوْ وَظَائِفِ جَسَدِكَ	1.10	1.03	متوسط
3	قَضَيْتَ الْكَثِيرَ مِنَ الْوَقْتِ قَلْبًا بِشَأْنِ عَيْبِ فِي مَظْهَرِكَ أَوْ وَظَائِفِ جَسَدِكَ	1.03	0.97	متوسط
4	اعْتَبَرْتُ جِسْمَكَ يَعْانِي مِنْ خَلَلٍ فِي بَعْضِ الْوِظَائِفِ (مِثْلَ رَاحَةِ الْجِسْمِ الزَّائِدَةِ أَوْ الْإِنْتِفَاحِ أَوْ التَّعَرُّقِ)	0.75	0.83	منخفض
5	اعْتَبَرْتُ نَفْسَكَ غَيْرَ مَكْتَمَلِ الشَّكْلِ أَوْ مَشُوهٍ بِطَرِيقَةٍ مَا (مِثْلًا الْأَنْفِ أَوْ الشَّعْرَ أَوْ الْجِلْدَ أَوْ الْأَعْضَاءَ التَّنَاسُلِيَّةَ أَوْ بَنِيَّةَ الْجِسْمِ الْعَامَّةِ)	0.71	0.87	منخفض
6	تَمَّ إِخْبَارُكَ مِنْ قَبْلِ الْآخَرِينَ أَوْ الطَّبِيبِ أَنَّكَ طَبِيبٌ عَلَى الرَّغْمِ مِنْ أَنَّكَ تَعْتَقِدُ بِقُوَّةٍ أَنَّ هُنَاكَ شَيْئًا خَاطِئًا فِي مَظْهَرِكَ أَوْ وَظَائِفِ جَسَدِكَ	0.67	0.87	منخفض
7	كُنْتُ بِحَاجَةٍ لِلتَّشَاوُرِ مَعَ جِرَاحٍ تَجْمِيلِ أَوْ طَبِيبِ الْأَمْرَاضِ الْجِلْدِيَّةِ أَوْ الطَّبِيبِ حَوْلَ هَذِهِ الْمَخَافِ	0.66	0.86	منخفض

يتضح من الجدول (4) أن قيم المتوسطات الحسابية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بين (1.20) لعرض (كُنْتُ قَلْبًا جَدًّا بِشَأْنِ بَعْضِ جَوَانِبِ مَظْهَرِكَ الْجَسَدِيِّ) و(0.66) لعرض (كُنْتُ بِحَاجَةٍ لِلتَّشَاوُرِ مَعَ جِرَاحٍ تَجْمِيلِ أَوْ طَبِيبِ الْأَمْرَاضِ الْجِلْدِيَّةِ أَوْ الطَّبِيبِ حَوْلَ هَذِهِ الْمَخَافِ)، جاءت (3) أعراض منها في المستوى المتوسط وجاءت (4) أعراض في المستوى المنخفض.

وقد تعزى هذه النتائج إلى وجود صورة سلبية وعدم الرضا عن صورة الجسد ما قبل الإجراء ورسم صورة مثالية للجسد بناءً على تأثير المجتمع وتأثير مواقع التواصل الاجتماعي والذي قد يؤدي إلى القلق ببعض جوانب المظهر والذي في حد ذاته قد يؤدي إلى قضاء الكثير من الوقت لتغطية ما قد يراه الشخص كشيء سلبي أو عيب، ومن المتوقع أن يكون عرض القلق هو أعلى عرض كون اضطراب تشوه الجسد يقع تحت مظلة اضطرابات الوسواس القهري الذي يتمثل بأفكار أو صور متكررة ومستمرة يتم تجربتها على أنها تدخلية وغير مرغوب فيها، التي تسبب القلق ولربما كان شعور الخجل من هذه المخاوف هي التي منعت الشخص من التنازل مع الأطباء لتصحيح هذا العيب.

وأشارت دراسة حيدر وآخرون (Haider et al., 2023) أن العلو في درجات ال BMI يؤدي إلى صورة سلبية للجسد، وقد تستمر هذه الصورة لما بعد نزول ال BMI إذا كانت الأفكار المسيطرة التي أدت إلى عمل الإجراء هي الصورة السلبية للجسد.

