

# دور التعقل والتنظيم الانفعالي في التنبؤ بالكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل

## إعداد

د. / رغبة عيد مصطفى  
أخصائي نفسي إكلينيكي

أ.د. / شعبان جاب الله رضوان  
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

## ملخص :

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن دور التعقل والتنظيم الانفعالي في التنبؤ بالكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل، وتكونت العينة من (١٥٠) مراهقة من ذوات أعراض اضطرابات الأكل منهن (٧٥) مراهقة ذات أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي؛ بمتوسط للعمر (١٩,٨٨±١,١٩) عامًا؛ و (٧٥) مراهقة من ذوات أعراض اضطراب الشره العصبي؛ بمتوسط للعمر (١٩,٩٤±١,١٤) عامًا؛ وتم تطبيق مقياس التعقل (تأليف: Baer, et al., 2006؛ ترجمة الباحثين)؛ ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي (تأليف: Gratz & Roemer, 2004؛ ترجمة الباحثين)؛ ومقياس الكرب النفسي (إعداد الباحثين)؛ ومقياس أعراض اضطرابات الأكل ويشمل فقدان الشهية العصبي والشره العصبي (تأليف زينب محمود شقير، ٢٠٠٠)؛ وتم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائيًا بين التعقل والتنظيم الانفعالي وبين الكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي؛ كما أن التعقل والتنظيم الانفعالي ينبأ بالكرب النفسي لدى المجموعة نفسها؛ بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائيًا بين التعقل والتنظيم الانفعالي وبين الكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض الشره العصبي؛ كما ينبؤ التعقل والتنظيم الانفعالي بالكرب النفسي لدى المجموعة نفسها.

**الكلمات المفتاحية:** التعقل - التنظيم الانفعالي - الكرب النفسي - المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل.

## مقدمة :

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن دور التعقل والتنظيم الانفعالي في التنبؤ بالكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل متمثلة في أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي والشهه العصبي؛ حيث تعرف اضطرابات الأكل بأنها اختلال سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام أو التكرار القهري لتناوله في غير مواعيده وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد الذي قد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٧).

وتُعد اضطرابات الأكل من أخطر ثلاثة أمراض مزمنة تصيب المراهقات، حيث يتوفى شخص واحد على الأقل كل ٦٢ دقيقة جراء الإصابة باضطرابات الأكل، ويتسبب فقدان الشهية العصبي في وفاة ٥% من الأشخاص لكل ١٠٠٠ حالة ممن يتراوح أعمارهم ما بين ١٥-٢٤ عامًا من المصابين بفقدان الشهية العصبي، وذلك لعدم خضوعهم للعلاج حيث تخضع حالة من كل خمس حالات للعلاج من اضطرابات الأكل ( Eating Disorders Coalition, 2016; National Eating Disorder Association, 2018; Eating Recovery Center, 2020).

وهناك حوالي ٣٠ مليون شخص مصاب باضطرابات الأكل في الولايات المتحدة الأمريكية وفق إحصائية المعهد القومي لاضطرابات الأكل عام ٢٠١٧، وتنتشر اضطرابات الأكل عبر مراحل العمر المختلفة حيث كانت نسبة اضطراب فقدان الشهية العصبي (٩,٠%) بين الراشدين، بينما وصلت الإصابة بالشهه العصبي إلى (١,٥%) لدى نفس المرحلة العمرية، في حين وصلت اضطرابات الأكل في مرحلة المراهقة إلى ٢,٧% (Christian, 2020).

وتتشيع اضطرابات الأكل لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور حيث تصل النسبة إلى ٦:١ في المجتمع العام، ونسبة ١٠ : ١ من العينات الاكلينيكية المحولة إلى المستشفيات، وبشكل عام يعتبر ٩٠% من المصابين باضطرابات الأكل من الإناث (Stone, 2013).

وتظهر اضطرابات الأكل بين طلبة الجامعات وخصوصًا الطالبات، فهناك أسباب وعوامل تساعد على انتشار مثل هذا النوع من الاضطرابات والتي ترتبط بالمعايير الثقافية والاجتماعية السائدة في المجتمع، والتي قد تركز على النحافة وشكل الجسم، وبعضها الآخر يرتبط بالتأثيرات الكبيرة للزملاء والزميلات في دعم مثل هذه السلوكيات والاتجاهات نحو الأكل بين طلبة الجامعات، وقد يرتبط بعضها الآخر بموضوع التوافق مع البيئة الجامعية (نهال قنديل، ٢٠١٥).

ويتفق هذا مع ما أشارت إليه زينب شقير (١٩٩٩) حيث كانت نسبة انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي بين طلاب جامعة طنطا تمثل ٨,٩٢% للذكور، و٤٥,١٥% للإناث، بينما نسبة انتشار الشهه العصبي كانت ٧,٠٦% للذكور، و١٠% للإناث بين طلاب جامعة طنطا؛ كما أشار

(مجدي الدسوقي، ٢٠٠٧) إلى أن نسبة انتشار اضطرابات الأكل لدى الإناث أكبر منه لدى الذكور حيث وصلت النسبة إلى ١٠-١ تقريبًا، كما أكد على أن اضطرابات الأكل تظهر عبر مراحل العمر المختلفة وخاصة مرحلة المراهقة لما تتضمنه من تغيرات انفعالية وجسدية وتزيد اضطرابات الأكل في المدى العمري بين ١٤-٢٥ عامًا مع ارتفاع ملحوظ في عمر ١٨ عام، وهو المدى المرتبط بالتعليم الثانوي والجامعي.

بالإضافة إلى أنه لا توجد فروق بين طلبة وطالبات المرحلة الجامعية وطلبة وطالبات المرحلة الثانوية في مستوى فقدان الشهية العصبي، كما أنه لا توجد فروق بين الطلبة الملتحقين بالتخصصات الأدبية والتخصصات العلمية في مستوى فقدان الشهية العصبي (فاطمة خلف، ٢٠١١).

### مدخل إلى مشكلة الدراسة :

تُعد اضطرابات الأكل بصفة عامة والشه العصبي بصفة خاصة من الاضطرابات التي تتطلب إدارة ذاتية وتنظيمًا للانفعالات، كما تعد المشكلات الانفعالية كالحزن والغضب والشعور بالذنب والكرب النفسي من العوامل الرئيسية لتلك الاضطرابات (حمدي ياسين، ٢٠١٩).

والأشخاص ذوو اضطرابات الأكل ربما يكون لديهم عجز في التنظيم الانفعالي، والذي قد يرجع إلى انخفاض الوعي الانفعالي، لأن لديهم صعوبة في تحديد الانفعالات ووصفها كما أنهم أقل انتباهًا لها، بالإضافة إلى ذلك يعانون من سوء تنظيم الانفعالات بالمقارنة بالأفراد الطبيعيين (أحمد رشيد، ٢٠١٣).

كما يُعد التنظيم الانفعالي أحد الركائز الأساسية لأداء العديد من الوظائف الاجتماعية والانفعالية، وبناءً على ذلك فإن عدم قدرة الفرد على تنظيم انفعالاته يجعل منه عرضة للعديد من المشكلات الانفعالية والاجتماعية من قبيل القلق والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي (أيمن عبدالرحمن، ٢٠١٨).

وتؤثر صعوبة التنظيم الانفعالي على الصحة النفسية والجسدية والعلاقات الاجتماعية، ولذلك ترتبط بمجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية واضطراب القلق والاكتئاب واضطرابات الشخصية (هدى إبراهيم، ٢٠١٩).

ويسهم التعقل في عملية تنظيم الفرد لانفعالاته حيث يشير إلى تعلم الفرد الحفاظ على تركيز وعيه على الخبرات الداخلية الخاصة بالجسم وتنظيم انفعالاته من خلال إعادة تقييمه للموقف، بالإضافة إلى إدراك الفرد للخبرة الحالية وعدم الحكم عليها مسبقًا، وتقبلها كما هي بدون محاولة قمعها أو مواجهتها فهذا من شأنه أن يجعل الفرد أكثر استرخاءً ويقلل من مخاوف الفرد السابقة تجاه هذه الخبرة (أحمد محمد صالح، ٢٠١٨).

وأشار بوترين وآخرون (Butryn, et al., 2013) إلى أن مرضى اضطرابات الأكل لديهم انخفاض شديد في مستوى الوعي والتقبل (التعقل)، كما يوجد لديهم ارتفاع في مستوى التجنب الانفعالي. وذكر بروز وآخرون (Prowse, et al., 2013) أن من لديهم أعراض اضطرابات الأكل يشعرون بالقلق والاكتئاب والكرب النفسي، كما أن هناك انخفاضاً في مستوى التعقل لديهم. ومن خلال العرض السابق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في عدد من الأسئلة كما يلي:

#### أسئلة الدراسة :

- ١ - هل توجد علاقة بين التعقل والكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل؟
- ٢ - هل توجد علاقة بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل؟
- ٣ - هل يسهم التعقل والتنظيم الانفعالي في التنبؤ بالكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل؟

#### أهمية الدراسة ومبرراتها :

تتمثل أهمية الدراسة الحالية من جانبين أحدهما أهمية نظرية والأخرى تطبيقية وهي كالتالي :

#### الأهمية النظرية :

تتمثل الأهمية النظرية للدراسة الحالية في :

- ١ - الاهتمام باضطرابات الأكل لدى المراهقات حيث يشيع هذا الاضطراب في مرحلة المراهقة مقارنة بالمرحل العمرية الأخرى.
- ٢ - توفر الدراسة الحالية إطاراً نظرياً للتعقل في علاقته باضطرابات الأكل والكرب النفسي المصاحب لها.
- ٣ - الكشف عن العلاقة بين التعقل والكرب النفسي ودور التعقل في التنبؤ به لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل بما يسهم في فهم هذه الاضطرابات والعوامل المرتبطة بها.
- ٤ - الكشف عن العلاقة بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي ودور التنظيم الانفعالي في التنبؤ به لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل، بما يساعد على فهم مزيد من العوامل والمتغيرات المرتبطة بها.

#### الأهمية التطبيقية :

تتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية في :

- ١ - الاستفادة من نتائج الدراسة في تصميم برامج علاجية لتنمية التعقل لدى مرضى اضطرابات الأكل.

- ٢ - تصميم برامج لتنمية التنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطرابات الأكل.  
٣ - تصميم برامج علاجية لخفض الكرب النفسي لدى مرضى اضطرابات الأكل.

### مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها:

تتناول الدراسة الحالية عددًا من المفاهيم منها التعقل والتنظيم الانفعالي والكرب النفسي واضطرابات الأكل، وسوف نتعرض لتلك المفاهيم بشكل مختصر والأطر النظرية المفسرة لها كالآتي:

#### أولاً : التعقل :

عرف "جون كابت زين Kabat" التعقل بأنه "تلك الحالة العقلية التي تنشأ عن الانتباه عن قصد بهدف خفض شرود العقل (التأثيرات السلبية لشرود العقل)، كما يتضمن عدم إصدار أحكام، والتركيز على اللحظة الحالية (الوعي المتمركز حول الحاضر) بشرط أن كل فكرة أو شعور أو أحداث يتم تقبلها والاعتراف بها" (Baer, et al., 2006; Kabat, 1990).

كما عرفه "كاترمان وآخرون" بأنه حالة من الانتباه والوعي بدون أحكام على الخبرة الحالية وقبول الخبرات لحظة بلحظة" (Katterman, et al., 2014).

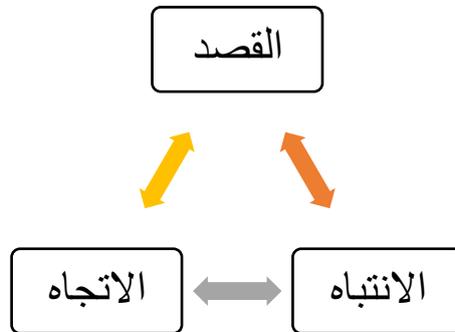
ويتبنى الباحثان تعريف "جون كابت زين" للتعقل لاشتماله على المكونين الأساسيين وهما الوعي بالخبرة الحالية وتقبلها.

### النماذج والأطر النظرية المفسرة للتعقل:

فهناك عددًا من النماذج المفسرة للتعقل وسوف نعرض بعضًا منها كالتالي:

#### [١] نموذج "شابيرو وآخرين Shapiro, et al.":

والذي فسّر الطريقة التي يعمل بها التعقل من خلال ثلاثة عمليات وهي (الانتباه، والقصد، والاتجاه)، كما أن تلك العمليات ليست عمليات منفصلة ولكنها عمليات متفاعلة فيما بينها ويوضح الشكل التالي رقم (١) عناصر هذا النموذج:



الشكل رقم (١) نموذج شابيرو وآخرين للتعقل (Shapiro, et al., 2006)

وفيما يلي توضيح للشكل السابق:

أ ( **القصد Intention** : وهي مرحلة مبدئية مهمة وتشير إلى الغرض من ممارسة التعقل، وقد يتغير الغرض أو القصد أو النية مع زيادة ممارسة التعقل، على سبيل المثال يبدأ رجل أعمال ممارسة التعقل بغرض خفض شرود ذهنه، ولكن مع التدريب يرغب في زيادة الممارسة من أجل تحسين علاقته بزوجته... وهكذا، ويعتبر القصد من العمليات المهمة للاستمرار في ممارسة تمارين التعقل.

ب ( **الانتباه Attention** : ويقصد به توجيه الانتباه متضمنًا ملاحظة الفرد لخبراته الداخلية والخارجية لحظة بلحظة، بالإضافة إلى التركيز على الأحداث الحالية "هنا والآن"، وبهذه الطريقة يتعلم الفرد زيادة وعيه لحظة بلحظة.

ج ( **الاتجاه Attitude** : وهو الجانب الوجداني في عملية ممارسة التعقل، حيث يوجه الفرد انتباهه بدون أية أحكام وبحالة من القبول، والانفتاح، والرحمة مع الخبرات التي يمر بها الفرد، كما يشير إلى الميل نحو الخبرة بشكل يتضمن حالة من القبول والفضول والانفتاح على الخبرات الأخرى وعدم الحكم عليها (Shapiro, et al., 2006).

## [٢] نموذج "بير وآخرين Bear, et al. :

رأى "بير وآخرون" أن التعقل يتضمن خمسة مكونات والتي أوضعت في مقياس خماسي الأبعاد لقياس التعقل وهو **The Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)** وهم :

أ ( **الملاحظة** : وتشير إلى توجيه الانتباه إلى المثيرات الداخلية والخارجية (كالانتباه للإحساسات الجسمية، والانتباه للانفعالات، والمعارف، والأصوات الداخلية، والروائح).

ب ( **الوصف**: وتشير إلى إطلاق مسميات لهذه المثيرات باستخدام التعبيرات المناسبة.

ج ( **التصرف بوعي**: ويشير إلى توجيه انتباه الشخص للأحداث الحالية، والبعد عن التصرف بشكل آلي أو التصرف بدون قصد.

د ( **عدم الحكم على الخبرات الداخلية**: وتشير إلى الامتناع عن تقديم أحكام أو تقييمات لإحساسات الفرد أو أفكاره أو انفعالاته.

هـ ( **قبول الخبرات الداخلية وعدم التصرف حيالها**: وتشير إلى السماح للأفكار والمشاعر بالمجيء ذهابًا وإيابًا بحرية بدون التصرف تجاهها.

كما قدم "بير وآخرون" نموذجًا لميكانزمات عديدة من شأنها أن تفسر كيف لمهارات التعقل أن تخفف من الأعراض بالإضافة إلى إحداث التغييرات السلوكية وهذه الميكانزمات هي:

- أ ( التعرض Exposure .  
ب) التغيير المعرفي Cognitive Change .  
ج) إدارة الذات Self-Management .  
د ( الاسترخاء Relaxation .  
هـ ( القبول Acceptance (Bear, et al., 2006).

واعتمدت الدراسة الحالية على نموذج بير وآخرين في تفسير التعقل وذلك لشموليته وتضمنه مختلف مكونات المفهوم.

### ثانياً: التنظيم الانفعالي :

يُعد مفهوم التنظيم الانفعالي من المفاهيم الهامة في علم النفس، ويختلف الباحثين في تعريف ذلك المفهوم باختلاف المنظور الذي يتبناه الباحث، حيث عرف هذا المفهوم كأحد عمليات تنظيم الذات كتعريف "مايرز Myers" والذي عرفه بأنه "عملية من عمليات تنظيم الذات التي تساعد على إعادة صياغة الخبرات الداخلية (معرفياً، انفعالياً، سلوكياً) في علاقتها بالعالم الخارجي" (Myers, 2012).

كما عرف التنظيم الانفعالي على أنه "قدرة الفرد على إدراك وفهم الانفعالات وقبولها والتحكم بها لتحقيق الأهداف المرغوبة، بالإضافة إلى استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي لتعديل الاستجابة الانفعالية بما يتناسب مع أبعاد الموقف" (Yangmu, 2017).

وتبنى الباحثان تعريف "يانجمو Yangmu" للتنظيم الانفعالي نظراً لتركيزه على تنظيم الانفعالات وليس تنظيم الذات عموماً كما في تعريف "مايرز Myers".

### النماذج النظرية المفسرة للتنظيم الانفعالي :

هناك عددا من النماذج المفسرة للتنظيم الانفعالي وسوف نعرض بعض منها كالتالي:

١ - النظرية الاجتماعية للتنظيم الانفعالي : أكدت النظرية على دور التفاعلات الاجتماعية في تشكيل قدرة الفرد على التنظيم الانفعالي، وترجع النظرية التنظيم الانفعالي إلى مدى توافر نموذج أو قدوة للفرد كنموذج تعليمي، ومن هذا المنطلق فإن تنظيم الانفعال هو مهارة يكتسبها الفرد من تفاعلاته الاجتماعية، وتظهر هذه المهارة بشكل واضح في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة ومرحلة المراهقة (Heather, 2010).

