

الفروق بين المراهقات ذوات أعراض اضطراب الشره العصبي واضطراب فقدان الشهية العصبي والسويات في تشوه صورة الجسم والكره النفسي

إعداد

د. / رغبة عيد مصطفى
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

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

ملخص :

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن الفروق بين المراهقات ذوات أعراض اضطراب الشره العصبي واضطراب فقدان الشهية العصبي والسويات في تشوه صورة الجسم والكره النفسي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٥٠) طالبة؛ منهن (٧٥) طالبة من ذوات أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي؛ بمتوسط للعمر (١٩,٨٨±١,١٩) عامًا؛ و (٧٥) طالبة من ذوات أعراض اضطراب الشره العصبي؛ بمتوسط للعمر (١٩,٩٤±١,١٤) عامًا؛ و (١٠٠) طالبة من السويات بمتوسط للعمر (١٩,٤١±١,٠٨) عامًا؛ تراوحت أعمارهن بين (١٨-٢٢) عامًا، وطبق عليهن مقياس تشوه صورة الجسم ومقياس الكره النفسي إعداد الباحثين؛ ومقياس اضطرابات الأكل إعداد (زينب محمود شقير، ٢٠٠٠)؛ وتم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة؛ وأسفرت النتائج عن وجود فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والسويات في تشوه صورة الجسم والكره النفسي، وذلك في اتجاه المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي؛ كما وجدت فروق بين المراهقات ذوات أعراض الشره العصبي والسويات في تشوه صورة الجسم والكره النفسي، في اتجاه المراهقات ذوات أعراض الشره العصبي. في حين لم توجد فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والشره العصبي في تشوه صورة الجسم والكره النفسي؛ كما يوجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين تشوه صورة الجسم والكره النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي ومجموعة الشره العصبي؛ في حين لا توجد علاقة بين تشوه صورة الجسم والكره النفسي لدى مجموعة السويات.

الكلمات المفتاحية: الشره العصبي - فقدان الشهية العصبي - تشوه صورة الجسم - الكره النفسي.

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن الفروق بين المراهقات ذوات أعراض اضطراب الشره العصبي واضطراب فقدان الشهية العصبي والسويات في تشوه صورة الجسم والكرب النفسي، حيث يعد سلوك الأكل الطبيعي هو ذلك السلوك الذي ينظم عملية تناول الطعام من خلال الشهية، والجوع، والشبع، ومن ثم يتم تناول المواد الغذائية اللازمة بكمية مناسبة لحاجة الجسم، وقد يصاب الشخص باضطراب في تنظيم هذه العملية فيختل سلوك الأكل لديه وتؤدي الشهية عملها بشكل غير طبيعي فيفرط الشخص في تناول كميات كبيرة من الطعام أو تصيبه حالة من فقدان الشهية والعزوف عن الطعام ومن ثم تظهر اضطرابات الأكل، والتي توصف بوجود اختلالات حادة في سلوك الأكل، مع بذل جهود وسلوكيات غير توافقية وغير صحية للتحكم في وزن الجسم (حسام أحمد، ٢٠١١).

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

وتتزايد الإصابة باضطرابات الأكل عبر الزمن على المستوى العالمي حيث وصلت نسبة الإصابة في الفترة بين (٢٠٠٠-٢٠٠٦) إلى ٣,٥%؛ في حين وصلت النسبة إلى ٧,٨% في الفترة بين (٢٠١٣-٢٠١٨). وفق الإحصاء المقدم في المجلة الأمريكية للتغذية العلاجية (Galniche, 2019)؛ وهذا يتفق مع دراسة لي وآخرين حيث رصدت معدل الإصابة باضطرابات الأكل بين سكان كوريا الجنوبية في الفترة بين (٢٠١٠-٢٠١٦) والتي بدأت الإصابة باضطرابات الأكل في عام ٢٠١٠ إلى (٦,٧٤%) وتزايدت تدريجياً حتى وصلت الإصابة في عام ٢٠١٦ إلى (١٣,٢٨%) من سكان كوريا الجنوبية (Lee, et al., 2020).

وتشيع 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).

وبالنظر للمستوى الإقليمي كانت نسبة انتشار اضطرابات الأكل لدى طالبات جامعة أم القرى بالسعودية (١٤,٩%)، حيث كانت نسبة انتشار اضطراب الشره العصبي (١٣,٤%)، بينما كانت نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي بلغت (٥,١%)؛ بينما كانت نسبة انتشار اضطرابات الأكل بين الطلبة في الجامعة الأردنية وصلت إلى (١٥,٧%) للإناث و(١٠,٦%) للذكور (ندى الحريري، ٢٠١٠؛ بسمة فؤاد، ٢٠١٧).

وتنتشر اضطرابات الأكل لدى الإناث في العقدتين الثاني والثالث من العمر بصفة عامة، ولدى طالبات الجامعة بصفة خاصة، حيث تبلغ نسبة حدوثه لديهن ٢٠% من المجموع الكلي من الإناث المصابات باضطرابات الأكل (حسين فايد، ٢٠٠٢)؛ وهذا يتفق مع ما أشارت إليه زينب شقير (١٩٩٩) حيث كانت نسبة انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي بين طلاب جامعة طنطا كانت تمثل ٨,٩٢% للذكور، و٤٥,١٥% للإناث، بينما نسبة انتشار الشره العصبي كانت ٧,٠٦% للذكور، و١٠% للإناث بين طلاب جامعة طنطا؛ كما أضاف كل من مجدي الدسوقي (٢٠٠٧) ومحمد النوبي (٢٠١٨) أن نسبة انتشار اضطرابات الأكل وصلت ما بين (٠,٢-٠,٨) وتظهر لدى الإناث أكبر منه لدى الذكور حيث وصلت النسبة إلى ١٠-١٠ تقريباً، كما أشارا 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 عاماً مع ارتفاع ملحوظ في عمر ١٨ عام، وهو المدى المرتبط بالتعليم الثانوي والجامعي.

ولذلك تظهر اضطرابات الأكل بين طلاب الجامعات وخصوصاً الطالبات، وهناك 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 الجامعة، ويرتبط بعضها الآخر بموضوع التوافق مع البيئة الجامعية (نهال قنديل، ٢٠١٥).

وتعد الرغبة في الوصول للوزن المثالي لدى طلاب الجامعة من العوامل المؤدية إلى اضطرابات الأكل وقد يصل لإدمان الطعام لأنه ارتبط ادمان الطعام بالمستويات المرتفعة من اضطرابات الأكل والتقدير السلبي لصورة الجسم والشعور بالحزن والاكتئاب بسبب الخوف من زيادة الوزن (سيد أحمد وشيما عزت، ٢٠٢١).

مدخل إلى مشكلة الدراسة:

تُعد 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 عام من المصابين بفقدان الشهية العصبي، وذلك لعدم خضوعهم للعلاج حيث يخضع ١ من كل ٥ حالات للعلاج من اضطرابات الأكل (Eating Disorders Coalition, 2016; National Eating Disorder Association, 2018; Eating Recovery Center, 2020).

وأحد أهم المتغيرات المرتبطة باضطرابات الأكل بصفة عامة والشره العصبي بصفة خاصة هو عدم الرضا عن صورة الجسم وتشوه صورتها، وهذا ما أقره التراث النفسي في مجال اضطرابات

الأكل، حيث أن النساء ذوات اضطرابات الأكل يُظهرن اهتماماً كبيراً بشكل الجسم وعدم الرضا عنه (حسين فايد، ٢٠٠٢).

واتجاه الفرد نحو صورة جسمه يؤثر على سلوكه ومن ثم يؤثر على تفاعله مع الآخرين؛ فإذا كون الفرد صورة إيجابية عن جسمه زاد تقديره لذاته ومن ثم زاد تفاعله الإيجابي مع الآخرين؛ بينما إذا كون الفرد صورة سلبية عن جسمه قل تقديره لذاته ومن ثم انسحب من التفاعلات الاجتماعية مما يزيد من الشعور بالقلق والاكتئاب (مي حسن، ٢٠١٩).

وقد أشارت هدى جمال (٢٠٢١) إلى أن مرضى اضطرابات الأكل لديهم تشوه في صورة الجسم؛ وأضاف حمدي محمد ومروة مصطفى (٢٠١٨) أنه توجد علاقة بين اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب صورة الجسم؛ كما يمكن لاضطراب فقدان الشهية العصبي أن ينبئ باضطراب صورة الجسم.

ويُعد اضطراب صورة الجسم والقلق والاكتئاب من المظاهر النفسية الهامة لمرضى اضطرابات الأكل، والتي قد يكون لها التأثير السلبي عليهم وهي من أهم العلامات التشخيصية البارزة لهؤلاء المرضى حيث نجد ارتفاع معدلات القلق والاكتئاب لديهم خاصة بعد تناول الطعام، كما أن لديهم تشوهاً في صورة الجسم وعدم الرضا عنها (زينب شقير، ١٩٩٩).

وأكدت عدد من الدراسات أنه توجد علاقة بين اضطراب صورة الجسم وعدم الرضا عنها والاصابة بالاكتئاب وزيادة الوزن والقلق؛ بالإضافة إلى أنه يمكن التنبؤ باضطراب صورة الجسم بمعرفة شدة الاكتئاب؛ كما أن اضطراب صورة الجسم ينبئ بالقلق والاكتئاب لدى المصابين باضطرابات الأكل، بالإضافة إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في تشوه صورة الجسم والاكتئاب لصالح الإناث (أنور عبدالعزيز، ٢٠١٣؛ سامية محمد، ٢٠٠٨؛ ناهد أحمد، ٢٠١٣).

ويظهر تشوه صورة الجسم في مرحلة المراهقة، وكلما زادت شدة اضطراب تشوه صورة الجسم زادت معه شدة اضطرابات الأكل (سعدية كريم، ٢٠١٤).

وذكر بروز وآخرون (Prowse & et al., 2013) أن من لديهم أعراض اضطرابات الأكل يشعرون بالقلق والاكتئاب والكرب النفسي.

وأشارت شفاء حسين وآخرون (٢٠٢٠) إلى أنه توجد علاقة بين الكرب النفسي واضطرابات الأكل؛ كما أن الكرب النفسي ينبئ باضطرابات الأكل.

أسئلة الدراسة :

من خلال العرض السابق يمكن صياغة الأسئلة التي تحاول الدراسة الحالية الإجابة عنها

فيما يلي :

- ١ - هل توجد فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي ومجموعة السويات في تشوه صورة الجسم؟
- ٢ - هل توجد فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي ومجموعة السويات في الكرب النفسي؟
- ٣ - ما العلاقة بين تشوه صورة الجسم والكرب النفسي لدى مجموعات الدراسة الثلاث؟

أهمية الدراسة ومبررتها :

تتمثل أهمية الدراسة الحالية في جانبين أحدهما، الأهمية النظرية والثاني الأهمية التطبيقية وهي كالتالي :

أ (الأهمية النظرية :

تتمثل الأهمية النظرية للدراسة الحالية في :

- ١ - الاهتمام باضطرابات الأكل لدى المراهقات حيث يشيع هذا الاضطراب في مرحلة المراهقة مقارنة بالمراحل العمرية الأخرى.
- ٢ - توفر الدراسة الحالية إطاراً نظرياً لاضطرابات الأكل وصورة الجسم والكرب النفسي المصاحب لها.
- ٣ - تمثل الإجابة عن أسئلة الدراسة إضافة حول اضطرابات الأكل لدى المراهقات، وما يرتبط بها من متغيرات مثل تشوه صورة الجسم والكرب النفسي.