3.5. النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث الذي نصَّ على: "هل توجد فروق في استجابة أفراد عينة الدراسة على مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد تعزى إلى متغير طريقة علاج السمنة (تكميم معدة، ربط معدة، تحويل مسار، بالون معدة، نظام غذائي)؟" للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة المتعالجين من السمنة المراجعين للعيادات الخاصة (المتعالجين بالتدخل الجراحي والمتعالجين بالتدخل غير الجراحي) في محافظة العاصمة عمان، تبعاً لمتغير طريقة علاج السمنة، كما هو مبين في الجدول (5).

جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير طريقة علاج السمنة

المتغير	فئات المتغير	الإحصائي	
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
طريقة علاج السمنة	تكميم معدة	0.62	0.88
	نظام غذائي	0.75	0.84
	ربط معدة	0.32	0.43
	تحويل مسار	0.57	0.89
	بالون معدة	0.45	1.54

يتضح من الجدول (5) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة، ناتجة عن اختلاف فئات متغير طريقة علاج السمنة وبهدف التحقق من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم إجراء تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA)، كما هو مبين في الجدول (6).

جدول (6): نتائج تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير طريقة علاج السمنة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة F المحسوبة	الدالة الإحصائية
طريقة علاج السمنة	7.285	4	1.821	4.845	*0.001
الخطأ	55.626	148	0.376		
الكلية	62.911	152			

\*دالة إحصائية على مستوى (0.05)

يتضح من الجدول (6) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير طريقة علاج السمنة، وللكشف عن جوهرية الفروق بين الأوساط الحسابية؛ فقد تم إجراء اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات البعدية المتعددة، كما هو مبين في الجدول (7).

جدول (7): نتائج اختبار (Scheffe) لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير طريقة علاج السمنة

تحويل مسار	ربط معدة	نظام غذائي	تكميم معدة	الوسط الحسابي	طريقة علاج السمنة	أعراض اضطراب تشوه الجسد (ككل)
0.890	0.429	0.839	0.877	الوسط الحسابي	Scheffe	
			0.038	0.839	نظام غذائي	
		0.411	0.449	0.429	ربط معدة	
	-0.462	-0.051	-0.013	0.890	تحويل مسار	
-0.653*	-	-0.704*	-0.666*	1.543	بالون معدة	

\*دالة إحصائية عند مستوى (0.05)

يتضح من الجدول (7) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير طريقة علاج السمنة، لصالح طريقة (بالون معدة) مقارنة بطرق علاج السمنة الأخرى (تكميم معدة، ربط معدة، تحويل مسار، نظام غذائي).

من الممكن تفسير هذه النتيجة إلى أن بالون المعدة إجراء مؤقت وتختلف نتائجه باختلاف سلوكيات الشخص ما قبل الإجراء وأفكار الشخص التي أدت إلى هذا الإجراء، وقد يكون بالون المعدة بنفس كفاءة التداخلات الجراحية لبعض الأشخاص، وقد تكون أعلى نسبة لنزول الشخص هي فقط في الأشهر الأولى، حيث إن استمرار وجود البالون لن يؤدي إلى نزول بدرجة أعلى وهذا قد يؤدي إلى شعور بالقلق لعدم الوصول للصورة المتصورة عن النتيجة وبالتالي استكمال أعراض اضطراب تشوه الجسد.