٢ - النظرية المعرفية للتنظيم الانفعالي : ركزت النظرية المعرفية المفسرة للتنظيم الانفعالي على الطريقة التي يستخدمها الأفراد في معالجة المعلومات المرتبطة بالموقف الضاغط والاستراتيجيات المعرفية التي يستخدمونها في التعايش مع تلك المواقف والتي تشمل (لوم الذات - لوم الآخرين - القبول - الاجترار - إعادة تقييم الموقف إيجابياً.. إلخ)، وترجع النظرية

صعوبة التنظيم الانفعالي إلى افتقار الفرد للمعلومات المعرفية المرتبطة بالانفعال، مما يؤدي إلى خبرات انفعالية سلبية، والتي قد تكون معتقدات معرفية سلبية، والتي ينتج عنها ردود فعل سلوكية سلبية (Seligman, 2017).

٣ - نموذج "جراتز ورومير" (Gratz & Roemer, 2004) : هناك مناحي عديدة لفهم وقياس التنظيم الانفعالي، وربما من النماذج الهامة التي قدمت لفهم مكونات التنظيم الانفعالي التوافقي **Components of Adaptive Emotion Regulation** نموذج "جراتز ورومير" والذي يتضمن أربعة مكونات رئيسية هامة للتنظيم الانفعالي التوافقي وهي :

أ) وعي وفهم الانفعالات.

ب) قبول الانفعالات.

ج) القدرة على ضبط السلوكيات الاندفاعية، والتصرف وفق الأهداف المرجوة حتى عند التعرض لخبرات انفعالية سلبية.

د) القدرة على استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي المناسبة للموقف بمرونة لتعديل الاستجابة الانفعالية بما يتناسب مع أهداف الفرد المرجوة وأبعاد الموقف.

وتبنى الباحثان نموذج "جراتز ورومير" في تفسير التنظيم الانفعالي وذلك لشموليته وتضمنه مختلف مكونات المفهوم.

### ثالثاً : الكرب النفسي:

عرف الكرب النفسي بأنه مجموعة من الأعراض النفسية والانفعالية التي يخبرها الفرد والتي تتسبب في الشعور بعدم الراحة والعجز وصعوبات في العلاقات الاجتماعية (Cieurzo, 2002).

وعرف الباحثان الكرب النفسي بأنه "حالات انفعالية ووجدانية سلبية تتمثل في عدد من المظاهر الإكلينيكية كالقلق والاكتئاب والمظاهر الجسمية كالتعب والإجهاد البدني وتباين في شدتها بتباين المثيرات والأحداث المسببة لها".

### النموذج المعرفي :

وفقاً لهذا المنظور المعرفي فإن الإدراكات السلبية تعد عاملاً جوهرياً في حدوث الكرب النفسي، والتي تنعكس لدى المرضى الذين يعانون من الكرب النفسي من خلال تكوين صورة سلبية عن أنفسهم وعن المستقبل والبيئة المحيطة بهم، ويظهر ذلك في رؤية أنفسهم إنهم أشخاص بلا قيمة وغير كفاء وإنهم غير محبوبين من الآخرين، وفقاً للنظرية المعرفية فإن هؤلاء الأشخاص يبالغون في استجاباتهم، وما يترتب على ذلك من سلوكيات غير ملائمة، نتيجة لأنماط التفكير التي يتبعونها في تفسير مواقف حياتهم اليومية، وجوهر هذا المنظور هو أن الانفعالات السلبية تبدأ

عندما يدرك الأشخاص الأحداث بشكل مبالغ فيه، وبهذا يكون لها تأثير سلبي على المشاعر والسلوك، هذا بالإضافة إلى أن الأشخاص الذين يشعرون بالكرب النفسي يمتلكون مخططات عن النجاح والفشل، والتي قد تكونت لديهم منذ الطفولة، وأثرت على حياتهم في مرحلة الرشد وجعلتهم ينظرون إلى الأحداث بشكل سلبي كما جعلتهم يبالغون في الأحداث المؤلمة وما يترتب عليها من ارتفاع في معدلات القلق والخوف لتنتهي بظهور أعراض الكرب النفسي، ولهذا فإن العلاج المعرفي يقوم على إعادة التقييم المعرفي للفرد وتمكينه من تقديم تفسيرات للأحداث مشابهة لتلك التي يقدمها الآخرين (Ridner, 2004).

#### رابعًا: اضطرابات الأكل :

يُعد سلوك الأكل الطبيعي هو ذلك السلوك الذي ينظم عملية تناول الطعام من خلال تنظيم الشهية وعملية الشعور بالجوع والشبع، بحيث يتم تناول الطعام بكميات مناسبة لحاجة الجسم (سامر جميل، ٢٠٠٢)؛ وقد يصاب الفرد باضطراب في تنظيم هذه العملية فيختل سلوك الأكل لديه، فقد يفرط الشخص في تناول كميات كبيرة من الطعام أو يصاب بحالة من العزوف عن تناول الطعام فتظهر اضطرابات الأكل لديه (عبد الرحمن العيسوي، ٢٠٠٦).

#### أنواع اضطرابات الأكل :

##### أ ( فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa :

إن فقدان الشهية العصبي هو أحد اضطرابات الأكل ويتميز بالتحديد الدقيق الذاتي للوجبات وللطرق والسلوكيات غير الصحية لتناول الطعام والنقص الواضح في الوزن، والخوف الشديد من البدانة أو زيادة الوزن مع الاختلال الواضح في شكل الجسم، مع الشعور الدائم بالبدانة والحاجة إلى إنقاص الوزن لأقل من ١٥% من الوزن الطبيعي للجسم (زينب شقير، ١٩٩٩).

##### أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 :

أ ( قيود على الطعام لا يتناسب مع المتطلبات مما يؤدي إلى وزن منخفض للجسم وبصورة جوهرية بما لا يتناسب مع العمر والجنس والنمو والصحة الجسمية ويعرف الوزن المنخفض جوهرياً "بأنه وزناً أقل من المعايير الطبيعية للأطفال أو المراهقين ومنخفض عن الحد الأدنى المتوقع".

ب) خوف شديد من اكتساب أو زيادة الوزن أو أن يصبح الفرد سميناً أو السلوك المتواصل لفقدان الوزن بصورة جوهرية والذي يتعارض مع اكتساب الوزن.

ج ( تأثير مفرط لوزن أو شكل الجسم مبني على تقييم الذات أو نقص متواصل في الاعتراف بخطورة انخفاض الوزن الحالي (محمد أحمد شلبي وآخرون، ٢٠١٥؛ APA, 2013).

## ب) اضطراب الشره العصبي Bulimia Nervosa :

ويقصد به الإسراف في تناول الطعام بشكل قهري وسريع يعقبه شعور ببعض الألم وإحساس بالضيق والقلق ويصاحب ذلك محاولات للتخلص من الطعام بطرق مختلفة (جيهان عثمان، ٢٠١٥، ص ٢٦٣).

### أعراض اضطراب الشره العصبي من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 :

أ) ( نوبات متكررة من النهيم في الأكل وتتصف بالآتي :

١- الأكل في فترات منفصلة زمنياً، وتناول كميات طعام أكثر مما يتناول الناس في المواقف المشابهة وتحت نفس الظروف.

٢- الشعور بنقص التحكم في تناول الأكل خلال نوبة النهيم.

ب) سلوك تعويض متكرر وغير مناسب لمنع زيادة الوزن مثل القيئ المتعمد أو إساءة استخدام المسهلات ومدرات البول أو أى أدوية أخرى أو المبالغة في التمارين الرياضية.

ج) النهيم في الأكل والسلوك التعويضي غير المناسب كلاهما يحدث في المتوسط مرة في الأسبوع ولمدة ثلاثة شهور متواصلة.

د) تقويم للذات يتأثر بإفراط (غير ملائم) بشكل و وزن الجسم.

هـ) هذا الاضطراب لا يحدث حصرياً خلال فترات فقد الشهية العصبي. (محمد أحمد شلبي وآخرون، ٢٠١٥؛ APA, 2013).

### النماذج النظرية المفسرة لاضطرابات الأكل:

هناك عديد من التوجهات النظرية المفسرة لاضطرابات الأكل والتي تختلف عن بعضها بسبب المنظور الذي يعتمد عليه النموذج في التفسير؛ فالبعض يركز في تفسيره على أسباب اضطرابات الأكل والآخر يركز على الأعراض والبعض يركز على الفكرة الأساسية للإضطراب، وسوف يتم عرض بعض هذه النماذج كآلي :

#### [١] نموذج الإدمان The Addiction Model :

اعتمد هذا النموذج على فرضية أن الغذاء يستخدم لخفض التوتر أو التنظيم الذاتي أو كمهدئ كفرضية الإدمان على الكحول والمخدرات وسوء استخدام الأدوية، ووفقاً لهذا النموذج تعد الكربوهيدرات من العوامل التي تساعد على تحسين المزاج مثل المخدرات التي تعمل على رفع مستوى هرمون السيروتونين، بالإضافة إلى استخدام الطعام لتهدئة الذات وخفض الانفعالات السلبية، مما يؤدي إلى تكرارها خاصة عند رغبة الفرد في التحكم في انفعالاته، ولهذا المعتقد توجد عوامل مهينة للاستخدام الطعام كمواد إدمانية مثل العوامل البيوكيميائية، والأسرية والثقافية (Krentz, 2001).

[٢] **النموذج الثقافي الاجتماعي Sociocultural Model** : يرى هذا النموذج اضطرابات الأكل على أنها ظاهرة اجتماعية عابرة للثقافات، والتي تركز على فكرة النحافة والوزن المثالي، بالإضافة إلى رسائل المجتمع حول ضرورة النحافة، وأن الأفراد يتمسكون بهذه الفكرة لقيمتها الاجتماعية والثقافية، بالإضافة إلى دور الإعلام في مختلف دول العالم الذي يركز على فكرة النحافة والقوام الرشيق للعاملين به، وأنه يجسد المرأة النحيفة على أنها أكثر نجاحًا وجاذبية وذكاءً عكس المرأة ذات الوزن الزائد، والذي يعتبر المصدر الرئيسي لعدم رضا الأفراد عن أجسادهم خاصة النساء، واللاتي يرغبن بالحصول على أجسام رشيفة وأوزان مثالية، وعندما تتناقض صورة الجسم الحالية لهن مع فكرتهن المثالية يحدث عدم الرضا عن صورة الجسم ووضع القيود الغذائية، ومع تزامن الضغوط العائلية وضغوط الأقران والتعقيب السلبي خاصة من شريك الحياة على صورة الجسم والمحدثات التي تركز على المظهر العام والمقارنات الاجتماعية بين الأصدقاء لحث المرأة على النحافة يحدث القلق حول صورة الجسم ومن ثم تحدث اضطرابات الأكل (Liu, 2009; Herm', 2016).

[٣] **النموذج المتكامل لتفسير اضطرابات الأكل** : صاغ هذا النموذج كل من "بارلو" Barlow و"ديوراندا" Durand (١٩٩٩) حيث يوضح تداخل مجموعة من العوامل المسببة لحدوث اضطرابات الأكل، وتشمل هذه العوامل التأثيرات البيولوجية، والتي تشير إلى القابلية الوراثية والعوامل البيولوجية المتمثلة في انخفاض مستويات السيروتونين، وهي تؤدي إلى استجابة عصبية بيولوجية متقلبة أو مفرطة للتوتر المرتبط بالأكل الاندفاعي، أما التأثيرات النفسية فهي تتمثل في القلق المتمركز حول المظهر وفقدان الثقة بالنفس والانشغال بالمظهر أمام الآخرين، بالإضافة إلى تشوه صورة الجسم، وأخيرًا، يأتي دور التأثيرات الاجتماعية والتي تشمل الضغوط الثقافية التي تقدمها وسائل الإعلام للحث على الاحتفاظ بالقوام النحيف وكذلك الضغوط الأسرية من معظم الآباء على أبنائهم من أجل اتباع النظام الغذاء الصحي، حيث يحفزونهم على الحد من تناول الوجبات الغذائية من أجل انقاص الوزن، بالإضافة إلى التفاعلات الأسرية غير السوية، وكل هذه العوامل مجتمعة تؤدي إلى أن يصبح نمط الأكل غير الطبيعي سائدًا وثابتًا بدرجة كبيرة ، وبالتالي يصعب التخلص منه، فيؤدي ذلك إلى الإصابة بالشره العصبي أو فقدان الشهية العصبي (Barlow & Durand, 1999).

وتبنى الباحثان النموذج المتكامل لتفسير اضطرابات الأكل وذلك لشموليته في تفسير اضطرابات الأكل.

### الدراسات السابقة :

سوف نعرض الدراسات السابقة في فئتين هما:

- ١ - التعقل في علاقته بالكرب النفسي لدى مرضى اضطرابات الأكل.
  - ٢ - التنظيم الانفعالي في علاقته بالكرب النفسي لدى مرضى اضطرابات الأكل.
- أولاً : التعقل في علاقته بالكرب النفسي لدى مرضى اضطرابات الأكل :**

قام برولكس (Proulx 2008) بدراسة هدفت إلى دراسة تأثير ممارسة التعقل المرتكز على الطعام لمدة ثمانية أسابيع على خفض أعراض الشره العصبي، وكانت العينة مكونة من (ن=٦ طالبات مصابات بالشره العصبي)، واستخدمت الدراسة المقابلة شبه المقننة قبل وبعد التدخل، بالإضافة إلى استخدام برنامج التعقل في شكل علاج جمعي **Mindfulness-Based Eating Disorder Treatment Group (M-BED Group)**، وتم تطبيق هذا البرنامج خلال ثماني جلسات بمعدل جلسة أسبوعياً، مدة الجلسة ساعتان، بالإضافة إلى ممارسة التعقل داخل المنزل كأحد أساليب المساعدة الذاتية لمدة ١٠-٣٠ دقيقة يومياً، وتوصلت النتائج إلى أن التعقل قد نمى مهارة الوعي بالذات والتقبل والتعاطف، كما خفض من مستوى الكرب النفسي، وعمل على تنمية قدرة المرضى على إدارة الضغوط، وأيضاً خفض من أعراض الشره العصبي.

وقد هدف إرب (Erb 2010) إلى دراسة فاعلية التعقل في تحسين صورة الجسم والكرب النفسي لدى مرضى اضطرابات الأكل، وتكونت العينة من (ن=١٢ مريضة من مريضات اضطرابات الأكل)، وقد تراوحت أعمار العينة من (٢٦-٥٦) عاماً بمتوسط عمر قدره (٣٩,٣ ± ١٠,٢٥) عاماً، واستخدمت مقياس اضطرابات الأكل **Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)**، ومقياس العلاقات النفس جسمية متعدد الأبعاد **Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales (MBSRQ-AS)**، وبطارية المخططات المتعلقة بالمظهر العام - النسخة المنقحة **Appearance Schemas Inventory-Revised (ASI-R)** والتي تهدف إلى قياس صورة الجسم من خلال المعتقدات والافتراضات حول الشكل الخارجي للجسم، بالإضافة إلى ممارسة التعقل لمدة عشر أسابيع، وطبق المقاييس السابق ذكرها قبل ممارسة التعقل وبعده، وتوصلت النتائج إلى أن المرضى قد أظهروا تحسناً دالاً خاصة في تقدير الذات، كما أن هناك انخفاضاً في مستوى القلق حول الوزن والشكل، بالإضافة إلى تحسن صورة الجسم، في حين لم يكن التعقل فعالاً في خفض الكرب النفسي المصاحب لاضطرابات الأكل.

وقام ماسودا ووينديل (Masuda and Wendell 2010) بدراسة بعنوان التعقل كمتغير معدل للعلاقة بين الكرب النفسي واضطرابات الأكل، وتمثلت عينة الدراسة في (ن=٦٢٥ مبحوثاً، منهم ٤٨٥ أنثى و١٤٠ ذكرًا) بمدى عمري يتراوح بين (١٦-٤٨) عاماً، بمتوسط عمر قدره (٢٠,٤٠ ± ٤,٢٠) عاماً، وتم استخدام مقياس التشوه المعرفي الخاص باضطرابات الأكل **Disordered Eating-related Cognitions**، ومقياس التعقل **The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)**، ومقياس

الكرب الانفعالي المرتبطة بالضغط بين الشخصية ومواقف الخطر **The Interpersonal Reactivity Index-Personal Distress (IRI-PD)** ، وأشارت النتائج إلى أن التعقل يعدل العلاقة بين التشوه المعرفي المرتبط باضطرابات الأكل والشعور بالكرب النفسي، كما يوجد علاقة طردية بين اضطرابات الأكل والشعور بالكرب النفسي، كما يوجد علاقة عكسية بين التعقل واضطرابات الأكل؛ وبين التعقل والكرب النفسي.

وقام لوريللو وديفيد (2013) **Lorello and David** بدراسة حول التأمل والتعقل والضغط والكرب النفسي، وتكونت عينة الدراسة في (ن=١٠٠ مبحوثاً) من ممارسي التعقل في مجتمعات أمريكا الشمالية، والتي تراوحت أعمارهم ما بين ١٩-٧٣ عامًا، وكانت نسبة الإناث ٧٢%، بينما نسبة الذكور ٢٨%، وتم استخدام قائمة مسحية لأحداث الحياة الضاغطة **The Life events Survey** (LES)، واستبيان العوامل الخمسة للتعقل **The Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)** ، وأشارت النتائج إلى أن التعقل متغير معدل للعلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والكرب النفسي، كما أن التعقل يخفف من أعراض الكرب النفسي حتى مع زيادة ضغوط الحياة.