ب) الأهمية التطبيقية :

تتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية في :

- ١ - تصميم برامج علاجية لخفض الكرب النفسي وتحسين صورة الجسم لدى مرضى اضطرابات الأكل.
- ٢ - تصميم برامج وقائية من تشوه صورة الجسم والكرب النفسي لدى مرضى اضطرابات الأكل.
- ٣ - تصميم برامج إرشادية للمراهقين المستهدفين لاضطرابات الأكل لوقايتهم من الإصابة بها.

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها:

سنتناول في هذا الصدد المفاهيم التي سوف نتناولها الدراسة الحالية وبعض النظريات المفسرة لتلك المفاهيم وهي (صورة الجسم - الكرب النفسي - واضطرابات الأكل) وسوف يتم عرضها كالاتي :

أولاً : تشوه صورة الجسم Body Image Distortion :

يعرف "ليوفر" (2002) Lauffer تشوه صورة الجسم بأنه "التقدير الخاطئ لحجم وأبعاد صور الجسم والذي ينتج عن التصور الخاطئ عن حجم الجسم وشكله إما بزيادة التقدير **Overestimation** ، أو انخفاض التقدير **Underestimation**".

ويرى "جريلو وآخرون" (2019) Grilo & et al., إنه مجموعة من المعتقدات المعرفية المرتبطة ببناء صورة الجسم، والتي تتضمنها معايير تشخيص اضطرابات الأكل مثل (المعتقد المرتبط بفقدان الشهية العصبي وهو الخوف الداخلي من اكتساب الوزن، والمعتقد المرتبط بالشره العصبي وهو تأثير تقييم الذات غير المبرر حول شكل ووزن الجسم).

كما عرفه "زولوتك وبيلكو" (2009) Zoletic and Belko على أنه اضطراب إدراكي يؤدي إلى عدم قدرة الفرد على تقييم حجم الجسم بشكل دقيق.

ويتبنى الباحثان تعريف "ليوفر" لتشوه صورة الجسم لشموليته.

أبعاد صورة الجسم :

يتضمن مفهوم صورة الجسم عدداً من الأبعاد منها :

أ (**البعد المعرفي**) : ويقصد به أفكار ومعتقدات الفرد عن جسمه من حيث الطول والوزن وملامح الوجه والتناسق بين أجزاء الجسم المختلفة.

ب (**البعد الانفعالي**) : ويقصد به مشاعر الفرد نحو صورة جسمه المدركة، ويتضمن عدة جوانب منها (الرضا والاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم لدى الفرد ولدى الآخرين).

ج (**البعد السلوكي**) : ويقصد به ما يقوم به الفرد من سلوكيات ترتبط بالمظهر الجسمي (جيهان محمود، ٢٠١٥).

النماذج والأطر النظرية المفسرة لتشوه صورة الجسم:

هناك عدد من النماذج المفسرة لتشوه صورة الجسم وسوف نعرض بعض منها:

[١] نظرية المقارنة الاجتماعية Social Comparison Theory :

يرى اصحاب هذه النظرية أن الأفراد لديهم دافع لمقارنة أنفسهم بالآخرين وبأصحاب الصور الجسدية المثالية لتكوين صورتهم عن أنفسهم وتقييمها، وعندما تقوم المرأة بمقارنة نفسها بالصورة المثالية يتأكد لديها المعتقد بضرورة أن تكون نحيفة، وبالتالي يتكون الدافع لتحقيق ذلك، مثال السيدات عند مشاهدتهن للتلفاز تقارن نفسها بالمشاهير، وعند إدراك التناقض بين صورتهم الفعلية والمثالية تقوم باتباع نظام غذائي صارم لخفض الوزن لتحقيق صورة الجسم المثالية، ويبدأ هذا

الدافع في مرحلة المراهقة عندما تبدأ المراهقة بمقارنة نفسها بالآخرات (Bissell & Zhou, 2004; Huryk, 2020).

[٢] نظرية الثقافة الاجتماعية المفسرة لاضطراب صورة الجسم لدى ذوات اضطرابات الأكل : Sociocultural Theory

تُعد نظرية الثقافة الاجتماعية هي الأكثر تدعيمًا وتأييدًا لتفسير اضطراب صورة الجسم، حيث يركز على المستويات الاجتماعية للجمال، وفي هذا الصدد يرى "ستريجيل - مور وآخرون Striegel - Moor et al." أنه كلما أعتقدت الأنثى أن ما هو سمين أو بدين أمر سيئ، وكل ما هو نحيف أمر جميل اتجهت نحو النحافة، وكلما ازداد توترها واكتئابها، أصبحت منشغلة بصورة الجسم والوزن. وهناك مجموعة من العوامل التي تفسر التأثير الاجتماعي الثقافي على صورة الجسم منها :

- ١ - إن الغالبية العظمى لأفراد أى مجتمع ينظرون إلى البدانة على أنها وصمة عار.
 - ٢ - إن النمط الثابت لجسم الأنثى يولد الانشغال الزائد عن الحد بالسعي الدءوب نحو النحافة والجمال.
 - ٣ - أن معظم المجتمعات تدعم الاعتقاد بأن نحافة الأنثى من أكثر المعالم الهامة للجاذبية بمعنى أن الرشاقة أو النحافة ترادف الجمال.
 - ٤ - أن وزن وشكل جسم الأنثى من المحددات الرئيسية للجاذبية الجسمية (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٣).
- وتعتمد الدراسة الحالية على نظرية المقارنة الاجتماعية فى تفسير اضطراب صورة الجسم.

ثانياً: الكرب النفسي:

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

كما يعرف الكرب النفسي بأنه "حالة انفعالية سلبية متعددة الأبعاد (سلوكية، وجدانية، ومعرفية، وجسمية، واجتماعية) وهو أشد من القلق والاكتئاب ويرجع للصعوبات التي يتعرض لها الفرد (هدى سعيد، ٢٠١٧).

ويعرف الكرب أيضاً بأنه "عدم القدرة على تحمل المشاعر السلبية المرتبطة بأحداث الحياة الضاغطة أو الصادمة ويتوقف على مدى تقييم الفرد وتفسيره لتلك الأحداث" (رشا عمر، ٢٠٢١).

وقد عرفه الباحثان 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.

النماذج والأطر النظرية المفسرة للكرب النفسي:

هناك عدد من النماذج المفسرة للكرب النفسي وسوف نعرض بعضاً منها على النحو التالي:

[١] نموذج الشعور بالضغط المعتمدة على الموارد Stress Model Based on the

: Conservation of Resources (COR)

أرجع هذا النموذج الكرب النفسي والشعور بالضغط إلى مدى توافر الموارد للفرد للتعيش مع الأحداث الضاغطة؛ حيث يشير هذا النموذج إلى أن الفرد لديه إمكانيات وموارد داخلية وخارجية، حيث تتضمن الإمكانيات والموارد الداخلية سمات الشخصية للفرد مثل (القدرة على التحكم، وفاعلية الذات.. وغيرها) بينما تتضمن الإمكانيات والموارد الخارجية العلاقات الشخصية وموارد الطاقة (كالوقت والمال والطاقة)؛ وامتلاك الفرد مجموعة واسعة من الإمكانيات والموارد توفر له الشعور بالتوافق النفسي والقدرة على التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة؛ بينما يؤدي فقدان الفرد للإمكانيات والموارد إلى الشعور بالكرب النفسي (Freedy, et al, 1994).

[٢] النموذج المعرفي :

وفقاً لهذا المنظور المعرفي فإن الإدراكات السلبية تُعد 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 كفء 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 على ذلك من ارتفاع في معدلات القلق والخوف تنتهي إلى ظهور 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).

ويتبنى الباحثان النموذج المعرفي في تفسير الكرب النفسي لاتفاقه مع منظور الدراسة الحالية.

ثالثاً: 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 يفطر الشخص في تناول كميات كبيرة من الطعام أو يصاب بحالة من العزوف عن تناول الطعام فتظهر اضطرابات الأكل لديه (عبدالرحمن العيسوي، ٢٠٠٦).

أنواع اضطرابات الأكل محل اهتمام الدراسة الحالية :

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).

ويتبنى الباحثان التعريف السابق لاضطراب فقدان الشهية العصبي لاعتماد الدراسة الحالية على المقياس الذي أعدته زينب شقير لقياس اضطراب فقدان الشهية العصبي.

أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 :

- ١ - 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 وزن أقل من المعايير الطبيعية للأطفال أو المراهقين ومنخفض عن الحد الأدنى المتوقع.
- ٢ - خوف شديد من اكتساب أو زيادة الوزن أو أن يصبح الفرد سميناً أو السلوك المتواصل لفقدان الوزن بصورة جوهرية والذي يتعارض مع اكتساب الوزن.
- ٣ - تأثير مفرط لوزن أو شكل الجسم مبنى 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).

وتعرفه (زينب شقير، ١٩٩٩) بأنه نوبات متكررة من الإفراط في تناول الطعام، يعقبه قيء أو استخدام المليينات، مع الاهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم، وقد يؤدي القيء المتكرر إلى اضطراب في معادن الجسم ومضاعفات جسمية.

ويتبنى الباحثان التعريف السابق لاضطراب الشره العصبي لاعتماد الدراسة الحالية على المقياس الذي اعدته زينب شقير لقياس اضطراب الشره العصبي؛ ولاتفاقه مع المحكات التشخيصية لاضطراب الشره العصبي الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس DSM-5.

أعراض اضطراب الشره العصبي كما وردت في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس DSM-5 :

أ (نوبات متكررة من النهم 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 النهم.

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) النهم 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 ووزن الجسم.

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

النماذج النظرية المفسرة لاضطرابات الأكل:

يوجد 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 كآآتي :

[١] نموذج الإدمان The Addiction Model:

يعتمد 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 مهيئة للاستخدام الطعام كمواد إدمانية مثل العوامل البيوكيميائية، والأسرية والثقافية (Krentz, 2001).

[٢] النموذج الثقافي الاجتماعي Sociocultural Model :

يرى هذا النموذج اضطرابات الأكل على إنها 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، وإنه يجسد المرأة النحيفة على إنها أكثر نجاحاً وجاذبية وذلك عكس المرأة ذات الوزن الزائد، والذي يُعد المصدر الرئيسي لعدم رضا الأفراد عن اجسادهم خاصة النساء، واللاتي يرغبن بالحصول على أجسام رشيقة 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"ديوراند" Durand 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 السيروتينين، 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، وأخيراً، يأتي دور التأثيرات الاجتماعية التي تشمل الضغوط الثقافية التي تقدمها وسائل الإعلام للحث على الاحتفاظ بالقوام النحيف وكذلك الضغوط الأسرية من معظم الآباء على أبنائهم من أجل إتباع النظام الغذاء الصحي، حيث يحفزونهم على الحد من تناول الوجبات الغذائية من أجل إنقاص الوزن، بالإضافة إلى التفاعلات الأسرية غير السوية، وكل هذه العوامل مجتمعة تؤدي إلى أن يصبح نمط الأكل غير الطبيعي سائداً وثابتاً بدرجة كبيرة، وبالتالي يصعب التخلص منه، فيؤدي ذلك إلى الإصابة بالشره العصبي أو فقدان الشهية العصبي (Barlow & Durand, 1999).