تختلف نتائج الدراسة الحالية عن دراسة بيترابيسا وآخرون (Pietrabissa et al., 2022) في كون علاج IGB فعالاً في تقليل الوزن وتحسين الاكتئاب والقلق وأعراض اضطراب الأكل ونوعية الحياة العامة للمرضى الذين يعانون من السمنة، في الدراسة الحالية قد تم تحقيق نزول الوزن بنسبة 20% وأكثر، ولكن أوضحت النتائج أن أعراض اضطراب تشوه الجسد عالية في عينة بالون المعدة ومن الممكن التوقع بناءً على نتائج السؤال الثاني أن القلق من المظهر كانت نتيجته عالية في هذه العينة وقد تفسر دراسة شيرزونتوفيت وآخرون (Sierzantowicz et al., 2022) هذا الأمر حيث إنهم استنتجوا أنه بسبب الاستعدادات النفسية، يبدو أن بعض المرضى أقل عرضة للاستفادة من علاج السمنة، سواء من حيث نوعية الحياة المتعلقة بالصحة أو خفض وزن الجسم.

4.5. النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع الذي نصَّ على: "هل توجد فروق في استجابة أفراد عينة الدراسة على مقياس أعراض اضطراب تشوه الجسد تعزى لمتغيرات (الجنس، الفئة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)؟" للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية تبعاً لمتغيرات الدراسة لدى أفراد عينة الدراسة المتعالجين من السمنة المراجعين للعيادات الخاصة (المتعالجين بالتدخل الجراحي والمتعالجين بالتدخل غير الجراحي) في محافظة العاصمة عمان، كما هو مبين في الجدول (8).

جدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الدراسة

المتغير	فئات المتغير	الإحصائي	
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
الجنس	أنثى	0.67	0.90
	ذكر	0.56	0.81
الفئة العمرية	أقل من 25 سنة	0.70	1.03
	من 25 إلى 35 سنة	0.58	0.91
	من 36 إلى 45 سنة	0.70	0.74
	46 سنة فأكثر	0.55	0.67
المستوى التعليمي	ثانوية فما دون	0.58	0.83
	دبلوم عالي	0.68	0.74
	بكالوريوس	0.67	0.90
	دراسات عليا	0.64	1.27
الحالة الاجتماعية	أعزب	0.65	0.94
	متزوج	0.65	0.84
	مطلق	0.53	0.71

يتضح من الجدول (8) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات (الجنس، الفئة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)؛ وبهدف التحقق من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم إجراء تحليل التباين الرباعي (4-way ANOVA)، كما هو مبين في الجدول (9).

جدول (9): نتائج تحليل التباين الرباعي (4-way ANOVA) لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الدراسة

الدالة الإحصائية	قيمة F المحسوبة	متوسط مجموع المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.341	0.912	0.373	1	0.373	الجنس

0.324	1.168	0.477	3	1.432	الفئة العمرية
0.203	1.555	0.636	3	1.907	المستوى التعليمي
0.745	0.295	0.121	2	0.241	الحالة الاجتماعية
		0.409	143	58.436	الخطأ
			152	62.911	الكلية

\*دالة إحصائية على مستوى (0.05)

يتضح من الجدول (9) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية لأعراض اضطراب تشوه الجسد بدلالاتها الكلية لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، الفئة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).

يتعرض كلا الجنسين لنفس التصورات المثالية للجسد عبر منصات التواصل الاجتماعي، فمن الممكن أن الصورة السلبية للجسد هي التي أدت لأي من إجراءات علاج السمنة.

وتختلف كل فئة عمرية باهتمامها من ناحية الجسد، فقد يكون الاهتمام مبني على الصورة المثالية للجسد التي شغلته وأدت إلى التدخلات العلاجية وقد يكون اهتمام بشكل عام بالصحة الجسدية وبالقدرة على الحركة بسهولة.

قد يؤثر المستوى التعليمي في بعض الاضطرابات ونتائجها ولكن اضطراب صورة الجسد ينبع من فكرة داخلية بعيدة متخيل والقلق من هذا العيب، وهذه الفكرة مبنية من تأثير المجتمع سواء في المجتمع المدرسي أو الجامعي.

لكل حالة اجتماعية وجهة نظر وفكرة معينة عن شكل الجسد وقبول وتقبل الأشخاص في مجتمعهم لهم، فمن الممكن أن الأعباء يطمح لتعديل شكل جسده لحصوله على فرصة أفضل في اختيار شريك، وللمتزوجين في المحافظة على الشريك، وللمطلقين في إيجاد شريك أفضل.