ولتحديد مستوى مهارات التعقل عند مرضى اضطرابات الأكل قام هيرناندو وآخرون (2019) **Hernando and et al.** بدراسة هدفت إلى بيان الفروق بين مرضى اضطرابات الأكل والأصحاء في التعقل والاجترار واستراتيجيات التعايش، وتمثلت العينة في (ن=٥٠ فرداً) مقسمة على مجموعتين، مجموعة من مرضى اضطرابات الأكل ومجموعة من الأصحاء، تراوحت أعمارهن ما بين ١٣-٢١ عامًا، وتم قياس التعقل بواسطة مقياس **Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)** ، وقياس الاجترار واستراتيجيات التعايش استخدم مقياس **The original Response Styles Questionnaire (RSQ)** وأشارت النتائج إلى أن مرضى اضطرابات الأكل لديهم ضعف في مهارات التعقل واستراتيجيات التعايش، كما توجد علاقة طردية بين التعقل واستراتيجيات التعايش.

كما هدف سميث وآخرون (2019) **Smith and et al** إلى دراسة العلاقة بين نهم الطعام وفقدان السيطرة على سلوك تناول الطعام والتعقل لدى السيدات ذوات الوزن الزائد واللاتي يبحثن عن علاج لخفض الوزن، وتمثلت عينة الدراسة في (ن=١٠١ مبحوثة)، وقد تراوحت أعمارهن ما بين (٤٥-٦٥) عامًا، حيث طبق عليهن مقياس اضطرابات الأكل **Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)** ، ومقياس **Loss Of Control Over Eating Disorder (LOCES)** لقياس مدى فقدان السيطرة على الطعام، ومقياس التعقل **Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)**، بالإضافة إلى مقياس **Langer Mindfulness Scale (LMS)**، وقد توصلت النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين التعقل ونهم الطعام، كما يوجد علاقة عكسية بين التعقل وفقدان السيطرة على سلوك تناول الطعام.

## ثانياً: التنظيم الانفعالي في علاقته بالكرب النفسي لدى مرضى اضطرابات الأكل :

فيما يتعلق بالتنظيم الانفعالي وعلاقته بالكرب النفسي واضطرابات الأكل قام بريتاني وبريت (2012) **Brittani and Berbette** بدراسة بعنوان التنظيم الانفعالي كمتغير وسيط في العلاقة بين الألكسيثيميا واضطرابات الأكل، وتكونت عينة الدراسة من (ن = 158 طالبة) تراوحت أعمارهن ما بين (18-22) عامًا، بمتوسط عمر قدره (19,23 ± 1,23) عامًا، وقد تم استخدام كلاً من مقياس **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)** ومقياس **Negative Mood Regulation (NMR)** لقياس التنظيم الانفعالي، ومقياس **Epidemiologic Studies Depression Scale** لتحديد شدة الأعراض الاكتئابية، ومقياس الأكل ثلاثي العوامل **The three Factors Eating Questionnaire (TFEQ)**، ومقياس الشره العصبي **Bulimia Test- Revised**، بالإضافة إلى مقياس الألكسيثيميا **Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)**، حيث توصلت النتائج إلى أن صعوبة التنظيم الانفعالي تعد منبئة بالشره العصبي، كما أن صعوبة التنظيم الانفعالي تزيد من أعراض الشره العصبي، كما أن هناك علاقة طردية دالة بين الاكتئاب وصعوبة التنظيم الانفعالي وبين الاكتئاب واضطرابات الأكل.

وقد قام سلون وآخرون (2018) **Sloan et al.** بدراسة هدفت إلى الكشف عن دور الكرب النفسي في العلاقة بين ضعف التنظيم الانفعالي واضطرابات الأكل، وتكونت العينة من (ن = 284 مبحوثاً) منهم 58,4% إناث و 41,6% ذكور، بمتوسط عمر قدره (20,75 ± 2,12) عامًا، يث تم استخدام مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي **The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)**، ومقياس الضغوط والقلق والاكتئاب **The Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21)**، ومقياس اتجاهات نحو اضطرابات الأكل **The Eating Disorders Attitude Test (EAT-26)**، لتشير النتائج إلى أن ضعف التنظيم الانفعالي والكرب النفسي ينبئان باضطرابات الأكل، كما أن الأعراض الاكتئابية تؤثر بشكل دال في العلاقة بين ضعف التنظيم الانفعالي واضطرابات الأكل، بينما لا تسهم أعراض القلق في تلك العلاقة.

## تعقيب عام على الدراسات السابقة:

- من خلال العرض السابق للدراسات السابقة نورد عددًا من الملاحظات، نجلها في النقاط التالية:
- 1 - قلة عدد الدراسات التي تناولت العلاقة بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل، سواء ذوات فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي.
  - 2 - تعارض بعض نتائج الدراسات السابقة حول علاقة التعقل بأعراض اضطرابات الأكل.
  - 3 - يوجد اختلاف بين الدراسات في الأدوات المستخدمة لقياس التعقل مما يؤدي إلى صعوبة المقارنة بين نتائج الدراسات.

- ٤ - كما يوجد اختلاف بين الدراسات في الأدوات المستخدمة لقياس اضطرابات الأكل مما يؤدي إلى صعوبة المقارنة بين نتائج الدراسات.
- ٥ - اختلاف المدى العمري للعينات فبعض الدراسات كدراسة لوريللو وديفيد ودراسة ماسودا ووينديل ودراسة إرب (Lorello & David, 2013; Masuda & Wendell, 2010; Erb, 2010) اعتمدت على مدى واسع من العمر تراوح بين (١٩-٧٣) عامًا، بينما اعتمدت دراسات أخرى كدراسة بريتاني وبريت ودراسة هيرناندو وآخرون ودراسة سلون وآخرون (Brittani & Berbette, 2012; Hernando, et al., 2019; Sloan, et al., 2018) على مدى عمري أصغر تراوح بين (١٣-٢١) عامًا، مما يجعل هناك صعوبة في مقارنة النتائج على مستوى العمر.
- ٦ - قلة الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل.

### فروض الدراسة :

من خلال نتائج الدراسات السابقة، يمكن صياغة الفروض على النحو التالي:

- ١ - توجد علاقة ارتباطية سلبية بين التعقل والكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل.
- ٢ - توجد علاقة ارتباطية سلبية بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل.
- ٣ - يُسهّم التعقل والتنظيم الانفعالي في التنبؤ بالكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل.

### المنهج والاجراءات :

#### أولاً : منهج الدراسة:

اعتمدا الباحثان على المنهج الوصفي الارتباطي؛ حيث إنه يتناسب مع طبيعة الدراسة وتساؤلاتها واختبار فروضها .

#### ثانياً : عينة الدراسة وخصائصها:

تكونت عينة الدراسة من (٣٠٠) طالبة من طالبات جامعة القاهرة ؛ تراوحت أعمارهن من (١٨-٢٣) عامًا، بمتوسط عمر قدره  $M(19.64 \pm 1.20)$  وتم اختيار الطالبات من الكليات النظرية بجامعة القاهرة وهي كلية (الحقوق - التجارة - الآداب - الخدمة الاجتماعية - دار العلوم). وذلك تجنبًا للضغوط التي تسببها الكليات العملية للطالبات. ثم تم اختيار عينة مكونة من مجموعتين على النحو التالي:

أ) مجموعة فقدان الشهية العصبي : وتكونت من (ن=٧٥) طالبة من المرتفعات في أعراض فقدان الشهية العصبي؛ وتمثل الربع الأعلى من العينة الأساسية (ن=٣٠٠) مبحوثة بناء على درجاتهن على مقياس فقدان الشهية العصبي إعداد زينب شقير (٢٠٠٠)، وكان متوسط العمر (م= ١٩,٨٨±١,١٩) عامًا.

ب) مجموعة الشره العصبي : وتكونت من (ن=٧٥) طالبة من المرتفعات في أعراض الشره العصبي؛ وتمثل الربع الأعلى من العينة الأساسية (ن=٣٠٠) مبحوثة بناءً على درجاتهن على مقياس الشره العصبي إعداد زينب شقير (٢٠٠٠)، وكان متوسط العمر (م= ١٩,٩٤±١,١٤) عامًا.

وفيما يلي خصائص العينة بمجموعتيها، وهما:

#### ١ - التعليم :

يوضح الجدول رقم (١) توزيع أفراد العينة على متغير التعليم، حيث تم الاقتصار على مراحل التعليم الجامعي الأساسية واستبعاد طلاب الدراسات العليا لأنها فئة غير مستهدفة في الدراسة.

جدول رقم (١) يوضح توزيع أفراد العينة على متغير التعليم الذي تنتمي إليه أفراد العينة الأساسية

اضطرابات الأكل	مجموعة فقدان الشهية العصبي	(النسبة)	مجموعة الشره العصبي	(النسبة)	كا <sup>٢</sup>	الدلالة
الفرقة الأولى	١٧	(%١١,٣)	١٦	(%١٠,٧)	٠,٩١٥	غير دالة
الفرقة الثانية	٢٣	(%١٥,٣)	٢١	(%١٤,٠)		
الفرقة الثالثة	٢٠	(%١٣,٣)	٢٤	(%١٦,٠)		
الفرقة الرابعة	١٥	(%١٠,٠)	١٤	(%٩,٣)		

#### ٢ - الوزن الحالي :

يوضح الجدول رقم (٢) توزيع أفراد العينة على متغير الوزن الحالي للمبحوثات في كل من المجموعتين؛ وتم تقسيم الوزن الحالي بالكيلو جرام إلى خمسة فئات وهي [ (٤٠-٥٥) كجم، (٥٦-٧٠) كجم، (٧١-٨٥) كجم، (٨٦-١٠٠) كجم، (١٠١-١١٥) كجم ] كالتالي:

جدول رقم (٢) يوضح توزيع أفراد العينة على متغير الوزن الحالي للأفراد العينة

اضطرابات الأكل	مجموعة فقدان الشهية العصبي	(النسبة)	مجموعة الشره العصبي	(النسبة)	كا <sup>٢</sup>	الدلالة
(٤٠-٥٥) كجم	٢٠	(%١٣,٣)	١٣	(%٨,٧)	٠,٢٢٣	غير دالة
(٥٦-٧٠) كجم	٢٨	(%١٨,٧)	٣٤	(%٢٢,٧)		
(٧١-٨٥) كجم	٢٥	(%١٦,٧)	٢١	(%١٤,٠)		
(٨٦-١٠٠) كجم	٢	(%١,٣)	٥	(%٣,٣)		
(١٠١-١١٥) كجم	٠	(%٠,٠)	٢	(%١,٣)		

### ٣ - معدل كتلة الجسم:

تم تقسيم متغير معدل كتلة الجسم لأربعة فئات وفق مؤشر يتدرج من النحافة إلى السمنة وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (٣) يوضح توزيع أفراد العينة على متغير معدل كتلة الجسم

الدالة	كا	(النسبة)	مجموعة الشره العصبي	(النسبة)	مجموعة فقدان الشهية العصبي	اضطرابات الأكل كتلة الجسم	المؤشر
غير دالة	٠,٦٠٥	(%٢٠,٧)	٣١	(%٢٤,٧)	٣٧	أقل من (١٨,٥) كجم	مؤشر النحافة
		(%٢١,٣)	٣٢	(%٢٠,٠)	٣٠	(٢٤,٩-١٩) كجم	مؤشر الوزن المثالي
		(%٦,٠)	٩	(%٤,٧)	٧	(٢٩,٩-٢٥) كجم	مؤشر زيادة الوزن
		(%٢,٠)	٣	(%٠,٧)	١	(٣٠ فأكثر) كجم	مؤشر السمنة

### ٤ - العلاج الحالي :

يوضح الجدول رقم (٤) توزيع العينة على متغير العلاج الحالي من اضطرابات الأكل، حيث تم تقسيم ذلك المتغير لفئتين فقط وهي (نعم/ لا) وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (٤) يوضح توزيع أفراد العينة على متغير العلاج الحالي من اضطرابات الأكل

الدالة	كا	(النسبة)	مجموعة الشره العصبي	(النسبة)	مجموعة فقدان الشهية العصبي	اضطرابات الأكل العلاج الحالي
غير دالة	٠,٣٧٣	(%٦,٧)	١٠	(%٩,٣)	١٤	نعم
		(%٤٣,٣)	٦٥	(%٤٠,٧)	٦١	لا

### ثالثاً : وصف أدوات الدراسة :

تمثلت أدوات الدراسة الحالية في أربعة مقاييس بالإضافة لاستمارة البيانات الشخصية والديموجرافية وهي كالتالي:

- ١ - مقياس التعقل (تأليف Baer, et al, 2006؛ ترجمة الباحثين).
  - ٢ - مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي (تأليف Gratz & Roemer, 2004؛ ترجمة الباحثين).
  - ٣ - مقياس الكرب النفسي (إعداد الباحثين).
  - ٤ - مقياس أعراض اضطرابات الأكل ويشمل فقدان الشهية العصبي والشره العصبي (تأليف زينب محمود شقير، ٢٠٠٠).
- وفيما يلي عرض لمقاييس الدراسة:

## [1] مقياس التعقل (تأليف Baer, et al., 2006؛ ترجمة الباحثين):

### وصف المقياس:

يعتمد هذا المقياس على التقرير الذاتي ويقاس خمسة أبعاد للتعقل وهي (الملاحظة؛ الوصف؛ التصرف بوعي؛ عدم إصدار أحكام؛ عدم الاستجابة الانفعالية) ويتكون المقياس في نسخته الأصلية من ٣٩ بنداً. به خمسة بدائل للإجابة تتضمن (لا ينطبق؛ ينطبق إلى حد ما؛ ينطبق بدرجة متوسطة؛ ينطبق بدرجة كبيرة، ينطبق بدرجة كبيرة جداً). وتتراوح درجاته بين (٣٩-١٩٥) درجة. وبعد ترجمة المقياس وتقسيم بنوده وفق أبعاده وتحكيمة تكونت الصورة النهائية للمقياس بعد الحذف والتعديل من ٣٦ بنداً. مقسمة إلى خمسة أبعاد كالتالي:

- أ) الملاحظة وتمثله البنود من (١-٨).
- ب) الوصف وتمثله البنود من (٩-١٥).
- ج) التصرف بوعي وتمثله البنود من (١٦-٢٢).
- د) عدم إصدار أحكام وتمثله البنود من (٢٣-٣٠).
- هـ) عدم الاستجابة للانفعالات وتمثله البنود من (٣١-٣٦).

### تصحيح المقياس:

يجيب الفرد على كل بند باختيار بديلاً واحداً فقط من بدائل الإجابة؛ ويعطي البديل (لا ينطبق) الوزن (١)؛ والبديل (ينطبق إلى حد ما) يعطي الوزن (٢)؛ والبديل (ينطبق بدرجة متوسطة) يعطي الوزن (٣)؛ ويعطي البديل (ينطبق بدرجة كبيرة) الوزن (٤)؛ والبديل (ينطبق بدرجة كبيرة جداً) يعطي الوزن (٥). كما يوجد عدداً من البنود العكسية والتي تصحح بشكل عكسي (١=٥؛ ٢=٤؛ ٣=٣؛ ٤=٢؛ ١=٥). وهي البنود رقم (١١، ١٣، ١٦، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٠).

وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (٣٦-١٨٠) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع مستوى التعقل.

### الخصائص السيكومترية لمقياس التعقل :

وللتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس قام الباحثين بحساب الصدق والثبات للمقياس على مجموعتين من الطالبات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والشرة العصبي كل مجموعة على حدة؛ ووصل عددهن إلى ن=٦٠) مبحوثة منهن (٣٠) مبحوثة من ذوات أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي و(٣٠) مبحوثة من ذوات أعراض اضطراب الشرة العصبي] تراوحت أعمارهن ما بين (١٨-٢٣) عاماً؛ بمتوسط عمر قدره (١٩,٩٦ ± ١,٢٢) من الكليات النظرية بجامعة القاهرة (كلية الآداب والحقوق والتجارة والخدمة الاجتماعية ودار العلوم).

## أولاً : تقدير صدق المقياس:

تم استخدام الصدق الظاهري (صدق المحكمين) وصدق المفهوم لتقدير صدق المقياس كالتالي:

١ - الصدق الظاهري (صدق المحكمين) : تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرضه على مجموعة من المتخصصين في مجال علم النفس وعددهم (١٠) محكمين<sup>١</sup> - وبعد العرض على مجموعة من المحكمين تم حذف ثلاثة بنود لتكرار مضمونها وهي (البند رقم ١٢ لتكرار مضمونه مع البند رقم ٩ لكنه في الاتجاه العكسي؛ وتم حذف البند رقم ٢٤ لتكرار مضمونه مع البند رقم ٢٢؛ كما تم حذف البند رقم ٣٨ لتكرار مضمونه مع البند رقم ٣٥)؛ كما تم تعديل ترجمة عدداً من البنود للإضاحة وهم (البند رقم ١-٢-٤-١٦-١٧-٢١-٣١-٣٧)؛ وقد حصلت الفقرات على نسبة اتفاق بين المحكمين تتراوح بين ٩٠-١٠٠%. مما يشير إلى الصدق الظاهري للمقياس.