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

الدراسات السابقة:

سوف نعرض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة في ثلاث فئات هما:

١ - دراسات تناولت العلاقة بين صورة الجسم واضطرابات الأكل.

٢ - دراسات تناولت العلاقة بين الكرب النفسي واضطرابات الأكل.

٣ - دراسات جمعت بين تشوه صورة الجسم والكرب النفسي.

أولاً : الدراسات التي تناولت العلاقة بين صورة الجسم واضطرابات الأكل:

أجرى مجدى محمد الدسوقي (٢٠٠٧) دراسة هدفت إلى التحقق من تأثير المستوى الاجتماعي الاقتصادي (المنخفض - المرتفع)، واضطرابات الأكل (فقدان الشهية فى مقابل الأسوياء) فى علاقتها بكل من صورة الجسم والاكتئاب وتقدير الذات والرهاب الاجتماعي، وتمثلت عينة الدراسة (ن= ٦٠٠ طالبة) من الفرقة الأولى بكلية الآداب جامعة المنوفية، ممن تتراوح أعمارهن ما بين ١٨-١٩ عاماً، مقسمة إلى أربع مجموعات، وتمثلت أدوات الدراسة فى مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة لـ "عبد العزيز الشخصي، ١٩٩٥" واستخبار تجنب صورة الجسم لـ "روزين وآخرين، ١٩٩١" وقائمة تشخيص الاكتئاب لـ "زيرمان وآخرين، ١٩٩٤"، ودليل تقدير الذات لـ "هودسون، ١٩٩٤"، وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين فقدان الشهية العصبي والسويات فى تجنب صورة الجسم وكانت الفروق فى اتجاه ذوات فقدان الشهية العصبي، وتشير هذه النتيجة إلى أن الطالبات ذوات فقدان الشهية العصبي يحدث لديهن اضطراب فى صورة الجسم، حيث يدركن أنفسهن على أنهن بدينات للغاية وغير رشقات بينما يظهرن للآخرين على أنهن نحيفات وناقصات الوزن.

كما قام مجدى محمد الدسوقي (٢٠٠٧) بدراسة أخرى على الشره العصبي فى علاقته بصورة الجسم والتي هدفت إلى التحقق من تأثير كل من متغير الجنس أو النوع، واضطراب الشره العصبي وعلاقته بصورة الجسم والاكتئاب وتقدير الذات والرهاب الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (ن= ٥٥٠ مبحوثاً) من بين طلاب الفرقة الأولى بكلية التربية النوعية جامعة المنوفية، وتم تقسيم العينة الى أربع مجموعات، واستخدمت الدراسة اختبار الشره العصبي لـ "ثيلين وآخرين، ١٩٩٦"، بالإضافة الى استخبار تجنب صورة الجسم لـ "روزين وآخرين، ١٩٩١" وقائمة تشخيص الاكتئاب لـ "زيرمان وآخرين، ١٩٩٤"، ودليل تقدير الذات لـ "هودسون، ١٩٩٤"، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائياً بين مجموعتي الطلاب والطالبات ذوى الشره العصبي ومجموعتي الأسوياء فى تجنب صورة الجسم، وجاءت هذه الفروق فى اتجاه ذوى الشره العصبي، مما يشير إلى أن الأفراد ذوى الشره العصبي يحدث لديهم اضطراب فى صورة الجسم.

وأهتمت دراسة جونزالز وآخرون (Gonzalez and et al., (2012) بايجاد الفروق بين مرضى فقدان الشهية العصبي فى مدى تشوه صورة الجسم، وتكونت العينة من (ن= ١٨٧) مريض تراوحت أعمارهم ما بين ١٧-٥٧ عاماً بمتوسط عمر قدره (٨,١٥±٢٦,٧) عاماً، وقد أستخدم مقياس شكل الجسم (The Body Shape Questionnaire (BSQ)، وأوضحنت النتائج أن ٢١,٤% من المرضى

قد ظهرت عليهن الأعراض قبل عمر الـ ١٤ عاماً، كما ظهر التشوه في صورة الجسم بشكل واضح لدى الإصابات المبكرة، مقارنة بالإصابات في الأعمار المتأخر.

كما توصلت دراسة دنجمينز وآخرين (Dingemans and et al., 2012) لى أن مرضى اضطرابات الأكل لديهم تشوه في صورة الجسم، حيث اهتمت بدراسة اضطراب تشوه صورة الجسم لدى مرضى اضطرابات الأكل، وتمثلت عينة الدراسة في (ن=١٥٨ من مرضى اضطرابات الأكل) منهم ١٥٤ أنثى و ٤ ذكور، بمتوسط عمر قدره (٨,٧±٢٧,٠) عاماً، بمدى عمري قدره (١٥-٥٢) عاماً، واستخدمت الدراسة أدوات مثل مقياس تشوه صورة الجسم **Screening Instrument for Body Dysmorphic Disorder (SI-BDDr)** ، ومقياس القلق حول المظهر العام **"My Looks Questionnaire (MLQ)"** ، ومقياس القلق حول صورة الجسم **Body Image Concern Inventory (BICI)** ، ومقياس فحص اضطرابات الأكل **Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)**، وتوصلت النتائج إلى أن ٤٥% من أفراد العينة لديهم تشوه في صورة الجسم، كما يوجد علاقة طردية بين تشوه صورة الجسم وشدة أعراض اضطرابات الأكل؛ وتجدر الإشارة إلى عدم وجود توازن في تمثيل الذكور والإناث، حيث كانت عينة الإناث ١٥٤ مبحثاً، والذكور ٤ فقط.

وأشار كوسكنا (Koskina, 2014) إلى وجود تشوه في صورة الجسم لدى مرضى اضطرابات الأكل، حيث قام بدراسة على عينة مكونة من (ن=٦٠ مبحثاً) مقسمة إلى ثلاث مجموعات بالتساوي بين مجموعة من مرضى اضطرابات الأكل، ومجموعة من الأسوياء المتبعين للحمية الغذائية، ومجموعة من الأسوياء غير المتبعين للحمية الغذائية، وتم استخدام مقياس تشوه صورة الجسم **The Rubber Hand Illusion**، وأشارت النتائج إلى أن مرضى اضطرابات الأكل لديهم تشوه في صورة الجسم.

في حين لم تتفق نتائج دراسة فالنتين (Valentin 2019) مع الدراسات السابقة، حيث قام بدراسة هدفت إلى كشف العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات وخطر الإصابة باضطرابات الأكل، وتكونت العينة من (ن=٥٠ مبحثاً) من المرحلة الثانوية، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الاتجاهات نحو الأكل **Eating Attitudes Test-26(EAT-26)**، ومقياس تقدير الذات **The Rosenberg Self Esteem Scale (RSS)**، ومقياس تقدير الجسم **The Body Appreciation Scale (BAS)**، وأشارت النتائج إلى أنه لا توجد علاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات وخطر الإصابة باضطرابات الأكل، كما أن صورة الجسم لم تنبئ بخطر الإصابة باضطرابات الأكل.

بينما توصلت دراسة منى محمد حسيني (٢٠٢٠) إلى أن صورة الجسم تنبئ بفقدان الشهية العصبي؛ حيث هدفت دراستها إلى الكشف عن دور المخططات المعرفية غير التوافقية وصورة

الجسم في التنبؤ بمظاهر فقدان الشهية العصبي لدى عينة من المراهقات؛ وتكونت عينة الدراسة من (ن=300) طالبة من الصف الأول والثاني والثالث الثانوي، بمدى عمري يتراوح بين (١٥-١٧) عاماً، بمتوسط عمر قدره (٢,١±١٦) عاماً، واستخدمت الدراسة مقياس "يونج" للمخططات المعرفية غير التوافقية - النسخة المختصرة الثالثة، ومقياس صورة الجسم لـ "محمد عبد الصبور"، ومقياس مظاهر اضطراب فقدان الشهية العصبي إعداد "منى محمد حسيني"، وكانت النتائج تشير إلى وجود علاقة ارتباطية بين صورة الجسم ومظاهر اضطراب فقدان الشهية العصبي، كما أسهمت صورة الجسم في التنبؤ بمظاهر فقدان الشهية العصبي بنسبة ٤٥%.

ثانياً: الدراسات التي تناولت العلاقة بين الكرب النفسي واضطرابات الأكل:

قام ميشيل وآخرون (Michael and et al., (2007 بدراسة هدفت إلى دراسة دور تحمل الكرب النفسي على اضطرابات الأكل، وتكونت العينة من (ن=200) (مبحوث) منهم ٦٨.٥% إناثاً و٣١,٥% ذكور، بمدى عمري قدره (١٦-٢٥ عاماً) ومتوسط عمر قدره (١,٠٩±١٨,٣٢) عاماً، وتم استخدام مقياس تحمل الكرب النفسي **The Distress Tolerance Scale**، ومقياس بك للاكتئاب **The Beck Depression Inventory II (BDI-II)**، ومقياس بك للقلق **The Beck Anxiety Inventory (BAI)**، ومقياس اضطرابات الأكل **The Eating Disorder Inventory (EDI)**، وتوصلت النتائج إلى أن تحمل الكرب النفسي يعتبر منبئاً باضطرابات الأكل خاصة الشره العصبي.

كما أشار أوبراين وآخرين (O'Brien and et al., (2016 إلى دور الكرب النفسي كوسيط في العلاقة بين وصمة زيادة الوزن **Weight Stigma** وسلوكيات الأكل، وتكونت عينة الدراسة من (ن= 634) (مبحوثاً، منهم ١٦٨ ذكراً و٤٦٦ إناثاً) بمتوسط عمر قدره (٣,٠٧±١٩,٧) عاماً، واستخدم مقياس المضايقة **The Perception of Teasing Scale (POTS)** لقياس وصمة زيادة الوزن، كما استخدم مقياس الضغوط والقلق والاكتئاب **The Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)** لقياس الشعور بالكرب النفسي، وتم استخدام مقياس الأكل الثلاثي **The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18)**، ومقياس فقد التحكم في سلوكيات الأكل **Loss of Control of Eating Scale** وذلك لقياس سلوكيات الأكل، وتوصلت النتائج إلى أن الكرب النفسي يعد وسيطاً في العلاقة بين وصمة زيادة الوزن وسلوكيات الأكل المضطربة، كما أن الشعور بالكرب النفسي يزيد من سلوكيات الأكل المضطربة.

واتفقت نتائج دراسة الثاني وخالد (Al-Thani & Khaled (2018 مع نتائج الدراسة السابقة حيث هدفت إلى دراسة سلوكيات الأكل وعلاقتها بالكرب النفسي واضطرابات الأكل، واشتملت العينة على (ن=١٦١٥) طالبة من طالبات الجامعة)، واستخدم مقياس **The Kessler Psychological Distress Scale** لقياس الكرب النفسي، ومقياس الاتجاهات نحو الأكل **The eating Attitudes Test (EAT-26)**،

ومقياس سلوكيات الأكل **Other eating behaviors Test**، وتوصلت النتائج إلى أن هناك علاقة طردية دالة بين الشعور بالكرب النفسي واضطرابات الأكل، كما أن ١٨% من حجم العينة قد عانين من اضطرابات الأكل، و ٣٣% من أفراد العينة لديهم مستوى مرتفع من الشعور بالكرب النفسي.