وتشمل كل هذه التفسيرات بعدم وجود فروق ما بين المتغيرات لوجود أفكار مرتبطة بالمظهر لكل متغير ووجود فكرة سلبية أو عدم قبول لعيب متخيل في كل متغير.

اشتركت هذه الدراسة بنتائجها مع دراسة سالم وآخرون (Salem et al., 2022) حيث توصلوا إلى أن التفاعل ما بين السمنة والتعليم والدخل المادي له خصائص العلاقة غير الخطية، وبالتالي قد يكون العلاج من السمنة له نفس العلاقة.

واشتركت الدراسة أيضاً بنتائجها مع دراسة سندي وآخرون (Sindi et al., 2023) بعدم وجود فروق بين الجنسين في اضطراب تشوه الجسد.

## 6. ملخص نتائج البحث:

توصلت الدراسة أن:

- أكثر طرق علاج السمنة شيوعاً لدى أفراد عينة الدراسة هي عملية (تكميم المعدة)
- أعلى متوسط حسابي هو (القلق الشديد بشأن بعض جوانب المظهر الجسدي)
- وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير طريقة علاج السمنة، لصالح طريقة (بالون معدة)
- عدم وجود فروق دالة إحصائية لمتغيرات الدراسة (الجنس، الفئة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)

## 7. التوصيات:

من خلال ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية يمكن تقديم التوصيات التالية:

1. توعية المشخصين بالسمنة والمتعالجين منها باضطراب تشوه الجسد.
2. توعية الأطباء والعاملين بالعيادات الخاصة بعلاج السمنة بالاضطرابات النفسية وضرورة وجود تدخل نفسي لمراجعيهم.
3. عمل دراسة مقارنة ما قبل إجراءات علاج السمنة وما بعدها لتحديد وتوضيح أثر العلاج على اضطراب تشوه الجسد.

## 8. المراجع

### 1.8. المراجع العربية:

- عبد العزيز، أسماء فتحي أحمد. (2020). العوامل الميتامعرفية كمنبئ باضطراب تشوه الجسد الوهمي لدى الطلبة الجامعيين. *المجلة التربوية لكلية التربية بسوهاج*, 70(70)، 150-202.
- عودة، أحمد. (2010م). *القياس والتقويم في العملية التدريسية*. اريد: دار الأمل.
- أبو المجد، إكرام محمد. (1428). أخطار السمنة. *مجلة الطب والحياة*, (302)، 64-65.

### 2.8. المراجع الأجنبية:

Ahmadpanah, M., Arji, M., Arji, J., Haghghi, M., Jahangard, L., Sadeghi Bahmani, D., & Brand, S. (2019). Sociocultural Attitudes towards Appearance, Self-Esteem and Symptoms of Body-Dysmorphic Disorders among Young Adults. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4236.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16214236>

Ahmedov, A. & Ahmedov, Y. (2021). The Effect of High Body Mass Index on Self-Esteem and Sexual Functions in Obese Females Admitted to The Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery Department. *Clinical and Experimental Health Sciences* , 11 (4) , 683-688. DOI: 10.33808/clinexphealthsci.748259

Akcay, M. N., Karadeniz, E., & Ahiskalioglu, A. (2019). Bariatric/Metabolic Surgery in Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus. *The Eurasian journal of medicine*, 51(1), 85–89.  
<https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2018.18298>

Alghamdi, W., Subki, A., Khatib, H., Butt, N., Alghamdi, R., Alsallum, M., Alharbi, A., Almatrafi, M., Alobisi, A., Al-Zaben, F., and Koenig, H. (2022). Body Dysmorphic Disorder Symptoms: Prevalence and Risk Factors in an Arab Middle Eastern Population. *International journal of general medicine*, 15, 2905–2912.  
<https://doi.org/10.2147/IJGM.S329942>