٢ - صدق المفهوم : للتحقق من الاتساق الداخلي للمقياس من خلال صدق المفهوم؛ تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بُعد فرعي من أبعاد المقياس على حدة بالدرجة الكلية للمقياس وذلك على العينة المشار إليها من قبل؛ ويوضح الجدول رقم (٥) قيمة معاملات الارتباط كالتالي:

جدول رقم (٥) يوضح معاملات الارتباط بين المكونات الفرعية لمقياس التعقل والدرجة الكلية للمقياس

مجموعة الشرة العصبي (ن=٣٠)	مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)	معامل ارتباط المكون بالدرجة الكلية لمقياس التعقل
٠,٢٥٧	* ٠,٤٥٣	الملاحظة
٠,٢٨٢	* ٠,٤٦١	الوصف
** ٠,٦٤٤	** ٠,٥٠٩	التصرف بوعي
** ٠,٦٩٢	** ٠,٥٤٨	عدم إصدار أحكام
** ٠,٦٧٢	* ٠,٤٢٣	عدم الاستجابة للأنفعالات

\* دال عند مستوى ٠,٠٥. \*\* دال عند مستوى ٠,٠١

يوضح الجدول السابق رقم (٥) أن مقياس التعقل يتمتع بدرجة مقبولة من صدق المفهوم من خلال ارتباط مكوناته بالدرجة الكلية على المقياس، باستثناء مكون الملاحظة لم يكن ارتباطه دالاً لدى ذوات الشرة العصبي، في حين كان دالاً لدى ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي؛ وكذلك الأمر لمكون الوصف لم يكن ارتباطه دالاً لدى ذوات الشرة العصبي، في حين كان دالاً لدى ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي.

(١) تشكر الباحثين السادة الأساتذة المحكمين من جامعة القاهرة وهم (د./ أميمة سعيد؛ د./ آية الله عبده؛ د./ إيمان رمضان؛ د./ راندة رضا؛ د./ صابرين فتحي؛ د./ مي إدريس؛ د./ نصره منصور) والسادة الأساتذة من جامعة حلوان (د./ داليا نبيل؛ د./ رشا محمد؛ د./ هبة محمود).

## ثانياً : ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس بطريقتي القسمة النصفية والفا كرونباخ كالآتي:

### ثبات ألفا كرونباخ و ثبات القسمة النصفية :

تم حساب ثبات ألفا كرونباخ وثبات القسمة النصفية لدى المجموعتين مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان- بروان في حالة تساوي عدد بنود النصفين، وتطبيق معادلة جوتمان في حالة الاختلاف؛ ويوضح الجدول رقم (٦) هذا الاجراء:

جدول رقم (٦) يوضح معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بين المكونات الفرعية

### لمقياس التعقل والدرجة الكلية للمقياس

مجموعة الشرح العصبي (ن=٣٠)		مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)		طريقة حساب الثبات
القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	مكونات مقياس التعقل
٠,٥٨٩	٠,٦٤٧	٠,٥٤٧	٠,٦١٨	الملاحظة
٠,٣٩٧	٠,٣٦٩	٠,٢٥٧	٠,٤٣٠	الوصف
٠,٤٠٦	٠,٦٦٠	٠,٤١٧	٠,٥٥٢	التصرف بوعي
٠,٧٦١	٠,٧٩٣	٠,٧٦١	٠,٧٨٢	عدم إصدار أحكام
٠,٤١٥	٠,٤٢٤	٠,٦٨٣	٠,٦٦٩	عدم الاستجابة للانفعالات
٠,٧٠٠	٠,٦٧٩	٠,٦٩٨	٠,٦٢١	الدرجة الكلية لمقياس التعقل

يتضح من الجدول رقم (٦) أن مقياس التعقل يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة ومناسبة لدى مجموعتي الدراسة كل مجموعة على حدة؛ بينما تميل للانخفاض في مكون الوصف لدى المجموعتين.

## [٢] مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي (تأليف Baer, et al., 2006؛ ترجمة الباحثين):

### وصف المقياس:

اعتمد هذا المقياس على التقرير الذاتي والذي يقيس ستة أبعاد لصعوبة التنظيم الانفعالي وهي (عدم تقبل الاستجابة الانفعالية، صعوبة تحقيق الأهداف، صعوبة التحكم في السلوكيات الاندفاعية، ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية، ضعف استخدام الاستراتيجيات الفعالة لتنظيم الانفعال، ضعف وضوح الاستجابة الانفعالية) ويتكون المقياس في نسخته الأصلية من ٣٦ بنداً. به خمسة بدائل للإجابة تتضمن (أبداً، أحياناً، غالباً، كثيراً، دائماً). وبعد ترجمة المقياس وتقسيم بنوده وفق أبعاده وتحكيمة تكونت الصورة النهائية للمقياس بعد الحذف والتعديل من ٣٤ بنداً. مقسمة إلى ستة أبعاد كالتالي:

أ) عدم تقبل الاستجابة الانفعالية وتمثله البنود من (١-٥).

ب) صعوبة تحقيق الأهداف وتمثله البنود من (٦-١٠).

ج) صعوبة التحكم في السلوكيات الاندفاعية وتمثله البنود من (١١-١٥).

- د) ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية وتمثله البنود من (١٦-٢١).
- هـ) ضعف استخدام الاستراتيجيات الفعالة لتنظيم الانفعال وتمثله البنود من (٢٢-٢٩).
- و) ضعف وضوح الاستجابة الانفعالية وتمثله البنود من (٣٠-٣٤).

#### تصحيح المقياس:

يجيب الفرد على كل بند باختيار بديل واحد فقط من بدائل الإجابة؛ ويعطى البديل (لا ينطبق) الوزن (١)؛ والبديل (ينطبق إلى حد ما) يعطى الوزن (٢)؛ والبديل (ينطبق بدرجة متوسطة) يعطى الوزن (٣)؛ ويعطى البديل (ينطبق بدرجة كبيرة) الوزن (٤)؛ والبديل (ينطبق بدرجة كبيرة جداً) يعطى الوزن (٥). كما يوجد عدد من البنود العكسية والتي تصحح بشكل عكسي (١=٥؛ ٢=٤؛ ٣=٣؛ ٤=٢؛ ٥=١). وهي البنود رقم (٨، ١٤، ١٦، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢١، ٢٤، ٣٠، ٣٣)؛ وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (٣٤-١٧٠) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع مستوى صعوبة التنظيم الانفعالي؛ وتشير الدرجة المنخفضة على المقياس إلى ارتفاع مستوى التنظيم الانفعالي.

#### الخصائص السيكومترية لمقياس صعوبات التنظيم الانفعالي:

وللتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس قام الباحثان بحساب الصدق والثبات للمقياس:

#### أولاً: تقدير صدق المقياس:

تم استخدام الصدق الظاهري (صدق المحكمين) وصدق المفهوم لتقدير صدق المقياس كالتالي:

١ - الصدق الظاهري (صدق المحكمين) : تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرضه على مجموعة من المتخصصين في مجال علم النفس - وبعد عرضه على مجموعة من المحكمين (المشار إليهم من قبل) تم حذف عدد بندين فقط لتكرار مضمونهما وهما (البند رقم ٦ لتكرار مضمونه مع البند رقم ١، والبند رقم ١٦ لتكرار مضمونه مع البند رقم ١٥ ولكن في الاتجاه العكسي)؛ كما تم تعديل صياغة عددا من البنود وهي (البند رقم ١، ٧، ٨، ١٨، ٢١، ٢٢، ٢٧، ٣٠، ٣٣، ٣٥) وقد حصلت الفقرات على نسبة اتفاق بين المحكمين تراوحت بين ٩٠-١٠٠% مما يشير إلى الصدق الظاهري للمقياس.

٢ - صدق المفهوم : وللتحقق من الاتساق الداخلي للمقياس من خلال صدق المفهوم؛ تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بُعد فرعي من أبعاد المقياس على حدة بالدرجة الكلية للمقياس على العينة المشار إليها؛ ويوضح الجدول رقم (٧) قيمة معاملات الارتباط كالتالي:

جدول رقم (٧) يوضح معاملات الارتباط بين المكونات الفرعية لمقياس صعوبات التنظيم الانفعالي والدرجة الكلية للمقياس

مجموعة الشرح العصبي (ن=٣٠)	مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)	معامل ارتباط المكون بالدرجة الكلية لمقياس صعوبات التنظيم الانفعالي
*٠,٤٤٢	*٠,٣٨٥	عدم تقبل الاستجابة الانفعالية
**٠,٥٤١	**٠,٦٧١	صعوبة تحقيق الأهداف
**٠,٥٦٨	**٠,٦٢٨	صعوبة التحكم في السلوكيات الاندفاعية
٠,٢٦٧	٠,١٣٣	ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية
**٠,٨٩٩	**٠,٩١٩	ضعف استخدام الاستراتيجيات الفعالة لتنظيم الانفعال
**٠,٦١٧	**٠,٦٣١	ضعف وضوح الاستجابة الانفعالية

\* دال عند مستوى ٠,٠٥ . \*\* دال عند مستوى ٠,٠١

وبالنظر في الجدول السابق رقم (٧) يتبين أن معاملات الارتباط دالة، فيما عدا مكون ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية، حيث لم يكن ارتباطه دالاً لدى المجموعتين، ونظرًا لتمتعه بالصدق الظاهري وفقًا لتقديرات المحكمين تم الإبقاء عليه، ويحتاج لمزيد من الدراسات المستقبلية.

**ثانيًا : ثبات المقياس:**

تم حساب الثبات لمقياس التنظيم الانفعالي بطريقتي القسمة النصفية والفا كرونباخ:

**ثبات ألفا كرونباخ و ثبات القسمة النصفية :**

تم حساب ثبات ألفا كرونباخ و ثبات القسمة النصفية لدى المجموعتين مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان- بروان في حالة تساوي عدد بنود النصفين، وتطبيق معادلة جوتمان في حالة الاختلاف؛ ويوضح الجدول رقم (٨) هذا الإجراء:

جدول رقم (٨) يوضح معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بين المكونات الفرعية لمقياس صعوبات التنظيم الانفعالي والدرجة الكلية للمقياس

مجموعة الشرح العصبي (ن=٣٠)		مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)		طريقة حساب الثبات
القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	مكونات مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي
٠,٥٩٩	٠,٦٩٨	٠,٦٢٧	٠,٦٩٢	عدم تقبل الاستجابة الانفعالية
٠,٤٥٧	٠,٤٧٠	٠,٦٠٠	٠,٦٣٨	صعوبة تحقيق الأهداف
٠,٤٥٧	٠,٤٧٢	٠,٧٦٢	٠,٦٠٥	صعوبة التحكم في السلوكيات الاندفاعية
٠,٧٣٣	٠,٥١٩	٠,٦٠٢	٠,٥٠٦	ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية
٠,٩٠٠	٠,٧٧٩	٠,٦٩٦	٠,٧٥٤	ضعف استخدام الاستراتيجيات الفعالة لتنظيم الانفعال
٠,٦٩١	٠,٦٧٢	٠,٥١٦	٠,٤١٧	ضعف وضوح الاستجابة الانفعالية
٠,٨٦٢	٠,٧٩٦	٠,٧٠٠	٠,٧٨٩	الدرجة الكلية على مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي

يتضح من الجدول رقم (٨) أن مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة ومناسبة لدى مجموعتي الدراسة كل مجموعة على حدة.

### [٣] مقياس الكرب النفسي (إعداد الباحثين):

بعد مراجعة التراث والمقاييس النفسية المتاحة، رأى الباحثان أن هناك ضرورة لتصميم مقياس يختص بقياس الكرب النفسي، لأن المقاييس المتاحة في التراث العربي تتضمن أبعادًا غير مستهدفة في دراستنا الحالية؛ مثل مقياس الكرب النفسي لـ هبة سعيد (٢٠١٧) والذي تضمن بعد الوسواس القهري وتمثله بعض البنود مثل ( اتأخر في أداء عملي لأنني أكرر فعل الأشياء مرات ومرات؛ التزم بنظام روتيني شديد الصرامة عند نهوضي لعمل الأشياء العادية).

وتتضمن مكونات المقياس الحالي للكرب النفسي الشعور بالضغط والقلق والاكتئاب؛ والأعراض البدنية كالتعب والإجهاد البدني.

#### خطوات إعداد المقياس:

فيما يلي نعرض الخطوات المتبعة في إعداد المقياس وهي كالتالي:

أ) الاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة لمفهوم الكرب النفسي : ومن ذلك دراسات كلاً من (Cieurzo, 2002; Andrews, 2009; Hebard, 2015) ؛ سناء فيصل، ٢٠١٣؛ محمد أحمد شلبي وآخرون، ٢٠١٥).

ب) الاطلاع على المقاييس السابقة : تم الاطلاع على عدد من المقاييس التي صممت لقياس الكرب النفسي، وذلك بهدف الاستفادة من هذه المقاييس في إعداد المقياس الحالي، وهذه المقاييس ما يلي :

- مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (نصرة منصور، ٢٠٠٧).
- مقياس بيك للاكتئاب.
- مقياس تيلور للقلق.
- قائمة الأعراض المرضية لـ "هوبكنز" Hopkins Symptom Checklist (Green,1988).
- مقياس الكرب النفسي (عباس عبد جاسم، ٢٠١٨).
- مقياس الكرب النفسي (هبة سعيد، ٢٠١٧).

ج) صياغة البنود أو العبارات : بناءً على ما سبق تمت صياغة بنود المقياس الحالي والمكونة من (٤٥) بنداً أو عبارة تدور حول الكرب النفسي، وبعد عرض المقياس على السادة المحكمين المشار إليهم من قبل أصبح المقياس في صورته النهائية مكوناً من (٤٤) بنداً تدور حول الكرب النفسي. مقسمة إلى أربعة أبعاد كالتالي :

- ١ - الشعور بالضغط النفسي وتمثله البنود من (١-١٠).
- ٢ - الشعور بالقلق وتمثله البنود من (١١-٢٠).

٣ - الشعور بالاكنتاب وتمثله البنود من (٢١-٣٣).

٤ - الأعراض البدنية وتمثله البنود من (٣٤-٤٤).

د ( طريقة التصحيح : يجب الفرد على كل بند باختيار بديل واحد فقط من بدائل الإجابة؛ ويعطى البديل (لا ينطبق) الوزن (١)؛ والبديل (ينطبق إلى حد ما) يعطى الوزن (٢)؛ والبديل (ينطبق بدرجة متوسطة) يعطى الوزن (٣)؛ ويعطى البديل (ينطبق بدرجة كبيرة) الوزن (٤)؛ والبديل (ينطبق بدرجة كبيرة جدًا) يعطى الوزن (٥). ولا يوجد بنود عكسية، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (٢٢٠-٤٤) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع مستوى الشعور بالكرب النفسي.

#### الخصائص السيكومترية لمقياس الكرب النفسي:

وللتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس قام الباحثان بحساب الصدق والثبات للمقياس على النحو التالي:

#### أولاً : تقدير صدق المقياس:

تم الاعتماد على الصدق الظاهري (صدق المحكمين) وصدق المفهوم لتقدير صدق المقياس كالتالي:

١ - الصدق الظاهري (صدق المحكمين): تم عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين في مجال علم النفس والمشار إليهم من قبل، وبناءً على هذه الخطوة تم حذف البند رقم (٥) لتكرار مضمونه مع البند رقم (٣) وتم إعادة صياغة البند رقم (٣) والبند رقم (٨)؛ وقد حصلت الفقرات على نسبة اتفاق تتراوح بين ٩٠-١٠٠% مما يوضح صدق المقياس.

٢ - صدق المفهوم : وللتحقق من الاتساق الداخلي للمقياس من خلال صدق المفهوم؛ تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مكون فرعي من مكونات المقياس على حدة بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك على العينة المشار إليها من قبل، ويوضح الجدول رقم (٩) قيمة معاملات الارتباط كالتالي:

جدول رقم (٩) يوضح معاملات الارتباط بين المكونات الفرعية لمقياس الكرب النفسي والدرجة

#### الكلية للمقياس

معامل ارتباط المكون بالدرجة الكلية لمقياس الكرب النفسي	مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)	مجموعة الشره العصبي (ن=٣٠)
الشعور بالضغط النفسي	** ٠,٨٠٥	** ٠,٧٩٨
الشعور بالقلق	** ٠,٨٩٤	** ٠,٨٦٣
الشعور بالاكنتاب	** ٠,٩٣٦	** ٠,٩١١
الأعراض بدنية	** ٠,٧٧٤	** ٠,٨٥١

\* دال عند مستوى ٠,٠٥ . \* دال عند مستوى ٠,٠١ .

وبالنظر في الجدول السابق رقم (٩)، يتبين أن جميع معاملات الارتباط مرتفعة لدى المجموعتين، بما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من صدق المفهوم.

### ثانياً : ثبات المقياس:

تم حساب الثبات بطريقتي القسمة النصفية وألفا كرونباخ :

### ثبات ألفا كرونباخ وثبات القسمة النصفية :

حيث تم حساب ثبات ألفا كرونباخ وثبات القسمة النصفية لدى المجموعتين مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان - برونان في حالة تساوي عدد بنود النصفين، وتطبيق معادلة جوتمان في حالة الاختلاف؛ ويوضح الجدول رقم (١٠) هذا الإجراء:

جدول رقم (١٠) يوضح معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بين المكونات الفرعية لمقياس الكرب النفسي والدرجة الكلية للمقياس

مجموعة الشرح العصبي (ن=٣٠)		مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)		طريقة حساب الثبات
القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	مكونات مقياس الكرب النفسي
٠,٧١٣	٠,٧٦٥	٠,٨٥٩	٠,٨٣٩	الشعور بالضغط النفسي
٠,٨٨٨	٠,٨٥٠	٠,٩٥٢	٠,٨٧١	الشعور بالقلق
٠,٩٠٢	٠,٨٦٤	٠,٩١٦	٠,٩١٠	الشعور بالاكتئاب
٠,٨٩٩	٠,٨٨٧	٠,٨٩٤	٠,٨٩٥	الأعراض بدنية
٠,٩٦٣	٠,٩٤٤	٠,٩٧٩	٠,٩٥٤	الدرجة الكلية لمقياس الكرب النفسي

يتضح من الجدول رقم (١٠) أن مقياس الكرب النفسي يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة ومناسبة لدى مجموعتي الدراسة كل مجموعة على حدة.