ثالثاً: دراسات تناولت العلاقة بين تشوه صورة الجسم والكرب النفسي:

وأضاف كورستورفين وآخرون (Corstorphine and et al., (2007 إلى أن هناك علاقة بين صورة الجسم والكرب النفسي حيث هدفت دراسته إلى دراسة العلاقة بين الكرب النفسي وصورة الجسم واضطرابات الأكل، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين، مجموعة من مرضى اضطرابات الأكل وقوامها (ن=٧٢ طالبة، بمتوسط عمر قدره ٢٨,٤٣±٥,٧٨ عاماً)، ومجموعة أخرى من الأسوياء وقوامها (ن=٦٢ طالبة، بمتوسط عمر قدره ٢٨,٤٨±٧,٨٠ عاماً)، واستخدم مقياس اضطرابات الأكل **Eating Disorders Inventory (EDI)** ، ومقياس تحمل الكرب **Distress Tolerance Scale (DTS)** ، وتوصلت النتائج إلى أن مرضى اضطرابات الأكل بشكل عام ومرضى الشره العصبي بشكل خاص يستخدمون استراتيجيات التجنب كأحد استراتيجيات تحمل الكرب، كما يوجد علاقة طردية بين عدم الرضا عن صورة الجسم والشعور بالكرب واستخدام استراتيجيات التجنب، كما يوجد علاقة عكسية بين عدم الرضا عن صورة الجسم واستراتيجيات تحمل الكرب (خاصة التقبل والإدارة).

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)، وتراوح أعمار العينة من ٢٦-٥٦ عاماً (بمتوسط عمر قدره ٣٩,٣±١٠,٢٥) عاماً، واستخدمت الدراسة مقياس اضطرابات الأكل **Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)**، ومقياس العلاقات النفسجسمية 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 المقياس السابق ذكرها قبل ممارسة التعقل وبعده، وتوصلت النتائج إلى أن المرضى قد أظهروا تحسناً دالاً خاصة في تقدير الذات، كما أن هناك 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.

وقدم بروز وآخرون (Prowse and et al., (2013 بدراسة بعنوان أعراض اضطرابات الأكل وصورة الجسم والتعقل لدى عينات غير إكلينيكية، والتي استهدفت طلبة الجامعة (ن=٤١١ طالب،

منهم ٣٠٩ من الإناث و ٩٨ من الذكور)، تراوحت أعمارهم ما بين (١٧-٥٧) عامًا، بمتوسط عمر قدره (٢٢,٥) عامًا، وتم استخدام المقياس السلوكي للأعراض اضطرابات الأكل Behavioral Measure of Eating Disorder Symptoms، وبطارية كنتوكي لمهارات التعقل The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)، ومقياس صورة الجسم، وقائمة الاكتئاب والقلق والضغوط، وتوصلت النتائج إلى أن من لديهم أعراض اضطرابات الأكل لديهم تشوه في صورة الجسم، ويشعرون بالقلق والاكتئاب والضغط النفسي، كما أن هناك انخفاض في مستوى التعقل، بالإضافة إلى وجود علاقة عكسية بين التعقل وكل من القلق والاكتئاب والضغوط النفسية وتشوه صورة الجسم.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

- وبتحليل العرض السابق للدراسات السابقة نلاحظ أن هناك عددًا من الملاحظات التي مهدت لإجراء الدراسة الحالية، والتي تُعد بمثابة مبررات لها، نجلها في النقاط التالية :
- ١ - تعارض بعض نتائج الدراسات السابقة كدراسة فالنتين (2019) حول علاقة تشوه صورة الجسم بأعراض اضطرابات الأكل.
 - ٢ - يوجد اختلاف بين الدراسات في الأدوات المستخدمة لقياس اضطرابات الأكل مما يؤدي إلى صعوبة المقارنة بين نتائج الدراسات.
 - ٣ - قلة الدراسات التي تناولت علاقة الكرب النفسي باضطرابات الأكل.
 - ٤ - قلة الدراسات التي اهتمت بدراسة الفروق بين مرضى اضطرابات الأكل في تشوه صورة الجسم ومكوناته الفرعية.
 - ٥ - اقتصرت الدراسات على إثبات وجود علاقة بين صورة الجسم واضطرابات الأكل.
 - ٦ - قلة الدراسات التي اهتمت بوجود فروق بين مرضى اضطرابات الأكل في الكرب النفسي ومكوناته الفرعية.

فروض الدراسة:

- ومن خلال نتائج الدراسات السابقة، يمكن صياغة الفروض على النحو التالي :
- ١ - لا توجد فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي في تشوه صورة الجسم؛ في حين توجد فروق بينهما وبين مجموعة السويات في تشوه صورة الجسم في اتجاه ذوات أعراض اضطرابات الأكل.
 - ٢ - لا توجد فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي في الكرب النفسي؛ في حين توجد فروق بينهما وبين مجموعة السويات في الكرب النفسي في اتجاه ذوات أعراض اضطرابات الأكل.

٣ - توجد علاقة ارتباطية موجبة بين تشوه صورة الجسم والكرب النفسي لدى مجموعات الدراسة الثلاث.

المنهج والإجراءات:

أولاً : منهج الدراسة:

اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي الفارقي؛ حيث يتناسب مع طبيعة الدراسة وأسئلتها واختبار فروضها.

ثانياً : عينة الدراسة وخصائصها:

تكونت عينة الدراسة من (٣٠٠) مبحوثة 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 تجنباً للضغوط التي تسببها الكليات العملية للطالبات. ثم تم اختيار عينة مكونة من ثلاث مجموعات على النحو التالي:

أ (مجموعة فقدان الشهية العصبي: وتكونت من (ن=٧٥) مبحوثة من المرتفعات في أعراض فقدان الشهية العصبي؛ وتمثل الربيع الأعلى من العينة الأساسية (ن=٣٠٠) مبحوثة بناءً على درجاتهن على مقياس فقدان الشهية العصبي إعداد زينب شقير (٢٠٠٠)، وكان متوسط العمر $M=19.88 \pm 1.19$ عامًا.

ب) مجموعة الشره العصبي: تكونت من (ن=٧٥) مبحوثة من المرتفعات في أعراض الشره العصبي؛ وتمثل الربيع الأعلى من العينة الأساسية (ن=٣٠٠) مبحوثة بناءً على درجاتهن على مقياس الشره العصبي إعداد زينب شقير (٢٠٠٠)، وكان متوسط العمر $M=19.14 \pm 1.14$ عامًا.

ج (مجموعة السويات: تكونت من (١٠٠) مبحوثة من المبحوثات المنخفضات في الدرجات على مقياسي فقدان الشهية العصبي والشره العصبي؛ حيث تمثل هذه العينة الدرجات الأقل من الحد الأدنى لدرجات المبحوثات في كلتا المجموعتين السابقتين (الثلث الأدنى من العينة الكلية ن=٣٠٠) وذلك على مقياسي فقدان الشهية العصبي والشره العصبي.

وفيما يلي خصائص العينة بمجموعاتها الثلاث وهما:

التعليم :

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

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

اضطرابات الأكل	مجموعة فقدان الشهية العصبي	(النسبة)	مجموعة الشره العصبي	(النسبة)	مجموعة السويات	(النسبة)	كا ^٢	الدلالة
السنة الدراسية								
سنة أولى	١٧	(%٦,٨)	١٦	(%٦,٤)	٣٤	(%١٣,٦)	٠,٤٤٢	غير دالة
سنة ثانية	٢٣	(%٩,٢)	٢١	(%٨,٤)	٢٩	(%١١,٦)		
سنة ثالثة	٢٠	(%٨,٠)	٢٤	(%٩,٦)	٢٤	(%٩,٦)		
سنة رابعة	١٥	(%٦,٠)	١٤	(%٥,٦)	١٣	(%٥,٢)		

بالنظر في الجدول السابق رقم (١) يتبين عدم وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاثة فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة على متغير التعليم.

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

اضطرابات الأكل	مجموعة فقدان الشهية العصبي	(النسبة)	مجموعة الشره العصبي	(النسبة)	مجموعة السويات	(النسبة)	كا ^٢	الدلالة
الوزن الحالي								
(٥٥-٤٠) كجم	٢٠	(%٨,٠)	١٣	(%٥,٢)	٣٧	(%١٤,٨)	٠,٠١٣	دالة
(٧٠-٥٦) كجم	٢٨	(%١١,٢)	٣٤	(%١٣,٦)	٤٦	(%١٨,٤)		
(٨٥-٧١) كجم	٢٥	(%١٠,٠)	٢١	(%٨,٤)	١٤	(%٥,٦)		
(١٠٠-٨٦) كجم	٢	(%٠,٨)	٥	(%٢,٠)	٢	(%٠,٨)		
(١١٥-١٠١) كجم	٠	(%٠,٠)	٢	(%٠,٨)	١	(%٠,٤)		

بالنظر في الجدول السابق رقم (٢) يتضح وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاثة فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة على متغير الوزن الحالي لأفراد العينة.

جدول رقم (٣) توزيع أفراد العينة على متغير الوزن الذي يرغبون الوصول إليه

اضطرابات الأكل	مجموعة فقدان الشهية العصبي	(النسبة)	مجموعة الشره العصبي	(النسبة)	مجموعة السويات	(النسبة)	كا ^٢	الدلالة
الوزن المرغوب								
(٥٥-٤٠) كجم	٢٤	(%٩,٦)	٢١	(%٨,٤)	٢٧	(%١٠,٨)	٠,٨٧٥	غير دالة
(٧٠-٥٦) كجم	٤٩	(%١٩,٦)	٥١	(%٢٠,٤)	٧١	(%٢٨,٤)		
(٨٥-٧١) كجم	٢	(%٠,٨)	٣	(%١,٢)	٢	(%٠,٨)		
(١٠٠-٨٦) كجم	٠	(%٠,٠)	٠	(%٠,٠)	٠	(%٠,٠)		

باستقراء الجدول السابق رقم (٣) يتبين عدم وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاثة فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة على متغير الوزن الذي يرغبون الوصول إليه.

جدول رقم (٤) توزيع أفراد العينة على متغير معدل كتلة الجسم

اضطرابات الأكل	مجموعة فقدان الشهية العصبي	(النسبة)	مجموعة الشره العصبي	(النسبة)	مجموعة السويات	(النسبة)	كا ^٢	الدلالة
الوزن المرغوب								
(أقل من ١٨,٥) كجم	٣٧	(%١٤,٨)	٣١	(%١٢,٨)	٥٧	(%٢٢,٨)	٠,١٥١	غير دالة
(٢٤,٩-١٩) كجم	٣٠	(%١٢,٠)	٣٢	(%١٢,٨)	٣٩	(%١٥,٦)		
(٢٩,٩-٢٥) كجم	٧	(%٢,٨)	٩	(%٣,٦)	٣	(%١,٢)		
(٣٠ فأكثر) كجم	١	(%٠,٤)	٣	(%١,٢)	١	(%٠,٤)		

باستقراء الجدول السابق رقم (٤) يتبين عدم وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاثة فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة على متغير معدل كتلة الجسم.