- Alqunai, M. S., & Alrashid, F. F. (2022). Bariatric surgery for the management of type 2 diabetes mellitus-current trends and challenges: a review article. **American journal of translational research**, 14(2), 1160–1171.
- American Psychiatric Association. (1980). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association.(1987). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association.(2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2022). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychological Association. (2015). **APA Dictionary of Psychology** (2nd ed)
- Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. **Clinical psychology review**, 49, 55–66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002>
- Ard, J, Miller, G., and Kahan, S. (2016). Nutrition Interventions for Obesity. **Medical Clinics of North America**. 100(6). 1341–1356. Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.06.012>
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E., & Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. **Comprehensive psychiatry**, 54(7), 893–903. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.019>
- Blüher, M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. **Nat Rev Endocrinol** ,15, 288–298 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0176-8>
- Boubertakh, B., Silvestri, C., & Di Marzo, V. (2022). Obesity: The Fat Tissue Disease Version of Cancer. **Cells**, 11(12), 1872. <https://doi.org/10.3390/cells11121872>
- Bray, G.(2004 ). Medical Consequences of Obesity. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, 89 (6),pp 2583–2589, <https://doi.org/10.1210/jc.2004-0535>

- Brito,M., Nahas,F., Cordás,T., Gama,M., Sucupira,R., Ramos,T., Felix,G., and Ferreira,L. (2016). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Body Weight Concerns in Patients Seeking Abdominoplasty. **Aesthetic surgery journal**, 36(3), 324–332. <https://doi.org/10.1093/asj/sjv213>
- Brytek-Matera, A., Bronowicka, P., & Walilko, J. (2021). Restraint theory: Significance of rumination. **European Psychiatry**, 64(S1), S179-S180. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.476
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrbach, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. **JAMA**, 292(14), 1724–1737. <https://doi.org/10.1001/jama.292.14.1724>
- Butler-Rees , E.(2011). **Body Dysmorphic disorder : A psychoanalytic perspective**. ( Higher Diploma in Arts in Psychoanalytic Studies. Dublin business school.
- Carlson, J. & Englar-Carlson, M. (2017). Adlerian Psychotherapy. **American Psychological Association (APA)**. <http://dx.doi.org/10.1037/0000014-001>
- Castle, D., Beilharz, F., Phillips, K. A., Brakoulias, V., Drummond, L. M., Hollander, E., Ioannidis, K., Pallanti, S., Chamberlain, S. R., Rossell, S. L., Veale, D., Wilhelm, S., Van Ameringen, M., Dell'Osso, B., Menchon, J. M., & Fineberg, N. A. (2021). Body dysmorphic disorder: a treatment synthesis and consensus on behalf of the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders and the Obsessive Compulsive and Related Disorders Network of the European College of Neuropsychopharmacology. **International clinical psychopharmacology**, 36(2), 61–75. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000342>.
- Choban, P. S., Jackson, B., Poplawski, S., & Bistolarides, P. (2002). Bariatric surgery for morbid obesity: why, who, when, how, where, and then what?. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, 69(11), 897-903.
- Chooi, Y., Ding, C., and Magkos, F. (2019). The epidemiology of obesity. **Metabolism** 92. 6–10. Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>
- Crerand, C. E., Franklin, M. E., & Sarwer, D. B. (2006). Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. **Plastic and Reconstructive Surgery**, 118(7), 167e-180e
- Crosnoe, R. (2007). Gender, Obesity, and Education. **Sociology of Education**, 80(3), 241–260. <https://doi.org/10.1177/003804070708000303>