[٤] مقياس أعراض اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي والشرح العصبي) (إعداد: زينب شقير، ٢٠٠٠) :

استخدم مقياس فقدان الشهية العصبي ومقياس الشرح العصبي لـ (زينب شقير، ٢٠٠٠)، وفيما يلي وصف المقياسين:

### أ ( مقياس فقدان الشهية العصبي :

يرتكز المقياس على عدد من الجوانب الهامة التي تحدد المظاهر الجسمية والعضوية، والخصائص المزاجية والعادات السلوكية المصاحبة لحالات فقدان الشهية العصبي، ويتكون المقياس من ٢٣ فقرة تشمل الجوانب الآتية :

- عادات الطعام مثل: كراهيته - رفضه - الإقلال منه - الصيام - القيئ - الغثيان - استخدام الأدوية المسببة لفقدان الشهية.
  - القلق من زيادة الوزن ومحاولة انقاصه.
  - الأعراض الجسمية والمزاجية المصاحبة لفقدان الشهية.
  - الانشغال الزائد بالشكل الخارجي وصورته الذهنية.
- ويجب الفرد على كل فقرة بالموافقة وتعطى الوزن (٢) أو بالمحايدة وعدم التأكد وتعطى الوزن (١) أو بالرفض وعدم الموافقة وتعطى الوزن (صفر).
- وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (صفر-٤٦) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع معدل فقدان الشهية العصبي لدى الفرد.
- وقد قننت "زينب شقير" المقياس على عينة قوامها (٤٠٠) طالب وطالبة (مناصفة بين الجنسين) بالفرقة الأولى بكلية التربية جامعة طنطا ممن يتراوح العمر الزمني لهم ما بين ١٨,٢ - ١٩,٦ عامًا.

#### الخصائص السيكومترية لمقياس فقدان الشهية العصبي:

##### أولاً: تقدير صدق المقياس:

- قامت مُعدة المقياس (زينب شقير، ٢٠٠٠) بحسابه بثلاث طرق وهي:
- أ) **الصدق الظاهري (صدق المحكمين)**: وقد تحقق أثناء بناء المقياس بعرضه على مجموعة من المتخصصين في مجال علم النفس والطب النفسي والصحة العامة وقد حصلت الفقرات على نسبة اتفاق تصل إلى ٩٠% فما فوق.
- ب) **الصدق التلازمي**: تم تطبيق المقياس على عينة التقنيين، كما تم تطبيق الاتجاه نحو الأكل تعريب "زينب شقير" على نفس العينة، وكان معامل الارتباط بين نتائج المقياسين (-٠,٤٨، للذكور، -٠,٥١ للإناث) بمستوى دلالة ٠,٠١، أي أن الاتجاه السلبي نحو الطعام صاحبه فقدان شهية عصبي.
- ج) **صدق التمييز**: بإجراء المقارنة الطرفية بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى لدرجات عيني الذكور والإناث (ن=١=٢=٨٠) ويوضح ذلك الجدول التالي:

#### جدول رقم (١١) صدق المقارنة الطرفية لمقياس فقدان الشهية العصبي

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت"	الدلالة
الذكور	الثلث الأعلى (ن=٢٦)	٢١,٠٨	٥,٠٩	١١,٧١	دالة عند ٠,٠١
	الثلث الأدنى (ن=٢٦)	٧,٨٥	٢,٤٣		
الإناث	الثلث الأعلى (ن=٢٦)	٢١,٠	٥,٢٣	١٠,١٨	دالة عند ٠,٠١
	الثلث الأدنى (ن=٢٦)	٨,٨٨	٢,٨٨		

يتضح من الجدول رقم (١١) أن المقياس يميز تمييزاً واضحاً بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى لدى كل من الذكور والإناث، ومن ثم يكون المقياس صادقاً لقياس حالات فقدان الشهية العصبي.

#### ثانياً : ثبات المقياس في الدراسة الحالية:

تم حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية بطريقتي القسمة النصفية والفا كرونباخ:

#### ثبات ألفا كرونباخ و ثبات القسمة النصفية:

تم حساب ثبات ألفا كرونباخ و ثبات القسمة النصفية لدى المجموعتين مع تصحيح الطول باستخدام معادلة جوتمان؛ ويوضح الجدول رقم (١٢) هذا الإجراء:

#### جدول رقم (١٢) يوضح معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بين المكونات الفرعية لمقياس فقدان الشهية العصبي والدرجة الكلية للمقياس

مجموعة الشره العصبي (ن=٣٠)		مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)		طريقة حساب الثبات
القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	مقياس فقدان الشهية العصبي
٠,٤٨٠	٠,٥٤٨	٠,٤٧٦	٠,٦١٦	الدرجة الكلية لمقياس فقدان الشهية العصبي

يتضح من الجدول رقم (١٢) أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس فقدان الشهية العصبي مقبولة لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي ومجموعة الشره العصبي.

#### ب) مقياس الشره العصبي :

يرتكز المقياس على عدد من الجوانب الهامة التي تحدد المظاهر الجسمية والعضوية والخصائص المزاجية والعادات السلوكية المصاحبة لحالات الشره العصبي، ويتكون المقياس من ٢٤ فقرة تشمل الجوانب الآتية:

أ) عادات الطعام: الإقبال المتزايد على تناول الطعام بشدة - تعدد مرات تناول الطعام (كثرة عدد الوجبات في اليوم) - الاهتمام الزائد بإعداد الطعام - تنوع الطعام.

ب) الاحتفاظ بوزن الجسم ثابتاً والقلق من زيادته.

ج) الأعراض الجسمية والمزاجية والذهنية المصاحبة لنوبات الشره.

د) الانشغال الزائد بشكل الجسم وصورته الذهنية.

ويجيب المفحوص على كل فقرة بالموافقة وتعطى الوزن (٢) أو بالمحايدة وعدم التأكد وتعطى الوزن (١) أو بالرفض وعدم الموافقة وتعطى الوزن (صفر). وبذلك تتراوح الدرجة على المقياس من (صفر - ٤٨).

لتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع معدل الإصابة بالشره العصبي لدى الفرد.

وقد قامت مؤلفة المقياس بتطبيق المقياس على طلاب وطالبات الفرقة الأولى بكلية التربية جامعة طنطا وعددهم (١٦٨٠) طالبًا وطالبة ممن يتراوح العمر الزمني لهم ما بين (١٨-١٩,٦) عامًا، وهي تلك الفترة التي يتزايد فيها معدل انتشار الإصابة بالشره العصبي، ثم تم ترتيب درجات الطلاب والطالبات تصاعديًا، وأجريت المعايير للمقياس على ٢٠٠ طالب، و ٢٠٠ طالبة وهم الذين حصلوا على أعلى الدرجات على المقياس، ثم تم اختيار ٨٠ طالبًا و ٨٠ طالبة عشوائيًا من العينة التي أجريت عليها معايير المقياس، واستخدم في إجراءات حساب الصدق.

### الخصائص السيكومترية لمقياس الشره العصبي:

#### أولاً : تقدير صدق المقياس:

قامت مُعدة المقياس (زينب شقير، ٢٠٠٠) بحسابه بثلاث طرق، وهي:

أ ( الصدق الظاهري : وقد تحقق أثناء بناء المقياس بعرضه على مجموعة من المتخصصين في مجال علم النفس وقد حصلت الفقرات على نسبة اتفاق ٩٠% فما فوق.

ب) الصدق التلازمي : تم تطبيق المقياس على عينة التقنين، كما تم تطبيق الاتجاه نحو الأكل تعريب "زينب محمود شقير" على نفس العينة، وكان معامل الارتباط بين نتائج المقياسين ٠,٥٣ للذكور، -٠,٧٤ للإناث بمستوى دلالة ٠,٠١، أي أن الاتجاه الإيجابي نحو الأكل صاحبه شره نحو الطعام.

ج) صدق التمييز: بإجراء المقارنة الطرفية بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى لدرجات عيني الذكور والإناث (ن=٢=٨٠)، ويوضح ذلك الجدول التالي:

الجدول رقم (١٣) صدق المقارنة الطرفية لمقياس الشره العصبي

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت"	الدلالة
الذكور	الثلث الأعلى (ن=٢٦)	١٩,١٩	٦,٠٣	٧,٢٣	دالة عند ٠,٠١
	الثلث الأدنى (ن=٢٦)	٩,٦٥	٢,٦٣		
الإناث	الثلث الأعلى (ن=٢٦)	٢٤,٩٦	٤,٢٦	٥,٧٨	دالة عند ٠,٠١
	الثلث الأدنى (ن=٢٦)	١٩,٥٨	١,٩٠		

يتضح من الجدول رقم (١٣) أن المقياس يميز تمييزًا واضحًا بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى لدى الذكور والإناث، ومن ثم يكون المقياس صادقًا لقياس حالات الشره العصبي.

#### ثانيًا : ثبات المقياس في الدراسة الحالية:

تم حساب ثبات مقياس الشره العصبي في الدراسة الحالية بطريقتي القسمة النصفية والفا كرونباخ :

## ثبات ألفا كرونباخ و ثبات القسمة النصفية:

تم حساب ثبات ألفا كرونباخ و ثبات القسمة النصفية لدى المجموعتين مع تصحيح الطول باستخدام معادلة جوتمان، ويوضح الجدول رقم (١٤) هذا الإجراء:

### جدول رقم (١٤) يوضح معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بين المكونات الفرعية لمقياس الشره العصبي والدرجة الكلية للمقياس

مجموعة الشره العصبي (ن=٣٠)		مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)		طريقة حساب الثبات
القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	مقياس الشره العصبي
٠,٣٣٦	٠,٢٦٢	٠,٧٦٧	٠,٧١٢	الدرجة الكلية لمقياس الشره العصبي

يتضح من الجدول رقم (١٤) أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس الشره العصبي مقبولة لدى عينة فقدان الشهية العصبي وتميل إلى الانخفاض لدى عينة الشره العصبي.

### إجراءات التطبيق :

بعد أخذ موافقة الطالبة على تطبيق المقاييس تم التطبيق بشكل فردي وجه لوجه، أو في مجموعات صغيرة تتراوح بين (٢-٣) طالبات؛ وتم تقديم كل المقاييس كبطارية واحدة معاً في جلسة واحدة، واستغرق التطبيق مدة تتراوح بين ٣٠-٤٥ دقيقة. وتم التطبيق في الفترة بين ١٠-٨-٢٠٢١، و٢٨-١٢-٢٠٢١، وتم التطبيق في ساحات كلية (الأداب، حقوق، تجارة، دار علوم، خدمة إجتماعية)<sup>٢</sup>.

### عرض النتائج ومناقشتها: نعرض نتائج الدراسة الحالية في ثلاث محاور هي:

- ١ - العلاقة بين التعقل والكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل.
- ٢ - العلاقة بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل.
- ٣ - دور التعقل والتنظيم الانفعالي في التنبؤ بالكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل.

وفيما يلي نعرض لكل منها بالتفصيل.

**أولاً :** فيما يتعلق بالعلاقة بين التعقل والكرب النفسي، تم حساب معامل الارتباط الخطي

"بيرسون" لكل مجموعة على حدة :

<sup>٢</sup> نظراً لأن التطبيق يستغرق مده كبيرة تتراوح بين ٣٠-٤٥ دقيقة فكان هناك صعوبة في التطبيق داخل المدرجات.

[١] علاقة التعقل ومكوناته الفرعية بالكرب النفسي ومكوناته الفرعية لدى عينة فقدان الشهية العصبي :

تم حساب معامل الارتباط الخطي لبيرسون" بين التعقل ومكوناته الفرعية والكرب النفسي ومكوناته الفرعية لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي كما يوضحه الجدول رقم (١٥).

جدول رقم (١٥) يوضح العلاقة بين التعقل وأبعاده الفرعية والكرب النفسي وأبعاده الفرعية لدى عينة فقدان الشهية العصبي (ن=٧٥)

الكرب النفسي	الشعور بالضغط النفسي	الشعور بالقلق	الشعور بالاكئاب	الأعراض البدنية	الدرجة الكلية للكرب النفسي
التعقل	٠,٠٦٦-	٠,٠٦٩-	٠,٢٢٠-	٠,٠٨١	٠,٠٩١-
الملاحظة	٠,٠٧٤-	٠,٠٧٠	٠,٠١٩-	٠,٠٢٤	٠,٠١٤
الوصف	٠,٤٥٥-	٠,٤٣٥-	٠,٤١٠-	٠,٢٥٣*	٠,٤٦٧**
التصرف بوعي	٠,٣٣٣-	٠,٢٩١-	٠,٢٣٧-	٠,٠٩٥-	٠,٢٨٣*
عدم إصدار أحكام	٠,١١١-	٠,١٢٥-	٠,٠٦١-	٠,٠٤٧-	٠,١٠٠-
عدم الاستجابة للانفعالات	٠,٤٥١-	٠,٣٨٤-	٠,٣٩٩-	٠,١٢٦-	٠,٤٠٨**
الدرجة الكلية للتعقل					

\* دال عند مستوى ٠,٠٥ . \*\* دال عند مستوى ٠,٠١

باستقراء الجدول رقم (١٥) يتضح عدم وجود علاقة بين مكون (الملاحظة، والوصف وعدم الاستجابة للانفعالات) كل مكون على حدة بالكرب النفسي بمكوناته الفرعية؛ كما يلاحظ وجود علاقة سلبية دالة إحصائياً بين مكون التصرف بوعي والكرب النفسي بمكوناته الفرعية؛ كما يوجد علاقة سلبية دالة إحصائياً بين مكون عدم إصدار أحكام ومكونات الكرب النفسي الفرعية ماعدا مكون وجود أعراض بدنية؛ بالإضافة إلى وجود علاقة سلبية دالة إحصائياً بين مكون الدرجة الكلية للتعقل والكرب النفسي بمكوناته الفرعية ماعدا مكون وجود أعراض بدنية؛ كما يوجد هناك علاقة سلبية دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للتعقل والدرجة الكلية للكرب النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي.

[٢] علاقة التعقل ومكوناته الفرعية بالكرب النفسي ومكوناته الفرعية لدى عينة الشره العصبي:

تم حساب معامل الارتباط الخطي لبيرسون" بين التعقل ومكوناته الفرعية والكرب النفسي ومكوناته الفرعية لدى مجموعة الشره العصبي كما يوضحه الجدول رقم (١٦).

جدول رقم (١٦) يوضح العلاقة بين التعقل ومكوناته الفرعية والكرب النفسي ومكوناته الفرعية لدى عينة الشره العصبي (ن=٧٥)

الكرب النفسي	الشعور بالضغط النفسي	الشعور بالقلق	الشعور بالاكئاب	الأعراض البدنية	الدرجة الكلية للكرب النفسي
التعقل	٠,١١٣	٠,١٢٥	٠,٠٠٤-	٠,١٤٨	٠,١٠٥
الملاحظة	٠,٠٢٥-	٠,٠١٥	٠,٠٠٣	٠,٠٠٤-	٠,٠٠٣-
الوصف	٠,٤٣٢-	٠,٣٩٦-	٠,٣١٣-	٠,١٩٠-	٠,٣٨٥**
التصرف بوعي	٠,٢٧٧*	٠,٤٠٧-	٠,٢٦١-	٠,١٥٠-	٠,٣١٧**
عدم إصدار أحكام	٠,٠٣٦-	٠,١٠١-	٠,٠٥٠-	٠,٠٤٠-	٠,٠٦٦-
عدم الاستجابة للانفعالات	٠,٢٩٤-	٠,٣٥٥-	٠,٢٨٥-	٠,١٠٩-	٠,٣٠٥**
الدرجة الكلية للتعقل					

\* دال عند مستوى ٠,٠٥ . \*\* دال عند مستوى ٠,٠١

يوضح الجدول رقم (١٦) عدم وجود علاقة بين مكون (الملاحظة، والوصف وعدم الاستجابة للانفعالات) بالكرب النفسي - كل مكون على حدة - بمكوناته الفرعية كما يوجد علاقة سلبية دالة إحصائيًا بين مكون التصرف بوعي والكرب النفسي بمكوناته الفرعية؛ كما يوجد أيضا علاقة سلبية دالة إحصائيًا بين مكون عدم إصدار أحكام ومكونات الكرب النفسي الفرعية ماعدا مكون وجود أعراض بدنية، بالإضافة إلى وجود علاقة سلبية دالة إحصائيًا بين مكون الدرجة الكلية للتعلل والكرب النفسي بمكوناته الفرعية ماعدا مكون وجود أعراض بدنية؛ كما يوجد علاقة سلبية دالة إحصائيًا بين الدرجة الكلية للتعلل والدرجة الكلية للكرب النفسي لدى مجموعة الشره العصبي.

وبملاحظة كلاً من الجدول رقم (١٥) والجدول رقم (١٦) يتضح وجود علاقة سلبية بين التعلل والكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي، الشره العصبي).

**ثانياً:** فيما يتعلق بالعلاقة بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي، تم حساب معامل الارتباط الخطي "لبيرسون" لكل مجموعة على حدة.