جدول رقم (٥) توزيع أفراد العينة على متغير العلاج الحالي من اضطرابات الأكل

اضطرابات الأكل العلاج الحالي	مجموعة فقدان الشهية العصبى	(النسبة)	مجموعة الشه العصبى	(النسبة)	مجموعة السويات	(النسبة)	كا ^٢	الدلالة
نعم	١٤	(%٥,٦)	١٠	(%٤,٠)	٠	(%٠,٠)	٠,٠٠٠١	دالة
لا	٦١	(%٢٤,٤)	٦٥	(%٢٦,٠)	١٠٠	(%٤٠,٠)		

باستقراء الجدول السابق رقم (٥) يتبين وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاثة فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة على متغير العلاج الحالي من اضطرابات الأكل.

ثالثاً: وصف أدوات الدراسة :

تمثلت أدوات الدراسة الحالية في ثلاثة مقاييس بالإضافة لاستمارة البيانات الديموجرافية كالتالي:

- ١ - مقياس تشوه صورة الجسم (إعداد الباحثين).
 - ٢ - مقياس الكرب النفسي (إعداد الباحثين).
 - ٣ - مقياس اعراض اضطرابات الأكل ويشمل فقدان الشهية العصبى والشه العصبى (تأليف زينب محمود شقير، ٢٠٠٠).
- وفيما يلي عرض لمقاييس الدراسة:

[١] مقياس تشوه صورة الجسم (إعداد الباحثين):

بعد مراجعة التراث والمقاييس النفسية المتاحة، رأى الباحثان أن هناك ضرورة لتصميم مقياس يختص بقياس تشوه صورة الجسم، لأن المقاييس المتاحة في التراث العربي تتضمن أبعاداً غير مستهدفة في دراستنا الحالية، مثل مقياس اضطراب صورة الجسم لـ مجدي الدسوقي (٢٠٠٤) والذي تتضمن اضطراب التشوه الجسمي وتمثله بعض البنود مثل (أفحص مظهري في المرآة كلما سنحت لي الفرصة، أشعر بالرضا عن المنطقة السفلية من جسمي كالردين والفخين والساقين)؛ وتتضمن مكونات المقياس الحالي المكون المعرفي والذي يشير إلى التقدير الخاطئ في حجم الجسم وما يتضمنه من أفكار ومعتقدات حول صورة الجسم، والمكون الانفعالي ويتضمن عدم الرضا والقلق حول تشوه صورة الجسم والمكون السلوكي والذي يشير إلى ما يقوم به الفرد من سلوكيات ناتجة عن هذا التشوه.

خطوات إعداد المقياس:

فيما يلي نعرض الخطوات المتبعة في إعداد المقياس وهي كالتالي:

أ (الإطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة لمفهوم تشوه صورة الجسم: ومن تلك الدراسات كل من دراسة (هاري 2020، Hury؛ ماويل 1983، Mable؛ كولمان 2016، Coleman؛ روبين 1995، Rubin؛ هارابوسكي 2005، Hrabosky؛ ليوفر 2002، Lauffer؛ ليتتشي 2007، Leichty؛ إرب 2010، Erb؛ ببسل وذاهو 2004، Bissell & Zhou؛ جيهان محمود، 2015).

ب (الإطلاع على المقاييس السابقة: تم الإطلاع على عدد من المقاييس التي صممت لقياس اضطراب صورة الجسم، وذلك بهدف الاستفادة من هذه المقاييس في إعداد المقياس الحالي، وهذه المقاييس ما يلي:

- مقياس اضطراب صورة الجسم (مجدي الدسوقي، 2004).
- مقياس صورة الجسم (زينب شقير، 2002).
- مقياس شكل الجسم (The Body Shape Questionnaire (BSQ-34) ل كوبر وآخرون (Cooper, et al, 1987).
- مقياس اضطراب صورة الجسم (Body Image Disturbance Questionnaire (BIDQ) ل هارابوسكي (Hrabosky, 2005).
- ومقياس القلق حول الشكل والوزن (Concerns for Shape & Weight Scale (CSAW) ل كمهان (McMahan, 2009).

ج (صياغة البنود أو العبارات: بناءً على ما سبق تمت صياغة بنود المقياس الحالي والذي يتضمن ثلاثة مكونات المكون المعرفي مكون من (13) بنوداً مثل (أرى نفسي من الأشخاص ذوي الوزن الزائد)؛ والمكون الانفعالي مكون من (10) بنود مثل (أشعر أن مظهري العام أقل جاذبية من غيري)؛ والمكون السلوكي مكون من (12) بنوداً مثل (أتناول كميات قليلة من الطعام حتى لا يتأثر وزني)؛ والمقياس ككل مكون من (35) بنوداً أو عبارة تدور حول تشوه صورة الجسم. وبعد عرض المقياس على السادة المحكمين- أصبح المقياس في صورته النهائية مكون من (34) بنوداً تدور حول اضطراب تشوه صورة الجسم. مقسمة إلى ثلاث مكونات كالتالي:

- المعرفي وتمثله البنود من (1-13).
- الانفعالي وتمثله البنود من (14-23).
- السلوكي بوعي وتمثله البنود من (24-34).

د (طريقة التصحيح: يجيب الفرد على كل بند باختيار بديل واحد فقط من بدائل الإجابة؛ ويعطى البديل (لا ينطبق) الوزن (1)؛ والبديل (ينطبق إلى حد ما) يعطى الوزن (2)؛ والبديل (ينطبق بدرجة متوسطة) يعطى الوزن (3)؛ ويعطى البديل (ينطبق بدرجة كبيرة) الوزن (4)؛ والبديل (ينطبق بدرجة كبيرة جداً) يعطى الوزن (5). ولا يوجد بنود عكسية، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية

على المقياس ما بين (٣٤-١٧٠) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع مستوى تشوه صورة الجسم.

الخصائص السيكومترية لمقياس تشوه صورة الجسم:

وللتحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة قام الباحثان بحساب الصدق والثبات للمقياس على عينة مكونة من (ن=٣٠ مبحوثة) في كل مجموعة من مجموعات الدراسة الثلاث، تتوافر فيها خصائص العينة الأساسية من حيث العمر والتعليم وذلك على النحو التالي:

أولاً: تقدير صدق المقياس:

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

١ - الصدق الظاهري (صدق المحكمين): وقد تحقق من الصدق الظاهري للمقياس بعرضه على مجموعة من المتخصصين في مجال علم النفس، وبناءً على هذه الخطوة تم حذف البند رقم (٢٥) لأنه غير مناسب مع البيئة المصرية؛ وقد حصلت الفقرات على نسبة اتفاق تتراوح بين ٩٠-١٠٠% مما يوضح ثبات 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؛ ويوضح الجدول رقم (٦) قيمة معاملات الارتباط كالتالي:

جدول رقم (٦) معاملات الارتباط بين المكونات الفرعية لمقياس تشوه صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس

معامل ارتباط المكون بالدرجة الكلية لمقياس تشوه صورة الجسم	مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)	مجموعة الشره العصبي (ن=٣٠)	مجموعة السويات (ن=٣٠)
المعرفي	**٠,٩٠٠	**٠,٨٩٣	**٠,٩٢٩
الانفعالي	**٠,٩٠٥	**٠,٩٤٠	**٠,٨٨٤
السلوكي	**٠,٩٠٥	**٠,٨٥٢	**٠,٧٩٧

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

وبالنظر في الجدول رقم (٦)، يتبين أن جميع معاملات الارتباط مرتفعة لدى المجموعات الثلاث، بما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من صدق المفهوم.

ثانياً: ثبات المقياس:

تم حساب الثبات بطريقتي القسمة النصفية والفا كرونباخ لدى مجموعات الدراسة مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان-بروان في حالة تساوي نصفى المقياس، وتطبيق معادلة جوتمان في حالة الاختلاف؛ ويوضح الجدول رقم (٧) هذا الإجراء:

(١) تشكر الباحثان السادة الأساتذة المحكمين من جامعة القاهرة وهم (د. أميمة سعيد؛ د. آية الله عيده؛ 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).

جدول رقم (٧) معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بين المكونات الفرعية لمقياس تشوه صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس

مجموعة السويات (ن=٣٠)		مجموعة الشره العصبي (ن=٣٠)		مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)		طريقة حساب الثبات مكونات مقياس تشوه صورة الجسم
ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	
٠,٨٣٢	٠,٨١٠	٠,٨٦٩	٠,٨٩٠	٠,٨١٠	٠,٨٧٢	المعرفي
٠,٧٤٥	٠,٧٨٨	٠,٨٨٤	٠,٨٥٤	٠,٧٩٤	٠,٨٥٦	الانفعالي
٠,٧٨٨	٠,٥٦٨	٠,٨٣٣	٠,٩١٢	٠,٨٩٢	٠,٩٢٤	السلوكي
٠,٨٧٥	٠,٨٨٨	٠,٩٣٨	٠,٩٥٢	٠,٩٢٩	٠,٩٥٧	الدرجة الكلية لمقياس تشوه صورة الجسم

يتضح من الجدول رقم (٧) أن مقياس تشوه صورة الجسم يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة ومناسبة لدى مجموعات الدراسة كل مجموعة على حده.

[٢] 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 ل هبة سعيد (٢٠١٧) والذي تضمن بعد الوسواس القهري وتمثله بعض البنود مثل (أأخر 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 التي المتبعة في إعداد المقياس وهي كالتالي:

أ (الاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة لمفهوم الكرب النفسي: ومن ذلك دراسات كل 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، تم استبعاد البند رقم (٥)، وأصبح المقياس في صورته النهائية مكون من (٤٤) بنداً تدور حول الكرب النفسي. مقسمة إلى أربعة مكونات كالتالي:

- ١ - الشعور بالضغط النفسي وتمثله البنود من (١-١٠).
- ٢ - الشعور بالقلق وتمثله البنود من (١١-٢٠).
- ٣ - الشعور بالاكتئاب وتمثله البنود من (٢١-٣٣).
- ٤ - الأعراض البدنية وتمثله البنود من (٣٤-٤٤).

د (طريقة التصحيح: 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). ولا يوجد بنود عكسية، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (٤٤-٢٢٠) 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 العينة المشار إليها من قبل (ن=٣٠) في كل مجموعة من المجموعات الثلاث وذلك 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؛ ويوضح الجدول رقم (٨) قيمة معاملات الارتباط كالتالي:

جدول رقم (٨) 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)	مجموعة السويات (ن=٣٠)
الشعور بالضغط النفسي	**٠,٨٠٥	**٠,٧٩٨	**٠,٨٤٤
الشعور بالقلق	**٠,٨٩٤	**٠,٨٦٣	**٠,٨٠٢
الشعور بالإكتئاب	**٠,٩٣٦	**٠,٩١١	**٠,٨٧٨
وجود أعراض بدنية	**٠,٧٧٤	**٠,٨٥١	**٠,٧٥٠

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

وبالنظر في الجدول رقم (٨)، يتبين أن جميع معاملات الارتباط مرتفعة لدى المجموعات الثلاث، بما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من صدق المفهوم.