- Crossan, K. & Sheer, AJ. **Intra-gastric Balloon**. [Updated 2023 Jan 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578184/>
- de Cabo, R., & Mattson, M. P. (2019). Effects of Intermittent Fasting on Health, Aging, and Disease. **The New England journal of medicine**, 381(26), 2541–2551. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1905136>
- Dhamija, R., Eckert, S., & Wirrell, E. (2013). Ketogenic Diet. **Canadian Journal of Neurological Sciences**, 40(2), 158-167. doi:10.1017/S0317167100013676
- Elshakh, H., El-Ejji, K., & Taheri, S. (2017). The Role of Endoscopic Intra-Gastric Botulinum Toxin-A for Obesity Treatment. **Obesity surgery**, 27(9), 2471–2478. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2806-3>
- EmblemHealth. (2022). **Bariatric surgery** (MG. MM. SU. 18rv2). [https://www.emblemhealth.com/content/dam/emblemhealth/pdfs/provider/medical\\_policies/b/MG\\_Bariatric\\_SX\\_c.pdf](https://www.emblemhealth.com/content/dam/emblemhealth/pdfs/provider/medical_policies/b/MG_Bariatric_SX_c.pdf)
- Eskander, N., Limbana, T., & Khan, F. (2020). Psychiatric Comorbidities and the Risk of Suicide in Obsessive-Compulsive and Body Dysmorphic Disorder. **Cureus** 12(8): e9805. DOI 10.7759/cureus.9805
- Farina, M. G., Baratta, R., Nigro, A., Vinciguerra, F., Puglisi, C., Schembri, R., Virgilio, C., Vigneri, R., & Frittitta, L. (2012). Intra-gastric balloon in association with lifestyle and/or pharmacotherapy in the long-term management of obesity. **Obesity surgery**, 22(4), 565–571. <https://doi.org/10.1007/s11695-011-0514-y>
- Fernandes, M., Atallah, A. N., Soares, B. G., Humberto, S., Guimarães, S., Matos, D., Monteiro, L., & Richter, B. (2007). Intra-gastric balloon for obesity. **The Cochrane database of systematic reviews**, 2007(1), CD004931. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004931.pub2>
- Gaube, J., & Kern, R. M. (2015). importance of adlerian lifestyle personality attributes for body mass index among woman. **European Scientific Journal**, ESJ, 11(2). Retrieved from <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/4963>
- Gaur, S., Levy, S., Mathus-Vliegen, L., & Chuttani, R. (2015). Balancing risk and reward: a critical review of the intra-gastric balloon for weight loss. **Gastrointestinal endoscopy**, 81(6), 1330-1336.

- Gloy V., Briel M, Bhatt D., Kashyap S., Schauer P., Mingrone G., Bucher, H., and Nordmann, A. (2013). Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ** 2013; 347 :f5934 doi:10.1136/bmj.f5934
- Grover, B., Morell, M., Kothari, S., Borgert, A., Kallies, K., and Baker, T. (2019). Defining Weight Loss After Bariatric Surgery: A Call for Standardization. **Obesity surgery**, 29(11), 3493–3499. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04022-z>
- Haider, A., Wei, Z., Paraveen, S., and Mehmood, A. (2023) The association between comorbid body dysmorphic disorder and depression: moderation effect of age and mediation effect of body mass index and body image among Pakistani students. **Middle East Curr Psychiatry**, 30. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00283-8>.
- Hara, T. (1997). Hunger and eating. California State University, Northridge, USA.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1983). A boundary model for the regulation of eating. **Psychiatric Annals**, 13(12), 918–927. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19831201-03>
- Höskuldsdóttir, G., Engström, M., Rawshani, A., Lenér, F., Wallenius, V., Fändriks, L.,... & Eliasson, B. (2022). Comparing effects of obesity treatment with very low energy diet and bariatric surgery after 2 years: a prospective cohort study. **BMJ open**, 12(4), e053242.
- Hosman, S. (2012). Obesity in Children and Discrimination. **McKendree University**. Issue 18. <https://www.mckendree.edu/academics/scholars/issue18/hosman.htm>
- Kapsali, F., Nikolaou, P., & Papageorgiou, C. (2020). Dysmorphic concern questionnaire: Greek translation, validation and psychometric properties. **Open Journal of Psychiatry**, 10(03), 101.
- Karmali, S., Stoklossa, C., Sharma, A., Stadnyk, J., Christiansen, S., Cottreau, D., and Birch, D. (2010). Bariatric surgery: a primer. **Canadian Family Physician**, 56(9), 873-879
- Kaya, B., Esen Bulut, N., & Fersahoglu, M. (2020). Is Intra-gastric Botulinum Toxin an Injection Effective in Obesity Treatment?. **Surgery research and practice**, 2020, 2419491. <https://doi.org/10.1155/2020/2419491>
- Kim J. Y. (2021). Optimal Diet Strategies for Weight Loss and Weight Loss Maintenance. **Journal of obesity & metabolic syndrome**, 30(1), 20–31. <https://doi.org/10.7570/jomes20065>