**[٣] علاقة صعوبة التنظيم الانفعالي ومكوناته الفرعية بالكرب النفسي ومكوناته الفرعية لدى عينة فقدان الشهية العصبي:**

وقد تم حساب معامل الارتباط الخطي لبيرسون بين التنظيم الانفعالي ومكوناته الفرعية والكرب النفسي ومكوناته الفرعية لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي كما يوضحه الجدول رقم (١٧):

**جدول رقم (١٧) يوضح العلاقة بين صعوبة التنظيم الانفعالي وأبعاده الفرعية والكرب النفسي وأبعاده الفرعية لدى عينة فقدان الشهية العصبي (ن=٧٥)**

الدرجة الكلية للكرب النفسي	الأعراض البدنية	الشعور بالاكئاب	الشعور بالقلق	الشعور بالضغوط النفسية	الكرب النفسي
* ٠,٢٣٧	٠,٠٢٨-	* ٠,٢٥٩	** ٠,٢٩٧	* ٠,٢٦٩	صعوبة التنظيم الانفعالي
** ٠,٤٤٩	* ٠,٢٨٧	** ٠,٣٤٩	** ٠,٤١٢	** ٠,٤٥٦	عدم تقبل الاستجابة الانفعالية
** ٠,٣٣٦	٠,١٦٤	** ٠,٣٠٣	** ٠,٣٢٠	** ٠,٣٣١	صعوبة تحقيق الأهداف
٠,٠٧٠	٠,٠٥٧-	٠,١٠٣	٠,٠٧٩	٠,١٠٩	صعوبة التحكم في السلوكيات الاندفاعية
** ٠,٤٩٩	* ٠,٢٦٠	** ٠,٤٣٨	** ٠,٤٧٧	** ٠,٤٨٩	ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية
** ٠,٤٩٦	٠,١٩٨	** ٠,٤٧٠	** ٠,٤٤٩	** ٠,٥٣٥	ضعف استخدام الاستراتيجيات الفعالة لتنظيم الانفعال
** ٠,٥٦٢	٠,٢٢٧	** ٠,٥١٥	** ٠,٥٤٦	** ٠,٥٨٤	ضعف وضوح الاستجابة الانفعالية
					الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي

\* دال عند مستوى ٠,٠١

\* دال عند مستوى ٠,٠٥

يوضح الجدول رقم (١٧) عدم وجود علاقة بين مكون ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية والكرب النفسي بمكوناته الفرعية، بينما يوجد علاقة موجبة دالة إحصائيًا بين مكون (عدم تقبل الاستجابة الانفعالية، وصعوبة التحكم في السلوكيات الاندفاعية، وضعف وضوح الاستجابة

الانفعالية والدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي) كل مكون على حدة بالكرب النفسي ومكوناته الفرعية ما عدا مكون وجود أعراض بدنية؛ في حين يوجد علاقة موجبة دالة إحصائياً بين ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية والكرب النفسي بمكوناته الفرعية لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي.

## [٢] علاقة صعوبة التنظيم الانفعالي ومكوناته الفرعية بالكرب النفسي ومكوناته الفرعية لدى عينة الشره العصبي:

تم حساب معامل الارتباط الخطي "بيرسون" بين التنظيم الانفعالي ومكوناته الفرعية والكرب النفسي ومكوناته الفرعية لدى مجموعة الشره العصبي، كما يوضحه الجدول رقم (١٨).

### جدول رقم (١٨) يوضح العلاقة بين صعوبة التنظيم الانفعالي ومكوناته الفرعية والكرب النفسي ومكوناته الفرعية لدى عينة الشره العصبي (ن=٧٥)

الكرب النفسي	الشعور بالضغط النفسي	الشعور بالقلق	الشعور بالاكئاب	الأعراض البدنية	الدرجة الكلية للكرب النفسي
صعوبة التنظيم الانفعالي	٠,٢٠٩	*٠,٢٣١	٠,٢٢٦	٠,٠٨٦-	٠,١٦٨
عدم تقبل الاستجابة الانفعالية	**٠,٣٠٤	٠,٢٠٤	*٠,٢٨٦	*٠,٢٢٧	**٠,٣٠٧
صعوبة تحقيق الأهداف	*٠,٢٤٦	*٠,٢٤٣	**٠,٣٨٣	٠,١٥٧	**٠,٣١٧
صعوبة التحكم في السلوكيات الاندفاعية	٠,٠٤١	٠,٠٣٦	٠,٠٦٨	٠,١٨٥-	٠,٠١٤-
ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية	**٠,٤١٢	**٠,٤١٧	**٠,٤٨٤	٠,١٨٤	**٠,٤٤٩
ضعف استخدام الاستراتيجيات الفعالة لتنظيم الانفعال	**٠,٤٢١	*٠,٢٩٢	**٠,٤٢٤	*٠,٢٣١	**٠,٤١١
ضعف وضوح الاستجابة الانفعالية	**٠,٤٦٨	**٠,٤١٩	**٠,٥٣٩	٠,١٥٦	**٠,٤٧٥
الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي					

\*\* دال عند مستوى ٠,٠١

\* دال عند مستوى ٠,٠٥

يوضح الجدول رقم (١٨) عدم وجود علاقة بين مكون ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية والكرب النفسي بمكوناته الفرعية؛ بينما يوجد علاقة موجبة دالة إحصائياً بين مكون عدم تقبل الاستجابة الانفعالية ومكون الشعور بالقلق؛ في حين يتضح وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين مكون صعوبة تحقيق الأهداف والكرب النفسي بمكوناته الفرعية ما عدا مكون الشعور بالقلق؛ بالإضافة إلى وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين مكون (صعوبة التحكم في السلوكيات الاندفاعية، وضعف استخدام الاستراتيجيات الفعالة لتنظيم الانفعال، والدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي) بالكرب النفسي بمكوناته الفرعية ما عدا مكون وجود أعراض بدنية، كما يوجد علاقة موجبة دالة إحصائياً بين ضعف وضوح الاستجابة الانفعالية والكرب النفسي بمكوناته الفرعية لدى مجموعة الشره العصبي.

وبشكل عام يلاحظ من الجدول رقم (١٧) والجدول رقم (١٨) أن هناك علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي لدى المجموعتين من المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي، الشره العصبي).

**ثالثاً :** فيما يتعلق بدور التعقل والتنظيم الانفعالي في التنبؤ بالكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل، تم حساب تحليل الانحدار التدريجي باعتبار أن التعقل والتنظيم الانفعالي متغيرات منبئة، واعتبار الكرب النفسي متغير تابع وذلك لدى المجموعتين ذوات أعراض اضطرابات الأكل، وسوف نعرض معاملات الانحدار الخاصة بمجموعة فقدان الشهية العصبي ثم مجموعة الشره العصبي، كالتالي :

**أ ( تحليل الانحدار لمجموعة فقدان الشهية العصبي :**

تم حساب تحليل الانحدار على مرحلتين لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي؛ وتشمل المرحلة الأولى حساب تحليل الانحدار للتعقل ومكوناته الفرعية كمتغيرات منبئة والكرب النفسي ومكوناته الفرعية كمتغيرات تابعة، والمرحلة الثانية تشمل حساب الانحدار باعتبار التنظيم الانفعالي ومكوناته الفرعية متغيرات منبئة والكرب النفسي ومكوناته الفرعية متغيرات تابعة لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي.

١ - تحليل الانحدار للتعقل والكرب النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي : يوضح الجدول رقم (١٩) تحليل الانحدار التدريجي بين التعقل ومكوناته الفرعية باعتبارها متغيرات منبئة والكرب النفسي ومكوناته الفرعية كمتغيرات تابعة لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي.

**جدول رقم (١٩) يوضح تحليل الانحدار التدريجي بين التعقل والكرب النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٧٥)**

المتغيرات المنبئة	المتغيرات التابعة	معامل الارتباط (ر)	مربع معامل الارتباط (ر <sup>٢</sup> )	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	قيمة (ف)	الدلالة	قيمة (ت)	الدلالة	قيمة الثابت
التصرف بوعي	الشعور بالضغط النفسي	٠,٤٥٥	٠,٢٠٧	٠,٨٠٧	٠,٤٥٥	١٩,٠٤٠	٠,٠٠٠١	٤,٣٦٣	٠,٠٠٠١	٥٠,٢٨٨
		٠,٥١٧	٠,٢٦٧	٠,٥٣٠	٠,٢٩٨	١٣,١٠١	٠,٠٠٠١	٢,٤٩٢	٠,٠١٥	٦٥,٩٦٧
التصرف بوعي	الشعور بالقلق	٠,٤٣٥	٠,١٨٩	٠,٧٨١	٠,٤٣٥	١٧,٠٤٧	٠,٠٠٠١	٤,١٢٩	٠,٠٠٠١	٤٨,٣٠٦
التصرف بوعي	الشعور بالاكتئاب	٠,٤١٠	٠,١٦٨	١,٠٠٥	٠,٤١٠	١٤,٧٥٥	٠,٠٠٠١	٣,٨٤١	٠,٠٠٠١	٥٩,٧٣٧
التصرف بوعي + الملاحظة		٠,٤٨٧	٠,٢٣٧	١,٠٧٠	٠,٤٣٧	١١,١٨٩	٠,٠٠٠١	٤,٢٢٠	٠,٠٠٠١	٧٩,٥٢٢
التصرف بوعي	أعراض بدنية	٠,٢٥٣	٠,٠٦٤	٠,٥٣٣	٠,٢٥٣	٥,٠١٣	٠,٠٢٨	٢,٢٣٩	٠,٠٢٨	٤٩,٥٣١
التصرف بوعي	الدرجة الكلية للكرب	٠,٤٦٧	٠,٢١٨	٣,١٢٦	٠,٤٦٧	٢٠,٣٥٢	٠,٠٠٠١	٤,٥١١	٠,٠٠٠١	٢٠٧,٨٦٣

بالنظر في الجدول رقم (١٩) يتبين ما يلي :

١ - يسهم مكون التصرف بوعي في التنبؤ بالضغط النفسي بنسبة ٢٠,٧% وهو إسهام دال عند

٠,٠٠٠٠١

٢ - يسهم كل من التصرف بوعي والدرجة الكلية للتعقل في التنبؤ بالشعور بالضغط النفسي بنسبة ٢٦,٧% وهو إسهام دال، مما يعني أن الدرجة الكلية للتعقل تسهم بنسبة ٦% وهو إسهام دال عند ٠,٠١٨%.

٣ - أما مكون التصرف بوعي في التنبؤ بالقلق بنسبة ١٨,٩% وهو دال عند ٠,٠٠٠١.

٤ - يسهم مكون التصرف بوعي في التنبؤ بالاكتئاب بنسبة ١٦,٨% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠١.

٥ - يسهم مكونا التصرف بوعي ومكون الملاحظة معاً في التنبؤ بالاكتئاب بنسبة ٢٣,٧%، بما يعني أن نسبة إسهام مكون الملاحظة في التنبؤ بالاكتئاب ٦,٩% وهو إسهام دال عند ٠,٠١.

٦ - يسهم التصرف بوعي في التنبؤ بالأعراض البدنية بنسبة ٦,٤% وهو إسهام دال عند ٠,٠٢.

٧ - يسهم التصرف بوعي في التنبؤ بالدرجة الكلية للكرب النفسي بنسبة ٢١,٨% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠١.

وذلك فيما يتعلق بمجموعة فقدان الشهية العصبي.

ويمكن صياغة معادلة التنبؤ التي تساعد في التنبؤ بالكرب النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية

العصبي من خلال المعادلة التالية :

ص (المتغير التابع) = أ (قيمة الثابت) + ب (معامل الانحدار) X س (المتغير المنبئ).

الدرجة الكلية للكرب النفسي = ٢٠٧,٨٦٣ + ٣,١٢٦ X مكون التصرف بوعي.

٢ - تحليل الانحدار للتنظيم الانفعالي والكرب النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي: يوضح الجدول رقم (٢٠) تحليل الانحدار التدريجي بين التنظيم الانفعالي ومكوناته الفرعية باعتبارها متغيرات منبئة والكرب النفسي ومكوناته الفرعية كمتغيرات تابعة لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي.

جدول رقم (٢٠) يوضح تحليل الانحدار التدريجي بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٧٥)

المتغيرات المنبئة	المتغيرات التابعة	معامل الارتباط (ر)	مربع معامل الارتباط (ر <sup>٢</sup> )	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	قيمة (ف)	الدلالة	قيمة (ت)	الدلالة	قيمة الثابت
الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي	الشعور بالضغط النفسي	٠,٥٨٤	٠,٣٤١	٠,٢٦١	٠,٥٨٤	٣٧,٦٩٩	٠,٠٠٠١	٦,١٤٠	٠,٠٠٠١	٧,٩٦٤
الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي	الشعور بالقلق	٠,٥٤٦	٠,٢٩٨	٠,٢٤٧	٠,٥٤٦	٣١,٠٣٤	٠,٠٠٠١	٥,٥٧١	٠,٠٠٠١	٧,٩٠٩
الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي	الشعور بالاكتئاب	٠,٥١٥	٠,٢٦٥	٠,٣١٨	٠,٥١٥	٢٦,٣٦٢	٠,٠٠٠١	٥,١٣٤	٠,٠٠٠١	٧,٧٧٩
صعوبة تحقيق الأهداف	الأعراض بدنية	٠,٢٨٧	٠,٠٨٢	٠,٦٩٨	٠,٢٨٧	٦,٥٤٦	٠,٠١٣	٢,٥٥٩	٠,٠١٣	٢٧,٣٦٧
الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي	الدرجة الكلية للكرب النفسي	٠,٥٦١	٠,٣١٥	٠,٩٤٨	٠,٥٦١	٣٣,٥٢٣	٠,٠٠٠١	٥,٧٩٠	٠,٠٠٠١	٥٠,٧٦١

بالنظر للجدول رقم (٢٠) يتبين مايلي:

- ١ - يسهم مكون الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالضغط النفسي بنسبة ٣٤,١% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠٠١.
  - ٢ - يسهم مكون الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالقلق بنسبة ٢٩,٨% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠٠١.
  - ٣ - يسهم مكون الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالاكتئاب بنسبة ٢٦,٥% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠٠١.
  - ٤ - يسهم مكون صعوبة تحقيق الأهداف في التنبؤ بالأعراض البدنية بنسبة ٨,٢% وهو إسهام دال عند ٠,٠١.
  - ٥ - تسهم الدرجة الكلية أيضا لصعوبة التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالدرجة الكلية للكرب النفسي بنسبة ٣١,٥% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠٠١.
- وذلك فيما يتعلق بمجموعة فقدان الشهية العصبي.

ويمكن صياغة معادلة التنبؤ التي تساعد في التنبؤ بالكرب النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي من خلال المعادلة التالية :

ص (المتغير التابع) = (قيمة الثابت) + ب (معامل الانحدار) X س (المتغير المنبئ).

الدرجة الكلية للكرب النفسي = ٥٠,٧٦١ + ٠,٩٤٨ X الدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي.

ومن خلال الجدول رقم (١٩) والجدول رقم (٢٠) يمكن استخلاص أن التعقل والتنظيم الانفعالي ينبئان بالكرب النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي.

**ب) تحليل الانحدار لمجموعة الشره العصبي :**

تم حساب تحليل الانحدار على مرحلتين لدى مجموعة الشره العصبي؛ وتشمل المرحلة الأولى حساب تحليل الانحدار للتعقل ومكوناته الفرعية كمتغيرات منبئة والكرب النفسي ومكوناته الفرعية كمتغيرات تابعة، والمرحلة الثانية تشمل حساب الانحدار باعتبار التنظيم الانفعالي ومكوناته الفرعية كمتغيرات منبئة والكرب النفسي ومكوناته الفرعية كمتغيرات تابعة لدى مجموعة الشره العصبي.

- ١ - تحليل الانحدار للتعقل والكرب النفسي لدى مجموعة الشره العصبي : يوضح الجدول رقم (٢١) تحليل الانحدار التدريجي بين التعقل ومكوناته الفرعية باعتبارها متغيرات منبئة والكرب النفسي ومكوناته الفرعية كمتغيرات تابعة لدى مجموعة الشره العصبي.

جدول رقم (٢١) يوضح تحليل الانحدار التدريجي بين التعقل والكرب النفسي لدى مجموعة الشرة العصبي (ن=٧٥)

المتغيرات المنبئة	المتغيرات التابعة	معامل الارتباط (ر)	مربع معامل الارتباط (ر <sup>٢</sup> )	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	قيمة (ف)	الدلالة	قيمة (ت)	الدلالة	قيمة الثابت
التصرف بوعي	الشعور بالضغط النفسي	٠,٤٣٢	٠,١٨٦	٠,٦٦٧	٠,٤٣٢	١٦,٧١٠	٠,٠٠٠١	٤,٠٨٨	٠,٠٠٠١	٤٧,٥٠٨
عدم إصدار أحكام	الشعور بالقلق	٠,٤٠٧	٠,١٦٥	٠,٥١٤	٠,٤٥٧	١٤,٤٧٢	٠,٠٠٠١	٣,٨٠٤	٠,٠٠٠١	٤٣,٤١٨
عدم إصدار أحكام + التصرف بوعي		٠,٤٨٢	٠,٢٣٢	٠,٣٧٧	٠,٢٩٨	١٠,٨٩٣	٠,٠٠٠١	٢,٦٦٣	٠,٠١٠	٤٩,٢١٦
التصرف بوعي	الشعور بالاكتئاب	٠,٣١٣	٠,٠٩٨	٠,٧٥١	٠,٣١٣	٧,٩٤٩	٠,٠٠٠٦	٢,٨١٩	٠,٠٠٠٦	٥٤,٧٣١
التصرف بوعي	الدرجة الكلية للكرب النفسي	٠,٣٨٥	٠,١٤٨	٢,٤٣٠	٠,٣٨٥	١٢,٧١٢	٠,٠٠٠١	٣,٥٦٥	٠,٠٠٠١	١٩٢,٣٥٤

يتضح من خلال الجدول رقم (٢١) مايلي:

- ١ - يسهم مكون التصرف بوعي في التنبؤ بالشعور بالضغط النفسي بنسبة ١٨,٦% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠٠١.
- ٢ - يسهم مكون عدم إصدار أحكام في التنبؤ بالقلق بنسبة ١٦,٥% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠٠١.
- ٣ - يسهم مكون عدم إصدار أحكام ومكون التصرف بوعي معاً في التنبؤ بالقلق بنسبة ٢٣,٢%, بما يشير إلى أن نسبة إسهام مكون التصرف بوعي ٦,٧% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠٠١.
- ٤ - يسهم أيضاً مكون التصرف بوعي في التنبؤ بالاكتئاب بنسبة ٩,٨% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠٠٦.
- ٥ - يسهم مكون التصرف بوعي في التنبؤ بالدرجة الكلية للكرب النفسي بنسبة ١٤,٨% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠٠١.