ثانياً: ثبات المقياس:

تم حساب الثبات بطريقتي القسمة النصفية والفا كرونباخ لدى المجموعات الدراسة مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان- برونان في حالة تساوى نصفى المقياس، وتطبيق معادلة جوتمان في حالة الاختلاف؛ ويوضح الجدول رقم (٩) هذا الإجراء:

جدول رقم (٩) معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بين المكونات الفرعية لمقياس الكرب النفسي والدرجة الكلية للمقياس

مجموعة السويات (ن=٣٠)		مجموعة الشره العصبي (ن=٣٠)		مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)		طريقة حساب الثبات
ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	
٠,٨٧٤	٠,٨٢٢	٠,٧١٣	٠,٧٦٥	٠,٨٥٩	٠,٨٣٩	الشعور بالضغط النفسي
٠,٨٠٦	٠,٧٩٩	٠,٨٨٨	٠,٨٥٠	٠,٩٥٢	٠,٨٧١	الشعور بالقلق
٠,٩٢٩	٠,٩٠٠	٠,٩٠٢	٠,٨٦٤	٠,٩١٦	٠,٩١٠	الشعور بالإكتئاب
٠,٨٣٧	٠,٨٢٦	٠,٨٩٩	٠,٨٨٧	٠,٨٩٤	٠,٨٩٥	وجود أعراض بدنية
٠,٩٤٥	٠,٩٣٦	٠,٩٦٣	٠,٩٤٤	٠,٩٧٩	٠,٩٥٤	الدرجة الكلية لمقياس الكرب النفسي

يتضح من الجدول رقم (٩) أن مقياس الكرب النفسي يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة ومناسبة لدى مجموعات الدراسة الثلاث.

[٣] مقياس أعراض اضطرابات الأكل ويشمل فقدان الشهية العصبي والشهية العصبي لـ (زينب محمود شقير، ٢٠٠٠):

استخدم مقياس فقدان الشهية العصبي ومقياس الشهية 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 - القيء - الغثيان - استخدام الأدوية المسببة لفقدان الشهية.
- القلق من زيادة الوزن ومحاولة إنقاصه.
- الأعراض الجسمية والمزاجية المصاحبة لفقدان الشهية.
- الانشغال الزائد بالشكل الخارجي وصورته الذهنية.

ويجيب 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 عاماً.

الخصائص السيكومترية لمقياس فقدان الشهية العصبي:

أولاً: تقدير صدق المقياس:

قامت معدة 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 التقنين، 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 (١٠) 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 (١٠) 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:

تم حساب ثبات مقياس فقدان الشهية العصبي في إطار الدراسة الحالية بطريقتي ألفا كرونباخ وثبات القسمية النصفية لدى مجموعات الدراسة مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان-بروان في حالة تساوي نصفى المقياس، وتطبيق معادلة جوتمان في حالة الاختلاف؛ ويوضح الجدول رقم (١١) هذا الإجراء:

جدول رقم (١١) معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمية النصفية بين المكونات الفرعية لمقياس فقدان الشهية العصبي والدرجة الكلية للمقياس

مجموعة السويات (ن=٣٠)		مجموعة الشره العصبي (ن=٣٠)		مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)		طريقة حساب الثبات
القسمية النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمية النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمية النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	
٠,٧٦٩	٠,٦٧٤	٠,٤٨٠	٠,٥٤٨	٠,٤٧٦	٠,٦١٦	الدرجة الكلية لمقياس فقدان الشهية العصبي

يتضح من الجدول رقم (١١) أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ، والقسمية النصفية لمقياس فقدان الشهية العصبي مقبولة لدى مجموعة السويات وتميل للانخفاض 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).

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

قامت مُعدة المقياس بتطبيق المقياس على طلاب وطالبات الفرقة الأولى بكلية التربية جامعة طنطا وعددهم (١٦٨٠) طالباً وطالبة ممن يتراوح العمر الزمني لهم ما بين (١٨-١٩,٦) عاماً، وهي تلك الفترة التي يتزايد فيها معدل انتشار الإصابة بالشره العصبي، ثم تم ترتيب درجات الطلاب والطالبات تصاعدياً، وأجريت المعايير للمقياس على ٢٠٠ طالب، و ٢٠٠ طالبة وهم الذين حصلوا على أعلى الدرجات على المقياس، ثم تم اختيار ٨٠ طالباً و ٨٠ طالبة عشوائياً 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 اتقاق 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 عينتي الذكور والإناث (ن=٢=٨٠) ويوضح ذلك الجدول التالي:

جدول رقم (١٢) 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 (١٢) أن المقياس يميز تمييزاً واضحاً بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى لدى الذكور والإناث، ومن ثم يكون المقياس صادقاً لقياس حالات الشره العصبي.

ثانياً: حساب ثبات المقياس:

تم حساب ثبات مقياس الشره العصبي في إطار الدراسة الحالية بطريقتي القسمة النصفية والفا كرونباخ لدى مجموعات الدراسة مع تصحيح الطول باستخدام معادلة جوتمان؛ ويوضح الجدول رقم (١٣) هذا الإجراء:

جدول رقم (١٣) معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بين المكونات الفرعية لمقياس الشره العصبي والدرجة الكلية للمقياس

مجموعة السويات (ن=٣٠)		مجموعة الشره العصبي (ن=٣٠)		مجموعة فقدان الشهية العصبي (ن=٣٠)		طريقة حساب الثبات
ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	
٠,٤٢٠	٠,٤١٥	٠,٣٣٦	٠,٢٦٢	٠,٧٦٧	٠,٧١٢	مقياس الشره العصبي الدرجة الكلية لمقياس الشره العصبي

يتضح من الجدول رقم (١٣) أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس الشره العصبي مقبولة لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي؛ وتميل إلى الانخفاض نسبياً لدى مجموعة ذوات الشره العصبي ومجموعة السويات.

إجراءات التطبيق :

بعد أخذ موافقة طالبة 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، و ٢٨-١٢-٢٠٢١، و تم التطبيق في ساحات كلية (الآداب، حقوق، تجارة، دار علوم، خدمة إجتماعية).^٢

عرض النتائج ومناقشتها:

نعرض نتائج الدراسة الحالية في المحاور التالية:

- ١ - لا توجد فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي في حين توجد فروق بينهما وبين مجموعة السويات في تشوه صورة الجسم في اتجاه ذوات أعراض اضطرابات الأكل.
- ٢ - لا توجد فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي في حين توجد فروق بينهما وبين مجموعة السويات في الكرب النفسي في اتجاه ذوات أعراض اضطرابات الأكل.
- ٣ - توجد علاقة ارتباطية موجبة بين تشوه صورة الجسم والكرب النفسي لدى المجموعات الثلاث.

أولاً: فيما يتعلق بالفروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي ومجموعة السويات في تشوه صورة الجسم :

تم حساب اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه بين المجموعات الثلاث وهو ما يوضحه الجدول رقم (١٤) :

جدول (١٤) نتائج تحليل التباين الأحادي بين المجموعات الثلاث في متغير تشوه صورة الجسم

الدالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة عند ٠,٠٠٠١	٢٤,٢٣	١٠٣٢٦,٧٢٩	٢	٢٠٦٥٣,٤٥٧	التباين بين المجموعات
		٤٢٦,١٦٧	٢٤٧	١٠٥٢٦٣,١٨٧	التباين داخل المجموعات
			٢٤٩	١٢٥٩١٦,٦٤٤	التباين الكلي

بالنظر للجدول السابق رقم (١٤) يتضح أن قيمة (ف) دالة عند مستوى ٠,٠٠٠١؛ مما يشير إلى وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاث في تشوه صورة الجسم.

جدول رقم (١٥) الفروق بين المجموعات الثلاث في تشوه صورة الجسم

المجموعة	رقم المجموعة	المتوسط (م)	الانحراف المعياري (ع)	قيمة (ت) بين المجموعة رقم	دلالة (ت)
فقدان الشهية العصبي (ن=٧٥)	(١)	٧٥,٩٧	٢٣,٥١	(٢, ١)	٠,٨٧١ (غير دالة)
الشره العصبي (ن=٧٥)	(٢)	٧٦,٦٠	٢٣,٧٤	(٣, ١)	٠,٠٠٠١ (دالة)
السويات (ن=١٠٠)	(٣)	٥٧,٧٤	١٥,١١	(٣, ٢)	٠,٠٠٠١ (دالة)

(٢) نظراً لأن التطبيق يستغرق مده كبيرة تتراوح بين ٣٠-٤٥ دقيقة فكان هناك صعوبة في التطبيق داخل المدرجات.

بالنظر للجدولين السابقين رقم (١٤) ورقم (١٥) نجد أن :

- ١ - لا توجد فروق بين مجموعة فقدان الشهية العصبي ومجموعة الشره العصبي في تشوه صورة الجسم.
- ٢ - توجد فروق دالة بين مجموعة فقدان الشهية العصبي ومجموعة السويات في تشوه صورة الجسم وذلك في اتجاه مجموعة فقدان الشهية العصبي.
- ٣ - توجد فروق دالة بين مجموعة الشره العصبي ومجموعة السويات في تشوه صورة الجسم وذلك في اتجاه مجموعة الشره العصبي.

مما يشير إلى أن المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي لديهن تشوه أعلى في صورة الجسم وذلك مقارنة بمجموعة السويات.

ثانياً: فيما يتعلق بالفروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي ومجموعة السويات في الكرب النفسي:

تم حساب اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه بين المجموعات الثلاث وهو ما يوضحه الجدول رقم (١٦) :

جدول رقم (١٦) نتائج تحليل التباين الأحادي بين المجموعات الثلاث في متغير الكرب النفسي

الدالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة عند ٠,٠٠٠١	٢٦,٢٦١	٢٤٨٥٠,٦٧٥	٢	٤٩٧٠١,٣٥١	التباين بين المجموعات
		٩٤٦,٢٩٨	٢٤٧	٢٣٣٧٣٥,٦٩٣	التباين داخل المجموعات
			٢٤٩	٢٨٣٤٣٧,٠٤٤	التباين الكلي

بالنظر للجدول السابق رقم (١٦) يتضح أن قيمة (ف) دالة عند مستوى ٠,٠٠٠١؛ مما يشير إلى وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاث في الكرب النفسي.

جدول رقم (١٧) الفروق بين المجموعات الثلاث في الكرب النفسي

المجموعة	رقم المجموعة	المتوسط (م)	الانحراف المعياري (ع)	قيمة (ت) بين المجموعة رقم	دلالة (ت)
فقدان الشهية العصبي (ن=٧٥)	(١)	١٥١,٥٩	٣٢,٢٤	(٢, ١)	٠,٣٥٨ (غير دالة)
الشره العصبي (ن=٧٥)	(٢)	١٤٦,٦٩	٣٢,٧٤	(٣, ١)	٠,٠٠٠١ (دالة)
السويات (ن=١٠٠)	(٣)	١٢٠,٦٢	٢٧,٩٦	(٣, ٢)	٠,٠٠٠١ (دالة)

بالنظر للجدولين السابقين رقم (١٦) ورقم (١٧) يتبين أن :

- ١ - لا توجد فروق بين مجموعة فقدان الشهية العصبي ومجموعة الشره العصبي في الكرب النفسي.
- ٢ - توجد فروق دالة بين مجموعة فقدان الشهية العصبي ومجموعة السويات في الكرب النفسي وذلك في اتجاه مجموعة فقدان الشهية العصبي.
- ٣ - توجد فروق دالة بين مجموعة الشره العصبي ومجموعة السويات في الكرب النفسي وذلك في اتجاه مجموعة الشره العصبي.