- Krebs, G., Quinn, R., & Jassi, A. (2019). Is perfectionism a risk factor for adolescent body dysmorphic symptoms? Evidence for a prospective association. **Journal of obsessive-compulsive and related disorders**, 22, 100445.  
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100445>
- Larkin, D., Kirtchuk, G., Yamaguchi, M., & Martin, C. R. (2017). A proposal for the inclusion of “obesity dysmorphia” in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, 51(11), 1085–1086. doi:10.1177/0004867417722641
- Laughter, M. R., Anderson, J. B., Maymone, M. B. C., & Kroumpouzou, G. (2023). Psychology of aesthetics: Beauty, social media, and body dysmorphic disorder. **Clinics in dermatology**, 41(1), 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2023.03.002>
- Lee, P. C., & Dixon, J. (2017). Bariatric-metabolic surgery: A guide for the primary care physician. **Australian family physician**, 46(7), 465–471.
- Leon, Gloria. (1977). A behavioral approach to obesity. **The American journal of clinical nutrition**. 30. 785-9. 10.1093/ajcn/30.5.785.
- Lewis, S., & Abell, S. (2017). Autonomy Versus Shame and Doubt. **Encyclopedia of Personality and Individual Differences**, 1–4. doi:10.1007/978-3-319-28099-8\_570-1
- Li, Z. & Heber, D. (2021). Intermittent Fasting. **JAMA**. 326. 1338. 10.1001/jama.2020.15140.
- Lin, X., & Li, H. (2021). Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Therapeutics. **Frontiers in endocrinology**, 12, 706978. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.706978>
- Lupoli, R., Lembo, E., Saldalamacchia, G., Avola, C. K., Angrisani, L., & Capaldo, B. (2017). Bariatric surgery and long-term nutritional issues. **World journal of diabetes**, 8(11), 464–474. <https://doi.org/10.4239/wjd.v8.i11.464>
- Malcolm, A., Pikoos, T. D., Grace, S. A., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2021). Childhood maltreatment and trauma is common and severe in body dysmorphic disorder. **Comprehensive psychiatry**, 109, 152256.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152256>
- Marrero Torres, R. J., Gregory, F., & Micames, C. G. (2022). Fluid-filled intragastric balloons are an effective and safe weight loss option across BMI and age ranges. **Surgical endoscopy**, 36(7), 5160–5166. <https://doi.org/10.1007/s00464-021-08892-2>

- Martínez-González, M. A., Salas-Salvadó, J., Estruch, R., Corella, D., Fitó, M., Ros, E., & Predimed Investigators. (2015). Benefits of the Mediterranean diet: insights from the PREDIMED study. **Progress in cardiovascular diseases**, 58(1), 50-60.
- Masood W, Annamaraju P& Uppaluri KR. **Ketogenic Diet**. [Updated 2022 Jun 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499830/>
- Mortada, H., Seraj, H., & Bokhari, A. (2020). Screening for body dysmorphic disorder among patients pursuing cosmetic surgeries in Saudi Arabia. **Saudi medical journal**, 41(10), 1111–1120. <https://doi.org/10.15537/smj.2020.10.25380>
- Nabavi, R. & Bijandi, M. (2012). Bandura's social learning theory & social cognitive learning theory. **Theory of Developmental Psychology**, 1, 24.
- Neziroglu, F. (2004). A Behavioral Model for Body Dysmorphic Disorder. **Psychiatric Annals**. 34. 10.3928/0048-5713-20041201-13.
- Phillips K. A. (2004). Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. **World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)**, 3(1), 12–17.
- Phillips, K. A. (2009). **Understanding body dysmorphic disorder**. Oxford University Press.
- Pietrabissa, G., Bertuzzi, V., Simpson, S., Guerrini Usubini, A., Cattivelli, R., Bertoli, S., Mozzi, E., Roviario, G., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2022). Psychological Aspects of Treatment with Intra-gastric Balloon for Management of Obesity: A Systematic Review of the Literature. **Obesity facts**, 15(1), 1–18. <https://doi.org/10.1159/000518200>
- Public Education Committee. (2021). **Bariatric Surgery Procedures**. <https://asmbs.org/patients/bariatric-surgery-procedures>
- Ribeiro, R.(2017). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery and Dermatology Patients: A Systematic Review with Meta-Analysis. **Aesth Plast Surg** 41, 964–970 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0869-0>
- Salem, V., AlHusseini, N., Abdul Razack, H. I., Naoum, A., Sims, O. T., & Alqahtani, S. A. (2022). Prevalence, risk factors, and interventions for obesity in Saudi Arabia: a systematic review. **Obesity Reviews**, 23(7), e13448.