وذلك فيما يتعلق بمجموعة الشرة العصبي.

ويمكن صياغة معادلة التنبؤ التي تساعد في التنبؤ بالكرب النفسي لدى مجموعة الشرة العصبي من خلال المعادلة التالية:

$$ص \text{ (المتغير التابع)} = أ \text{ (قيمة الثابت)} + ب \text{ (معامل الانحدار)} \times س \text{ (المتغير المنبئ)}.$$

$$\text{الدرجة الكلية للكرب النفسي} = ١٩٢,٣٥٤ + ٢,٤٣٠ \times \text{مكون التصرف بوعي}.$$

- ٢ - تحليل الانحدار للتنظيم الانفعالي والكرب النفسي لدى مجموعة الشرة العصبي : حيث يوضح الجدول رقم (٢٢) تحليل الانحدار التدريجي بين التنظيم الانفعالي ومكوناته الفرعية باعتبارها متغيرات منبئة والكرب النفسي بمكوناته الفرعية كمتغيرات تابعة لدى مجموعة الشرة العصبي.

جدول رقم (٢٢) يوضح تحليل الانحدار التدريجي بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي لدى مجموعة الشرح العصبي (ن=٧٥)

المتغيرات المنبئة	المتغيرات التابعة	معامل الارتباط (ر)	مربع معامل الارتباط (ر <sup>٢</sup> )	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	قيمة (ف)	الدلالة	قيمة (ت)	الدلالة	قيمة الثابت
الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي	الشعور بالضغط النفسي	٠,٤٦٨	٠,٢١٩	٠,٢٠٩	٠,٤٦٨	٢٠,٥٢٥	٠,٠٠٠١	٤,٥٣١	٠,٠٠٠١	١٢,٥٩٠
الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي	الشعور بالقلق	٠,٤١٩	٠,١٧٥	٠,١٩٢	٠,٤١٩	١٥,٥٢٤	٠,٠٠٠١	٣,٩٤٠	٠,٠٠٠١	١٣,١١٧
الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي	الشعور بالاكئاب	٠,٥٣٩	٠,٢٩١	٠,٣٧٢	٠,٥٣٩	٢٩,٩٤٤	٠,٠٠٠١	٥,٤٧٢	٠,٠٠٠١	٠,٦٩٠
ضعف وضوح الاستجابة الانفعالية	الأعراض البدنية	٠,٢٣١	٠,٠٥٤	٠,٥٤٢	٠,٢٣١	٤,١٣٣	٠,٠٤٦	٢,٠٣٣	٠,٠٤٦	٢٨,٩١١
		٠,٣٤٠	٠,١١٦	٠,٥٩٨	٠,٢٩٤	٤,٧٠٧	٠,٠١٢	٢,٥٧٥	٠,٠١٢	٣٦,١٥٦
الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي	الدرجة الكلية للكرب النفسي	٠,٤٧٥	٠,٢٢٥	٠,٨٦٣	٠,٤٧٥	٢١,٢٣٨	٠,٠٠٠١	٤,٦٠٨	٠,٠٠٠١	٥٤,٠٩٤

وبالنظر للجدول رقم (٢٢) مايلي:

- ١ - تسهم الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالضغط النفسي بنسبة ٢١,٩% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠١.
- ٢ - تسهم الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالقلق بنسبة ١٧,٥% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠١.
- ٣ - تسهم أيضًا الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالاكئاب بنسبة ٢٩,١% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠١.
- ٤ - يسهم مكون ضعف وضوح الاستجابة الانفعالية بالأعراض البدنية بنسبة ٥,٤% وهو إسهام دال عند ٠,٠٤.
- ٥ - يسهم مكون ضعف وضوح الاستجابة الانفعالية ومكون ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية معاً في التنبؤ بالأعراض البدنية بنسبة ١١,٦%، بما يعني أن نسبة إسهام مكون ضعف الوعي بالاستجابة الانفعالية تساوي ٦,٢% وهو إسهام دال عند ٠,٠٢.
- ٦ - تسهم الدرجة الكلية لصعوبة التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالدرجة الكلية للكرب النفسي بنسبة ٢٢,٥% وهو إسهام دال عند ٠,٠٠٠١.

وذلك فيما يتعلق بمجموعة الشره العصبي.

ويمكن صياغة معادلة التنبؤ التي تساعد في التنبؤ بالكرب النفسي لدى مجموعة الشره العصبي من خلال المعادلة التالية:

ص (المتغير التابع) = أ (قيمة الثابت) + ب (معامل الانحدار) × س (المتغير المنبئ).  
الدرجة الكلية للكرب النفسي = ٥٤,٠٩٤ + ٠,٨٦٣ × الدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي.

وبالنظر للجدول رقم (٢١) والجدول رقم (٢٢) يتضح أن التعقل والتنظيم الانفعالي ينبأ بالكرب النفسي لدى مجموعة الشره العصبي.

### مناقشة النتائج :

نناقش نتائج الدراسة الحالية في ضوء فروض الدراسة الحالية على النحو التالي :

**أولاً :** ينص الفرض الأول على وجود علاقة ارتباطية سلبية بين التعقل والكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل.

وقد تحقق هذا الفرض، حيث أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين التعقل والكرب النفسي لدى المجموعتين من المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي، الشره العصبي). وهذه النتيجة تتفق مع دراسة كلا من (Proulx, 2008; Keena, Masuda & Wendell, 2010; Lavender, et al., 2011; Cowdrey & Park, 2012; Moradi & Samari, 2017) والتي أشارت إلى أن التعقل يخفض الشعور بالكرب النفسي واضطرابات الأكل، وذلك من خلال تعلم مهارات التعقل.

بينما لم تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Erb (2010); Atkinson & Wade (2016) حيث أشارت الدراسة إلى أن التعقل لم يخفض الشعور بالكرب النفسي.

ويرى لازاروس Lazarus أن الشعور بالضغط النفسي - كأحد الأبعاد الفرعية للشعور بالكرب النفسي - يرجع إلى إدراك الشخص للموقف وتفسيره له وليس فقط لطبيعة الموقف أو الحدث ذاته، وإنما لإدراكه لمدى التهديد والتحديات المتوقعة من الموقف بالإضافة إلى تقييمه لمدى قدرته على التعامل مع الحدث الضاغط (أحمد عبدخالق، ٢٠١٦)؛ ومهارات التعقل تركز على التغيير المعرفي وإدارة الذات وقبول الحدث والذي من شأنه أن يغير إدراك الفرد لطبيعة الحدث ويساعد على تقبله وبالتالي تغيير شعوره بالكرب.

وهذا ما أشار إليه چوفيا وآخرون (Gouveia et al. (2019 من أن التعقل يساعد المراهقين من ذوي الوزن الزائد على التوافق مع الضغوط الانفعالية واتباع سلوكيات الأكل الصحية.

ويتفق هذا مع نتائج دراسة لوريلو وديفيد (2013)  **Lorello and David** التي أشارت إلى أن التعقل متغير معدل للعلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والكرب النفسي، كما أن التعقل يخفض أعراض الكرب النفسي حتى مع زيادة ضغوطات الحياة.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة وفق نموذج "بير وآخريين  **Bear and et al.**" والذي يرى أن عدم الحكم على الخبرات الداخلية و الامتناع عن تقديم أحكام أو تقييمات للإحساسات الفرد أو أفكاره أو انفعالاته خاصة السلبية منها والتي تسبب الشعور بالكرب النفسي، بالإضافة إلى قبول الخبرات الداخلية السلبية مع عدم التصرف حيالها - أي السماح للأفكار والمشاعر السلبية بالمجيئ ذهابًا وإيابًا بحرية بدون التصرف تجاهها - من شأنه أن يخفض الشعور بالكرب النفسي.

وهذا أيضًا ما أكدته نموذج شابيرو  **Shapiro** خاصة في الجانب الوجداني في عملية ممارسة التعقل، حيث يوجه الفرد انتباهه بدون أحكام بحالة من القبول، والانفتاح، والرحمة مع الخبرات السلبية التي يمر بها الفرد، كما يشير إلى الميل نحو الخبرة بشكل يتضمن حالة من القبول والفضول والانفتاح على الخبرات وعدم الحكم عليها يزيد من فاعلية مهارات التعقل في خفض الشعور بالكرب النفسي (Shapiro, et al., 2006).

**ثانيًا : الفرض الثاني الذي ينص على وجود علاقة ارتباطية سلبية بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل**

وقد تحقق هذا الفرض حيث أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائيًا بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي لدى المجموعتين من المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي، الشره العصبي).

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج عدداً من الدراسات السابقة منها (  **Sloan, et al., 2018; Brittani & Berbette, 2012** ) والتي توصلت إلى وجود علاقة عكسية بين التنظيم الانفعالي والأبعاد الفرعية المكونة للكرب النفسي (القلق والاكتئاب).

وأشار محمد حسن (٢٠٠٩) إلى أن هناك علاقة بين القلق - كأحد الأبعاد الفرعية للكرب النفسي - واضطرابات الأكل، حيث يلجأ الشخص إلى تناول الطعام بشراهة كنوع من العلاج الذاتي أو كاستجابة للقلق والانفعالات السلبية؛ فالمصابين بالشره يعانون من نقص في أساليب التعامل مع الانفعالات والمشاعر السلبية، وبالتالي يستخدمون الطعام كأسلوب لتهدئة الذات لمواجهة ما يمرون به من مشاعر سلبية؛ وذلك لوجود بعض المعتقدات التي تربط الطعام بالشعور بالضغط مثل أن تناول الطعام يساعد على تقليل الشعور بالضغط النفسي والتعامل مع الانفعال والتعايش مع الضغوط (Prentice, 2016).

بينما أرجع سيد أبو زيد (٢٠٠١) الإصابة بالقلق والاكتئاب نتيجة تكرار نوبات النهم وما يتبعها من سلوكيات تعويضية غير ملائمة للتخلص من الطعام فيتدنى تقدير الشخص لذاته وبالتالي يصاب بالقلق والاكتئاب.

كما أشارت بيرج (2008) Berg إلى أن المصابين باضطرابات الأكل يركزون على الانفعالات السلبية كما يستخدمون كلمات انفعالية سلبية للتعبير عن المواقف وعن أنفسهم مما يجعل لديهم صعوبة في تحمل الكرب النفسي.

وأشارت هند ياسر ومحمد نجيب (٢٠٢٠) إلى أنه كلما زادت صعوبة التنظيم الانفعالي زاد الشعور بالكرب النفسي.

لتفسر النظرية المعرفية العلاقة بين التنظيم الانفعالي والكرب النفسي، حيث تشير النظرية إلى أن صعوبة التنظيم الانفعالي ترجع إلى افتقار الفرد للمعلومات المعرفية المرتبطة بالانفعال، مما يؤدي إلى خبرات انفعالية سلبية، والتي قد تكون معتقدات معرفية سلبية، فينتج عنها ردود فعل سلوكية سلبية (Seligman, 2017). أما الوعي بالاستجابة الانفعالية وتقبلها واختيار استراتيجيات التنظيم الانفعالي الفعالة فمن شأنه أن يخفف الشعور بالكرب النفسي من خلال التقليل من الخبرات الانفعالية السلبية.

**ثالثاً : الفرض الثالث ينص على إسهام التعقل والتنظيم الانفعالي في التنبؤ بالكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل.**

وقد توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى أن التعقل والتنظيم الانفعالي ينبئاً بالكرب النفسي لدى المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل.

وفيما يختص بأن التعقل ينبئ بالكرب النفسي تتفق هذه النتيجة مع دراسة إرب (2010) Erb أن التعقل أدى إلى انخفاض في مستوى القلق حول الوزن والشكل، بالإضافة إلى تحسن صورة الجسم، في حين لم يكن التعقل فعالاً في خفض الكرب النفسي المصاحب لاضطرابات الأكل.

وقد أشارت هبة سامي (٢٠١٢) إلى فاعلية التعقل كبرنامج علاجي لخفض حدة الضغوط النفسية لدى عينة من الشباب، والتي بلغت ٢٠ فرداً مقسمة إلى مجموعتين (ضابطة وتجريبية)، واستمر التحسن بعد فترة المتابعة مما يشير إلى فاعلية برنامج التعقل.

وتوصل دوني (2019) Dunne إلى أن التعقل يعد منبئاً بالقلق وخاصة قلق الشكل والوزن.

بينما لم تتفق هذه النتيجة مع دراسة أتكسون وواد (2016) Atkinson and Wade حيث توصل إلى ضعف التعقل كبرنامج علاجي في استمرار التحسن لدى مرضى اضطرابات الأكل خلال فترة المتابعة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة وفق نموذج شايبورو من خلال التركيز على القصد من ممارسة التعقل، حيث يمكن للتعقل أن يخفض من الشعور بالكرب النفسي عندما يتم ممارسته لذلك الغرض. وبالاعتماد على بعد الاتجاه في نموذج شايبورو والمقصود به حالة من تقبل الخبرة، وذلك التقبل من شأنه أن يخفض الشعور بالكرب النفسي.

وفيما يتعلق بقدرة التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالكرب فنتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات منها دراسة (حمدي ياسين، ٢٠١٩؛ عادل سيد، ٢٠١٥) حيث توصلنا إلى أنه يمكن التنبؤ بدرجة اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى طالبات الجامعة من درجاتهن في استراتيجيات التنظيم الانفعالي.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية أيضاً مع نتائج عدد من الدراسات منها: (Jenissa, 2016; Williams, 2017; Svaldi, et al., 2019; Brittni & Berbette, 2012) والتي توصلت إلى أن التنظيم الانفعالي منبئ أيضاً باضطرابات الأكل؛ ويعدل العلاقة بين المزاج السيئ واضطرابات الأكل.

كما توصل كل من هند ياسر ومحمد نجيب (٢٠٢٠) إلى أن صعوبة التنظيم الانفعالي تنبئ بالكرب النفسي لدى مدمات الطعام، كما أن التنظيم الانفعالي يفسر التباين الذي يحدث في الكرب النفسي بنسبة (١٠,٦%).

وقد توصل إسكتشمان وآخرون (Schechtman et al., 2006) إلى أن مريضات اضطرابات الأكل لديهن قصور العمليات الانفعالية مثل (التعرف على الانفعالات والانتباه لها وتصنيفها ووضوحها) كما يوجد لديهن مستوى منخفض من التنظيم الانفعالي وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة، بالإضافة إلى أن الكرب النفسي يعتبر وسيطاً في العلاقة بين قصور العمليات الانفعالية واضطرابات الأكل.

حيث أشارت فاتن طلعت وفايز فاروق (٢٠١٧) إلى أن مرضى الشره العصبي لديهم درجات مرتفعة من الاكتئاب وصعوبة التعبير عن المشاعر، كما لديهم ميول انتحارية، وأنه كلما زادت صعوبة التعبير عن الانفعال زاد الشعور بالاكتئاب وازدادت شدة اضطراب الشره العصبي.

ووفقاً للمنظور المعرفي فإن الإدراكات السلبية تُعد عاملاً جوهرياً في حدوث الكرب النفسي، والتي تتعكس لدى المرضى الذين يعانون من الكرب النفسي من خلال تكوين صورة سلبية عن أنفسهم وعن المستقبل والبيئة المحيطة بهم، ويظهر ذلك في رؤية أنفسهم على أنهم أشخاص بلا قيمة وغير أكفاء وغير محبوبين من الآخرين، ووفقاً للنظرية المعرفية أيضاً فإن هؤلاء الأشخاص يببالغون في استجاباتهم، وما يترتب على ذلك من سلوكيات غير ملائمة، نتيجة لأنماط التفكير التي يتبعونها في تفسير مواقف حياتهم اليومية، وجوهر هذا المنظور هو أن الانفعالات السلبية تبدأ عندما يدرك الأشخاص الأحداث بشكل مبالغ فيه، وبهذا يكون لها تأثيراً سلبياً على المشاعر والسلوك.

وبهذا ننتهي من مناقشة فروض الدراسة في ضوء مدى تحققها، ومدى اتساقها مع نتائج الدراسات السابقة والأطر النظرية المتصلة بموضوع الدراسة.

### توصيات الدراسة :

بناءً على ما انتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج، يمكن استخلاص عدداً من التوصيات البحثية والتطبيقية، وذلك على النحو التالي:

- ١ - الاستفادة من نتائج الدراسة في تصميم برامج علاجية لتنمية التعقل لدى مرضى اضطرابات الأكل.
- ٢ - تصميم برامج لتنمية التنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطرابات الأكل.
- ٣ - تصميم برامج علاجية لخفض الكرب النفسي لدى مرضى اضطرابات الأكل.
- ٤ - تصميم برامج وقائية من اضطرابات الأكل في مرحلة المراهقة.
- ٥ - تصميم برامج وقائية من الشعور بالكرب النفسي في مرحلة المراهقة.