مما يشير إلى أن المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي ومجموعة المراهقات ذوات أعراض الشره العصبي لديهن كرب نفسي أعلى وذلك مقارنة بمجموعة السويات.

ثالثاً: فيما يتعلق بوجود علاقة ارتباطية موجبة بين تشوه صورة الجسم والكرب النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي ومجموعة الشره العصبي والسويات :

ولتحديد نوع العلاقة بين تشوه صورة الجسم والكرب النفسي لدى مجموعات الدراسة الثلاث، تم حساب معامل الارتباط الخطي "بيرسون" بين تشوه صورة الجسم ومكوناته الفرعية والكرب النفسي ومكوناته الفرعية لدى المجموعات الثلاث كما يوضحه الجدول رقم (١٨).

جدول رقم (١٨) العلاقة بين تشوه صورة الجسم والكرب النفسي لدى المجموعات الثلاث

الدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم			المكون السلوكي			المكون الانفعالي			المكون المعرفي			تشوه صورة الجسم الكرب النفسي
السويات	مجموعة الشره العصبي	مجموعة فقدان الشهية العصبي	السويات	مجموعة الشره العصبي	مجموعة فقدان الشهية العصبي	السويات	مجموعة الشره العصبي	مجموعة فقدان الشهية العصبي	السويات	مجموعة الشره العصبي	مجموعة فقدان الشهية العصبي	
٠,١٥٣	*٠,٢٧٦	*٠,٢٧٦	٠,٠١٣	*٠,٢٥٨	٠,١٨٢	**٠,٢٧٠	*٠,٢٩٥	*٠,٢٣٩	٠,٠٨٨	٠,١٩٩	**٠,٣٠٨	الشعور بالضغط النفسي
٠,٠٧٤	*٠,٢٥١	*٠,٢٧٤	٠,٠١٩	*٠,٢٥٧	٠,١٨٣	٠,١٦٣	*٠,٢٨٨	**٠,٣٠٠	٠,٠٠٧	٠,١٤٥	*٠,٢٥٢	الشعور بالقلق
٠,١٧٦	*٠,٢٥٥	٠,٠٩٢	٠,٠١٥	٠,١٦٨	٠,٠٠٠	**٠,٢٩٨	**٠,٣١٦	٠,١٤١	٠,١١٤	٠,١٩٧	٠,١٠٣	الشعور بالاكتئاب
٠,٠٧٦	٠,١٣٢	٠,١٠٤	٠,١٣٠	٠,١١٦	٠,٠٣٨	٠,٠٣٠	٠,١٤٩	٠,١٨٩	٠,٠٦٢	٠,٠٩٤	٠,٠٦١	الأعراض البدنية
٠,٠٩٩	*٠,٢٧٠	٠,٢١٣	٠,٠٣٠	*٠,٢٢٩	٠,١٠٩	*٠,٢١٤	**٠,٣١٢	*٠,٢٥٥	٠,٠٤٦	٠,١٩٠	٠,٢٠٦	الدرجة الكلية للكرب النفسي

* * دال عند مستوى ٠,٠١

* دال عند مستوى ٠,٠٥

بالنظر للجدول رقم (١٨) يتضح أنه:

- ١ - توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الشعور بالضغط النفسي والمكون المعرفي والمكون الانفعالي والدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم؛ في حين لا توجد علاقة بين الشعور بالضغط النفسي والمكون السلوكي.
- ٢ - توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الشعور بالقلق والمكون المعرفي والمكون الانفعالي والدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم؛ في حين لا توجد علاقة بين الشعور بالقلق والمكون السلوكي.
- ٣ - لا توجد علاقة بين الشعور بالاكتئاب وتشوه صورة الجسم بمكوناته الفرعية.
- ٤ - لا توجد علاقة بين الأعراض البدنية وتشوه صورة الجسم بمكوناته الفرعية.

٥ - توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الدرجة الكلية للكرب النفسي والمكون الانفعالي؛ في حين لا توجد علاقة بين الدرجة الكلية للكرب النفسي والمكون المعرفي والمكون السلوكي والدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم.

وذلك لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي.

كما يتضح من الجدول رقم (١٨) أنه:

١ - توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الشعور بالضغط النفسي والمكون الانفعالي والمكون السلوكي والدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم، في حين لا توجد علاقة بين الشعور بالضغط النفسي والمكون المعرفي.

٢ - توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الشعور بالقلق وكل من المكون الانفعالي والسلوكي والدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم، في حين لا توجد علاقة بين الشعور بالقلق والمكون المعرفي.

٣ - توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الشعور بالاكتئاب وكل من المكون الانفعالي والدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم، في حين لا توجد علاقة بين الشعور بالاكتئاب والمكون المعرفي والمكون السلوكي.

٤ - لا توجد علاقة بين الأعراض البدنية وتشوه صورة الجسم بمكوناته الفرعية.

٥ - توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الدرجة الكلية للكرب النفسي وكل من المكون الانفعالي والسلوكي والدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم، في حين لا توجد علاقة بين الدرجة الكلية للكرب النفسي والمكون المعرفي.

وذلك لدى مجموعة الشره العصبي.

كما يتضح من الجدول رقم (١٨) أنه:

١ - توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الشعور بالضغط النفسي والمكون الانفعالي، في حين لا توجد علاقة بين الشعور بالضغط النفسي وكل من المكون المعرفي والمكون السلوكي والدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم.

٢ - لا توجد علاقة بين الشعور بالقلق وتشوه صورة الجسم بمكوناته الفرعية.

٣ - توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الشعور بالاكتئاب والمكون الانفعالي، في حين لا توجد علاقة بين الشعور بالاكتئاب وكل من المكون المعرفي والمكون السلوكي والدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم.

٤ - لا توجد علاقة بين الأعراض البدنية وتشوه صورة الجسم بمكوناته الفرعية.

٥ - توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الدرجة الكلية للكرب النفسي والمكون الانفعالي، في حين لا توجد علاقة بين الدرجة الكلية للكرب النفسي وكل من المكون المعرفي والمكون السلوكي والدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم.

وذلك لمجموعة السويات.

وبشكل عام توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم والكره النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي ومجموعة الشره العصبي، في حين لا توجد علاقة بين الدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم والكره النفسي لدى مجموعة السويات.

مناقشة النتائج:

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

أولاً: فيما يتعلق بالفرض الأول حول عدم وجود فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي، في حين توجد فروق بينهما وبين مجموعة السويات في تشوه صورة الجسم:

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى تحقق هذا الفرض، حيث تبين عدم وجود فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي في تشوه صورة الجسم؛ في حين وجدت فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي ومجموعة السويات في تشوه صورة الجسم، وذلك في اتجاه المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي؛ كما وجدت فروق بين المراهقات ذوات أعراض الشره العصبي ومجموعة السويات في تشوه صورة الجسم، في اتجاه المراهقات ذوات أعراض الشره العصبي؛ مما يشير إلى أن المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل لديهن تشوه في صورة الجسم أعلى مقارنة بمجموعة السويات.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة مجدي دسوقي (٢٠٠٧) والتي أظهرت وجود فروق في اتجاه ذوات فقدان الشهية العصبي والسويات في تشوه صورة الجسم، وتشير هذه النتيجة إلى أن الطالبات ذوات فقدان الشهية العصبي يحدث لديهن اضطراب في صورة الجسم، حيث يدركن أنفسهن بدينات للغاية وغير رشقات بينما يظهرن للآخرين على أنهن نحيفات وناقصات الوزن. بالإضافة إلى وجود فروق دالة احصائياً بين مجموعتي الطلاب والطالبات ذوى الشره العصبي ومجموعة الأسوياء في تشوه صورة الجسم، في اتجاه ذوى الشره العصبي، مما يشير إلى أن الأفراد ذوى الشره العصبي يحدث لديهن تشوه في صورة الجسم.

وأضافت لطيفة على (٢٠١١) أن الإناث من مرضى اضطرابات الأكل لديهن تشوه في صورة أجسامهن مقارنة بالذكور، كما أن مرضى فقدان الشهية العصبي والشره العصبي يشتركان في وجود تشوه في صورة الجسم مقارنة بالأسوياء.

كما أشار دنجمينز وآخرون (Dingemans, et al., 2012) إلى أن ٤٥% من أفراد العينة لديهم تشوه في صورة الجسم، كما يوجد علاقة طردية بين تشوه صورة الجسم وشدة أعراض اضطرابات الأكل. أي كلما زاد تشوه صورة الجسم زاد مستوى اضطرابات الأكل.

وأضاف أحمد سمير (٢٠١٩) وسامي محمد (٢٠١٢) أن هناك علاقة سببية مباشرة بين تشوه صورة الجسم وكل من فقدان الشهية العصبي والشره العصبي؛ كما أسهم تشوه صورة الجسم في التنبؤ باضطرابات الأكل بنسبة ٢٢,٦%، وأن القلق قد تنبأ بتشوه صورة الجسم بنسبة ٥٤%.

بينما لم تتفق نتائج دراسة فالنتين (Valentin, 2019) مع نتائج الدراسة الحالية حيث توصلت إلى أنه لا توجد علاقة بين صورة الجسم وخطر الإصابة باضطرابات الأكل، كما أن صورة الجسم لم تنبئ بخطر الإصابة باضطرابات الأكل.

وأشار بعض الباحثين إلى أن الصفة المشتركة بين كل من اضطراب فقدان الشهية العصبي والشره العصبي هي الانشغال الزائد بصورة الجسم ويتضح ذلك في الخوف من زيادة الوزن واتباع سلوكيات لخفض الوزن، بالإضافة إلى الاعتقاد في أن النحافة هي الغاية المنشودة لصورة الجسم، بينما يختلف الاضطرابان في أن مرضى فقدان الشهية العصبي لديهم وزن منخفض يصل للنحافة (معدل كتلة الجسم منخفضة $\geq 18,5$)؛ في حين مرضى الشره لديهم وزن طبيعي أو فوق المتوسط؛ في الوقت الذي ارتبط فيه اضطراب نهم الطعام بالسمنة (معدل كتلة الجسم ≥ 30) (James, et al., 2006؛ جيهان عثمان، ٢٠١٥).