- Sarwer, D., Crerand, C., and Magee, L. (2010). Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments. **Oral and maxillofacial surgery clinics of North America**, 22(4), 445–453. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2010.07.002>
- Sierżantowicz, R., Ładny, J. R., & Lewko, J. (2022). Quality of life after bariatric surgery—a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 19(15), 9078.
- Sindi, S., Alghamdi, M., Sindi, E., Bondagji, M., Baashar, D., Malibary, J., and Alkot, M. (2023). The Prevalence and Characteristics of Body Dysmorphic Disorder Among Adults in Makkah City, Saudi Arabia. A Cross-Sectional Study. **Cureus** 15(2): e35316. DOI 10.7759/cureus.35316
- Singh, A. R., & Veale, D. (2019). Understanding and treating body dysmorphic disorder. **Indian journal of psychiatry**, 61(Suppl 1), S131–S135. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_528\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_528_18)
- Tayyem, R. M., Qandeel, H. G., Al-Balas, H. I., Tayyem, F. R., Fataftah, J. Z., & Al-Balas, M. I. (2022). Comparison of safety and efficacy of intragastric botulinum toxin-A versus gastric balloon. **Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association**, 28(4), 276–281. [https://doi.org/10.4103/sjg.sjg\\_534\\_21](https://doi.org/10.4103/sjg.sjg_534_21)
- Valera-Mora, M. E., Simeoni, B., Gagliardi, L., Scarfone, A., Nanni, G., Castagneto, M., Manco, M., Mingrone, G., & Ferrannini, E. (2005). Predictors of weight loss and reversal of comorbidities in malabsorptive bariatric surgery. **The American journal of clinical nutrition**, 81(6), 1292–1297. <https://doi.org/10.1093/ajcn/81.6.1292>
- Weinberg, Mm & Segelnick, S. (2009). Surgical Procedures for Weight Loss. **us pharm.** 2009;34(12):HS-2-HS-10.
- Whitney, E. N., & Rolfes, S. R. (2016). **Understanding nutrition**. 14th ed. Stamford : Cengage Learning.
- Wilhelm, S., & Neziroglu, F. (2002). Cognitive Theory of Body Dysmorphic Disorder. **Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions**, 203–214. doi:10.1016/b978-008043410-0/50014-3
- Williamson, D. A., Martin, C. K., & Stewart, T. M. (2006). Behavioral strategies for controlling obesity. **Overweight and the metabolic syndrome: From bench to bedside**, 219-232.

Wilson, R., Aminian, A., & Tahrani, A. A. (2021). Metabolic surgery: A clinical update. **Diabetes, obesity & metabolism**, 23 Suppl 1, 63–83.

<https://doi.org/10.1111/dom.14235>

World Health Organization (WHO). (2021). **Obesity and overweight**.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

World Health Organization. (2019). **International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)**. <https://icd.who.int/>

Zafar, M. I., Mills, K. E., Zheng, J., Regmi, A., Hu, S. Q., Gou, L., & Chen, L. L. (2019). Low-glycemic index diets as an intervention for diabetes: a systematic review and meta-analysis. **The American journal of clinical nutrition**, 110(4), 891–902.

<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqz149>

**Doi:** <https://doi.org/10.52133/ijrsp.v6.62.6>