### مقترحات بحثية :

وبناءً على ما انتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج، يمكن استخلاص عدداً من التوصيات البحثية منها :

- ١ - دراسات حول مدى انتشار اضطرابات الأكل بأنواعها داخل البيئة المصرية.
- ٢ - دراسة الفروق بين الذكور والإناث في التعقل والتنظيم الانفعالي والشعور بالكرب النفسي في مرحلة المراهقة.
- ٣ - دراسة الفروق بين الذكور والإناث في اضطرابات الأكل بأنواعها.
- ٤ - دراسة اضطرابات الأكل عبر العمر والنوع.
- ٥ - دراسة الدور المعدل للتعقل والتنظيم الانفعالي في العلاقة بين الكرب النفسي واضطرابات الأكل.
- ٦ - إجراء بحوث على عينات إكلينيكية للكشف عن دور التعقل والتنظيم الانفعالي في تخفيف الشعور بالكرب النفسي لدى مرضى اضطرابات الأكل.

## قائمة المراجع

### أولاً : المراجع العربية :

أحمد عبدالحميد رشيد (٢٠١٣). دراسة مقارنة لمستوى الذكاء الانفعالي لدى عينة من مضطربات الأكل وغير المضطربات من طالبات الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، كلية التربية، ٢٤، (٩٤)، أبريل، ٧١-١١٩.

أحمد عبدالخالق (٢٠١٦). الضغوط النفسية والأمراض - مدخل في علم النفس الصحة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

أحمد محمد صالح (٢٠١٨). التقدم في العمر والانفعالات السلبية كمتغيرات معدلة للعلاقة بين الادخار المعرفي والتعلل وكفاءة أداء بعض القدرات العقلية والصحية والجسمية لدى المسنين. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٦(٣)، يوليو، ٣٠١-٣٦٣.

أيمن عبدالرحمن علي (٢٠١٨). التنظيم الذاتي والانفعالي وعلاقته بالانسحاب الاجتماعي لدى الطلبة المراهقين في كفر قاسم. رسالة ماجستير (منشورة)، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية.

جيهان عثمان محمود (٢٠١٥). صورة الجسم المدركة وعلاقتها بكل من اضطرابات الأكل والصلابة النفسية لدى طلاب كلية التربية. دراسات تربوية واجتماعية، جامعة حلوان، كلية التربية، ٢١(٤)، أكتوبر، ٢٥٧-٣١٢.

حمدي محمد ياسين (٢٠١٩). التنظيم الانفعالي محدد سيكولوجي للشه العصبي وتشوه صورة الجسم لعينة من مرضى الشه العصبي. مجلة البحث العلمي في التربية، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، ٢٠(٣)، ١٢٥-١٦٧.

زينب محمود أبو العينين شقير (١٩٩٩). دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوي اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة. المؤتمر السنوي السادس - جودة الحياة، نوفمبر، ٧٦١-٨١٩.

زينب محمود شقير (٢٠٠٠). مقياس الشه العصبي البوليميا. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

زينب محمود شقير (٢٠٠٠). مقياس فقدان الشهية العصبي. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سامر جميل رضوان (٢٠٠٢). الصحة النفسية. عمان: دار المسيرة.

سيد أبو زيد عبدالوجود (٢٠٠١). اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية. الهيئة العامة المصرية للكتاب، ١٥(٥٩)، ١٥٦-١٦٣.

شيرين عبدالقادر محمود سيد (٢٠١٢). دور التعقل الوالدي في التنبؤ بمظاهر اضطراب الأكل لدى عينة من طالبات الجامعة. حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، الحولية الثامنة ، الرسالة الأولى ، يناير.

عادل سيد عبادي (٢٠١٥). استراتيجيات التنظيم الانفعالي واضطرابات الأكل لدى طالبات الجامعة، مجلة كلية التربية، أسوان، ٣٠، ٣٥٨-٣٩٩ .

عبدالرحمن العيسوي (٢٠٠٦). علم النفس العيادي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

فاتن طلعت قنصوه، وفايز فاروق الشامي (٢٠١٧). عمه المشاعر وعلاقته بكل من الاكتئاب والмиول الانتحارية لدى عينة من مريضات الشره العصبي، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٥(٢)، إبريل، ٢٢٩-٢٥٧.

فاطمة خلف الهويش (٢٠١١). فقدان الشهية العصبي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى الطلاب والطالبات. مجلة دراسات نفسية، ٢١(٤)، إبريل، ٢٧٧-٣٠٥.

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٧). اضطرابات الأكل - الأسباب - التشخيص - العلاج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد حسن غانم (٢٠٠٩). الشره العصبي للأكل وعلاقته بكل من التقدير الذاتي للقلق وجوانب التشويه المعرفي لدى عينة من البدينات وغير البدينات. مجلة دراسات عربية، ٨(١)، ٦١-١١٩.

محمد أحمد شلبي، محمد إبراهيم الدسوقي، زيزي السيد إبراهيم (٢٠١٥). تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة من DSM-4&DSM-5. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

نهال عادل قنديل (٢٠١٥). اضطرابات الأكل وعلاقتها بالمناخ الأسري لدى المراهقين. مجلة كلية التربية، جامعة بورسعيد، كلية التربية، ١٨، يونيو، ٧٢٢-٧٤٧ .

هبة سامي محمود (٢٠١٢). فاعلية برنامج علاجي قائم على التعقل في خفض حدة الضغوط النفسية لدى عينة من الشباب. رسالة دكتوراة (منشورة)، كلية التربية، جامعة عين شمس.

هدى إبراهيم عبد الحميد (٢٠١٩). الرحمة بالذات كمتغير معدل للعلاقة بين إدراك الإساءة في الطفولة وصعوبة التنظيم الانفعالي لدى الأحداث الجانحين وغير الجانحين من الجنسين. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٧(٢)، إبريل، ٢٠٧-٢٦٥.

هدى سعيد أحمد السيد (٢٠١٧). قلق الموت والكرب النفسي كمنبئين بنوبات الهلع لدى مرضى الشريان التاجي والأصحاء. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القاهرة.

هند ياسر عبداللطيف المهدي، محمد نجيب أحمد الصبوة (٢٠٢٠). الأحداث الضاغطة كعملية وسيطة بين صعوبات تنظيم الانفعال وإدمان الطعام لدى عينة من المراهقات مدمنات الطعام والسويات. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ٨(١)، ١١١-١٦٢.

### ثانياً : المراجع الأجنبية :

- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup>, ed)**. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
- Atkinson, M. & Wade, T. (2015). Mindfulness –Based Prevention for Eating Disorders: A School-Based Cluster Randomized Controlled Study, **International Journal of Eating Disorders**, 48(7), 1024-1037.
- Atkinson, M. & Wade, T. (2016). Does Mindfulness have Potential in Eating Disorders Prevention? A preliminary Controlled Trial with Young Adult Women. **Early Intervention in Psychiatry**, 10, 234-245.
- Barlow, D. & Durand, V. (1999). **Abnormal Psychology: An integrative Approach**. New York, Books.
- Bear, R.; Smith, G.; Hopkins, J.; Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using Self-report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness . **Assessment**. 13(1), March, 27-45.
- Berg, K. (2008). **Attentional Bias and Distress Tolerance in The Eating Disorders**, Dissertation Abstracts International, United States, DAI-C 71/15.
- Brittani, J. & Berbette, B. (2012). **Emotion Regulation as A possible Mediator between Alexithymia and Eating Disorders**. MSc, Saint Louis University.
- Butrun, M.; Juarascio, A.; Shaw, J.; Kerrigan, S.; Clark, V.; O'Planick, A. & Forman, E. (2013). Mindfulness and Its Relationship with Eating Disorders Symptomatology in Woman Receiving Residential Treatment. **Eating Behaviors**, 14, 13-16, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.10.005>.
- Christian, M. (2020). **Biological, Cultural and Psychological Factors that may Predispose Young Adults to Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorders**. MSc. Mississippi State University.
- Cieurzo, C. (2002). **Family Environment, Parental Coping, Distress, and Socioeconomic Status as Predictors of Psychological Distress in Chronically Ill Children**. PhD. Fordham University, New York.

- Cowdrey, F. & Park, R. (2012). The role of Experiential Avoidance, Rumination and Mindfulness in Eating Disorders. **Eating Behaviors**, **13**, 100-105, doi:10.1016/j.eatbeh.2012.01.001.
- Deborah, M.; Phillipa, H.; Franzcp, M.; Stuart, B.; Carolina, B.; Gratwick, S.; Carmel, H. & Jonathan, M. (2017). Disentangling Body Image: The relative Associations of Overvaluation, Dissatisfaction, and Preoccupation with Psychological Distress and Eating Disorder Behaviors in Male and Female Adolescents. **International Journal of Eating Disorders**, **50(2)**, 118-126.
- Dunne, J. (2019). **Level of Mindfulness in Persons with Anorexia Nervosa Entering Residential Treatment and Relationship with Eating Disorder Symptomology and Clinical Indicator of Health**, PhD. ProQuest, 2203378695.
- Eating Disorders Coalition. (2016). Facts About Eating Disorders: What The Research Shows. <https://www.eatingdisordercoalition.org.s208556.gridserver.com/fact-sheet>.
- Eating Recovery Center. (2020). Eating Disorder Facts and Statistics. <https://www.eatingrecoverycenter.com/conditions/eatingdisorders/facts.st--atistics>.
- Erb, A. (2010). **Enhancing DBT eEffectiveness with Mindfulness based Body Image Group in The treatment for Eating Disorders**. PhD. George FOX University.
- Gouveia, M.; Canavarro, M. & Horeira, H. (2019). Associations between Mindfulness, Self-compassion, Difficulties in Emotion Regulation, and Emotional Eating among Adolescent with Overweight /Obesity. **Journal of Child and Family Studies**, **28**, 273-285.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation- Development, Factor Structure, and Initial Validation of The difficulties in Emotion Regulation Scale. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, **26**, (1), 41-54.
- Heather, K. (2010). **Child Emotion Regulation As A mediator of The association Between Maternal Negative Response to Emption and Child Problem Behavior**. MSc. University of Missouri Columbia, USA.
- Herme, A. (2016). **The Effects of Appearance Schemas and Commentary on Body Image and Eating Disorder Psychopathology**. PhD. Lomalinda University.
- Hernando, A.; Pallas, R.; Cebolla, A.; Campayo, J.; Hoogendoorn, C. & Roy, J. (2019). Mindfulness, Rumination and Coping Skills in Young Woman with Eating Disorders–A Comparative Study With Health Controls. PLOS ONE, <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0213985>.
- Jenissa, D. (2016). **The association between Emotion Regulation Strategies and Symptoms of Binge Eating Disorder**. PhD. California Lutheran University.

- Kabat, J. (1990). **Full Catastrophe Living - How to Cope with Stress Pain and Illness using Mindfulness Meditation** . Piatkus Books, London, UK.
- Katterman, S.; Kleinmen, B.; Hood, M.; Nackers, L. & Coriscer, J. (2014). Mindfulness Meditation as An intervention as An intervention for Binge Eating, Emotional Eating, and Weight Loss: A systematic Review. **Eating Behaviors**, **15**, 197-204.
- Keen, N. (2013). **Emotion Regulation and Health Behavior: Effects of Negative Affect and Emotion Regulation Strategies on Eating and Smoking**. PhD. University of Minnesota.
- Krentz, A. (2001). **Recovery from Binge Eating Disorder- a Grounded Theory Investigation** . MSc. The Faculty of Graduate Studies.
- Lavender, J.; Gratz, K. & Tall, M. (2011). Exploring The relationship between Facets of Mindfulness and Eating Pathology in Women. **Cognitive Behavior Therapy**, **40(3)**, 174-182.
- Liechty, J. & Lee, M. (2013). Longitudinal Predictors of Dieting and Disordered Eating among Young Adults in the U.S. **International Journal of Eating Disorders**, **46(8)**, 790-800.
- Liu, R. (2009). **Never Good Enough- A culturally Focused Exploration of Eating Disorder Etiology in Asian American Females**. PhD. San Francisco Campus Alliant International University.
- Lorrello, N. & David, G. (2013). **Stress, Distress, Meditation and Mindfulness**. PhD, Faculty of The Collage of Arts and Sciences of American University.
- Masuda, A. & Wendell, J. (2010). Mindfulness Mediates The relation between Disordered Eating-related Cognitions and Psychological Distress. **Elsevier**, **11**, 293-296, doi:10.1016j.eatbeh.2010.07.001.
- Moradi, M. & Samari, A. (2017). Effectiveness of Mindfulness –based Cognitive Therapy on Clinical Syndrome and Body Image in wWomen with Bulimia Nervosa. **Journal of Fundamentals of Mental Health**, Aug-Sep, **19**, (5), 394-400.
- Myers, M. (2012). **Examining The relationship between Mindfulness, Religious Coping Strategies, and Emotion Regulation**. PhD. Liberty University.
- National Eating Disorder Association. (2018). Eating Disorders and Athletes. <https://www.nationaleatingdisorders.org/eating-disorders-athletes>.
- Prentice, G. (2016). **The Stress-Eating Relationship-How Food can be Used as A coping Mechanism for Stress and Emotions**. Diploma in Psychology, School of Arts, Department of Psychology, Dublin Business School.
- Proulx, K. (2008). Experiences of Women with Bulimia Nervosa in A mindfulness – Based Eating Disorder Treatment Group. **Eating Disorders**, **16**, 52-72, Taylor & Francis Group ,LLC.

- Prowse, E.; Bore, M. & Dyer, S. (2013). Eating Disorder Symptomatology, Body Image, and Mindfulness: Findings in A non-clinical Sample. **Clinical Psychologist**, 17, 77-87.
- Ridner, S. (2004). Psychological Distress. **Journal of Advanced Nursing**, 1(5), 204-211.
- Schechtman, E.; Avnon, L.; Zubery, E. & Jeczmiem, P. (2006). Emotional Processing in Eating Disorders Specific Impairment or General Distress Related Deficiency. **Depression and Anxiety**, 23, 331-339.
- Seligman, N. (2017). **Cognitive Emotion Regulation, Distress Tolerance, and Perceived Control Predict Perceived eEffectiveness**. MSc. New York, Fordham University.
- Shapiro, S.; Carlson, L.; Astin, J. & Freeman, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. **Journal of Clinical Psychology**, 62, 373-386.
- Sloan, E.; O'Donnell, R.; Bianchi, V.; Simpson, A.; Cox, R. & Hall, K. (2018). Distress, Emotional Clarity and disordered Eating in Young People with Complex Emotional and Behavioral Difficulties. **Clinical Psychologist**, 22, 148-157.
- Smith, V.; Seimon, R.; Harris, R.; Sainsburg, A. & Luz, F. (2019). Less Binge Eating and Loss of Control Overeating are Associated with Greater Levels of Mindfulness- Identifying Patterns in Postmenopausal Woman with Obesity. **Behavioral Sciences Journal**, 9(36).
- Stone, M. (2013). **MMPI-2-RF Profiles of women with Eating Disorders in an Inpatient setting: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Eating Disorders Not other wise Specified**, PhD, Allient International University, The Faculty of The California School of Professional Psychology.
- Svaldi, J.; Werle, D.; Naumann, E.; Eichler, E. & Berking, M. (2019). Prospective Associations of Negative Mood and Emotion Regulation in The occurrence of Binge Eating in Binge Eating Disorder. **Journal of Psychiatric Research**, 115, 61-68.
- Webb, C. (2000). **Psychological Distress in Clinical Obesity- The role of Eating Disorder Beliefs and Behaviors, Social Comparison and Shame**. PhD. University of Leicester.
- Williams, B. (2017). Emotion Regulation and Eating – An evaluation of The relationship between Difficulties in Emotion Regulation and Eating Patterns in Obese Patients Seeking Bariatric Surgery. <https://Search.Proquest.com/docview/2/7733/3/8?accountid=178282>.
- Yangmu, X. (2017). **Parental Stress, Emotion Regulation, Meta- Emotion and Changes following on MBSR intervention**. PhD. LOMA.

## **The Role of Mindfulness and Emotional Regulation in Predicating Psychological Distress among Female Adolescents with Symptoms of Eating Disorders.**

**By**

**Shaaban Gaballa Radwan**

**Department of Psychology  
Cairo University**

**Raghda Eid Mostafa**

**Clinical Psychologist**

### **Abstract:**

The study aims to investigate the role of Mindfulness and Emotional Regulation in Predicating Psychological Distress among Female Adolescents with Symptoms of Eating Disorders. The samples included from (150) Female Adolescents with Symptoms of Eating Disorders was separated to two groups, the first group contains of (75) Female Adolescents with Symptoms of Anorexia Nervosa, with Mean of Age (19,88±1,19); the second group contains of (75) females adolescents with Symptoms of Bulimia Nervosa, with Mean of Age (19,94±1,14); The participants completed self-report measures of Mindfulness, Emotional Regulation, Psychological Distress and Eating Disorders. The results showed negative relationship between Mindfulness, Emotional Regulation and Psychological Distress in the first group which contains of Female Adolescents with Symptoms of Anorexia Nervosa; while the Mindfulness and The Emotional Regulation can predicate with Psychological Distress in The same group, Also there are negative relationship between Mindfulness, Emotional Regulation and Psychological Distress in the second group which contains of Female Adolescents with Symptoms of Bulimia Nervosa; while the Mindfulness and The Emotional Regulation can predicate with Psychological Distress in The same group.

**Key Words:** Mindfulness - Emotional Regulation - Psychological Distress - Female Adolescents with Symptoms of Eating Disorders.