وأضاف كل من إميري وانتيو (Emery, 2000; Antoniou, 2005) أن هناك زيادة طفيفة في تقدير حجم الجسم (٥-١٠%) في كل من مجموعتي فقدان الشهية والشره العصبي. وهذه النسبة لا يمكن اعتبارها تشوه في إدراك صورة الجسم، في حين صُنفت مجموعة فقدان الشهية العصبي صور النساء الأخريات على أنهن أكبر حجماً من الواقع، وأعتبرن صور النساء النحيفات ذوات أوزان طبيعية، كما أن هناك علاقة عكسية بين التقدير المُعطى لصور النساء الأخريات والتقدير الشخصي لحجم الجسم، مما يشير إلى انخفاض المعيار الشخصي لما يعتبر وزناً طبيعياً أو وزناً منخفضاً، وانخفاض ذلك المعيار يجعل النساء ذوات فقدان الشهية يدركن أنفسهن بشكل أكثر بدانة من الأخريات من ذوات الوزن نفسه، وهذا يؤكد فرضية أن مريضات فقدان الشهية العصبي يدركن أنفسهن على أنهن أكثر وزناً، وهذا لا يرجع إلى تشوه في الإدراك وإنما إلى نقص المعرفة حول معيار الوزن الطبيعي؛ وهذه النتيجة تدعم فرضية أن تشوه صورة الجسم ترتبط باضطرابات الأكل من خلال عدم التقييم الموضوعي للجسم.

وأشار كل من ديليزو وآخرين ومارتينز وآخرين (Dell'Osso, et al., 2016; Martins, et al., 2016) إلى أن مريضات اضطرابات الأكل بشكل عام وفقدان الشهية بشكل خاص يبالغن في تقدير حجم الجسم سواء بالزيادة أو النقصان، كما أضافا أن التقدير المبالغ فيه لحجم الجسم يعتبر سمة أساسية لمرضى فقدان الشهية.

وتفسر نظرية المقارنة الاجتماعية هذه النتيجة من خلال تأكيد أن مريضات اضطرابات الأكل يقارن أنفسهن دائماً بالأخريات، وبأصحاب الأجساد المثالية لتكوين صورتهم الذاتية وتقييمها، مما

يُدعم معتقد ضرورة النحافة وبالتالي يتكون لديهن الدافع لتحقيق ذلك، مما يؤدي إلي الخوف من زيادة الوزن، وزيادة الشعور بالذنب بعد نوبات نهم الطعام، ولذلك تلجأ المريضة إلى سلوكيات التطهير، بالإضافة إلى مقارنة المريضة نفسها بالمشاهير وممن لديهن أوزان مثالية وبالنحيفات أحياناً وبالتالي لا ترضى المريضة عن ذاتها وعن صورة جسمها وتتأكد إنها لا تزال من ذوات الوزن الزائد مهما انخفض وزنها حتى مع وصولها للوزن المثالي (Bissell & Zhou, 2004; Huryk, 2020).

بينما أرجع النموذج المتكامل في تفسير اضطرابات الأكل أن هناك عوامل عديدة تتفاعل مع بعضها في الإصابة بالاضطرابات الأكل ومنها العوامل البيولوجية والتي تشير إلى العوامل البيولوجية والوراثية المتمثلة في انخفاض مستوى السيروتونين وهي تؤدي إلى استجابة عصبية بيولوجية تزيد من التوتر المرتبط بالأكل الاندفاعي، بالإضافة إلى العوامل النفسية التي تتمثل في القلق المتمركز حول المظهر وفقدان الثقة والإنشغال بالمظهر أمام الآخرين بالإضافة إلى تشوه صورة الجسم، وتتفاعل كل تلك العوامل مع العوامل الاجتماعية والثقافية حول صورة الجسم المثالية والتأكيد حول ضرورة النحافة يؤدي ذلك إلى عدم الرضا عن صورة الجسم وتشوهها وزيادة اضطرابات الأكل (Barlow & Durand, 1999).

ثانياً: فيما يتعلق بالفرض الثاني الخاص بعدم وجود فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي، ووجود فروق بينهما وبين مجموعة السويات في الكرب النفسي:

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى تحقق هذا الفرض، حيث تبين عدم وجود فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي والمراهقات ذوات أعراض الشره العصبي في الكرب النفسي؛ في حين توجد فروق بين المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي ومجموعة السويات في الكرب النفسي، وذلك في اتجاه المراهقات ذوات أعراض فقدان الشهية العصبي؛ كما وجدت فروق بين المراهقات ذوات أعراض الشره العصبي ومجموعة السويات في الكرب النفسي، في اتجاه المراهقات ذوات أعراض الشره العصبي. مما يشير إلى أن المراهقات ذوات أعراض اضطرابات الأكل يشعرن بالكرب النفسي أكثر من نظائرن من مجموعة السويات.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج عدد من الدراسات منها الثاني وخالد واوبرين وآخرين (Al-Thani & Khaled, 2018 ;O'Brien, et al., 2016; Webb, 2000; Deborah, et al., 2017) والتي توصلت إلى وجود علاقة طردية بين الشعور بالكرب النفسي واضطرابات الأكل، أي كلما زادت شدة اضطرابات الأكل كلما زاد الشعور بالكرب النفسي، كما أن الإناث أكثر شعوراً بالكرب النفسي مقارنة بالذكور. وأكثر التزاماً واهتماماً بالحمية الغذائية، كما يتعرضن لنوبات نهم أكثر من الذكور.

وأشار حسين طاش (٢٠١١) إنه كلما زادت ممارسة الحمية الغذائية زادت الرغبة في النحافة وعند الإخفاق يزيد الشعور بالكرب النفسي وبالتالي زاد اضطراب الشره العصبي.

كما أضاف كل من نجلاء عبد الرحمن وحسين طاش (٢٠١٧) أن تكرار الحمية الغذائية يزيد من تشوه صورة الجسم مما يزيد من شدة اضطراب فقدان الشهية العصبي.

ومما سبق يتضح أن إتباع حمية غذائية شديدة الصرامة وممتددة تزيد من تشوه صورة الجسم والشعور بالكرب النفسي وزيادة اضطرابات الأكل بأنواعها.

وأضافت ميشيل وآخرون (Michael, et al., 2007) أن الكرب يعتبر منبئاً باضطرابات الأكل.

وإذا فسرنا هذه النتيجة وفق المكونات الفرعية للكرب النفسي وهي (الشعور بالضغط والقلق والاكتئاب والتعب البدني) نجد أن الإناث من ذوات اضطرابات الأكل يركزن على انفعالاتهن أكثر من التركيز على المشكلة عند التعايش مع أى حدث ضاغط كما يستخدمن أسلوب التجنب والذي يزيد من اضطرابات الأكل؛ بالإضافة إلى أن زيادة الأحداث الضاغطة وعدم القدرة على التعايش معها يزيد من الشعور بالاكتئاب فيزداد شدة اضطراب الشره العصبي (شيماء عزت، ٢٠١٥؛ سعاد منصور، ٢٠١٦).

وأشارت نتائج عدد من الدراسات منها دراسة جوردين وآخرين وكاي وآخرين (Godart, et al., 2012; Izydorczyk, 2012; Stavro, et al., 2003; Kaye, et al., 2004; 2003). إلى أن ٧١% من مرضى اضطرابات الأكل لديهم قلق، وأنه كلما زاد الشعور بالقلق زادت اضطرابات الأكل، بالإضافة إلى وجود فروق دالة بين مرضى اضطرابات الأكل والأسوياء في مستويات القلق في اتجاه المرضى.

وتوصل كل من هالة إبراهيم (٢٠١٨) وسيد عبدالجواد (٢٠٠١) إلى أنه كلما زاد القلق والاكتئاب كلما زادت شدة اضطرابات الأكل، وأن معدل إنتشار اضطرابات الأكل بلغت حوالي ١,٨٤% بين طلاب المرحلة الثانوية والجامعية، وهي أعلى لدى الإناث عنه لدى الذكور، كما أن مرضى الشره العصبي أكثر معاناة من الاكتئاب مقارنة بمرضى فقدان الشهية العصبي.

وأشارت فاتن طلعت وفايز فاروق (٢٠١٧) وكوركوس (Corcos, 2002) إلى أن مرضى الشره العصبي لديهم درجات مرتفعة من الاكتئاب وصعوبة التعبير عن المشاعر، كما لديهم ميول إنتحارية، حيث وصلت نسبة محاولة الانتحار المتكرر إلى (٢٧,٨%)، وأنه كلما زادت صعوبة التعبير عن الانفعال زاد الشعور بالاكتئاب وزادت شدة اضطراب الشره العصبي.

كما أضافت دوارتي وآخرون وكارلات وآخرون (Duarte, et al., 2017; Carlat, et al., 1997) أن الأعراض الإكتئابية لها تأثير مباشر على اضطرابات الأكل، حيث أن ٥٤% من المرضى يعانون

من أعراض الاكتئاب وأن حوالي ٢٩% منهم لديهم تاريخ عائلي مرضي بالإضطرابات المزاجية، كما تعد الأعراض الاكتئابية وسيطاً في العلاقة بين زيادة القلق حول الطعام وتشوه صورة الجسم.

وذكر شوك وآخرون (Schuck, et al., 2018) أن المراهقات المهتمات بشدة بفكرة النحافة قد ظهر عليهن أعراض الكرب النفسي والقلق حول الوزن والشكل.

وأشار عادل شكري وهند محمد (٢٠١٨) أن الشره العصبي يتميز بوجود دافع قهري لتناول كميات كبيرة من الطعام، وبسبب ذلك يحدث ألم في المعدة يصحب ذلك شعور الفرد بالاكتئاب واحتقار الذات والقلق والشعور بالذنب، فيلجأ الشخص إلى استخدام المليينات ومدرات البول والتقيؤ المتعمد والوسائل الأخرى للتخلص من الكميات الزائدة من الطعام لتحقيق الراحة النفسية وتكون هذه الراحة مؤقتة ليرجع المريض مرة أخرى للدافع القهري لتناول الطعام.

وهذا يتفق مع ما أشار إليه إبراهيم عبد الغفار (٢٠٢٠) من أن مرضى اضطرابات الأكل يعانون من الأعراض الجسمانية والقلق والاكتئاب وتشوه صورة الجسم، كما أن تلك الأعراض المرضية (جسمانية وقلق واكتئاب) وتشوه صورة الجسم قد تنبأ باضطرابات الأكل.

كما أرجعت اضطرابات الأكل لتفاعل عدة عوامل مع بعضها حيث أرجعها محمد النوبي (٢٠١٨) إلى عدة عوامل منها العوامل النفسية كالإصابة بالاضطرابات التحولية، والوسواس القهري والرهاب الإجتماعي وتشوه صورة الجسم؛ وهناك عوامل بيولوجية وراثية والتاريخ العائلي المرضي، وضغوط مرحلة المراهقة، وأساليب التنشئة المعتمدة على الحماية الزائدة والمبالغة بالإهتمام بالشكليات والمظاهر، واضطراب جو الأسرة والمشكلات السائدة فيها.

وهذا يتفق مع ما أثرته داليا نبيل (٢٠٢١) أن مرضى اضطرابات الأكل لديهم مستويات منخفضة من المقاومة النفسية مقارنة بالأسوياء، في حين أضاف كل من نسمة محيي ومحمد نجيب (٢٠٢١) أن المراهقات أكثر شعوراً بالقلق والاكتئاب ولديهن أيضاً قدرة منخفضة من الصمود النفسي مقارنة الذكور.

ثالثاً: فيما يتعلق بوجود علاقة ارتباطية موجبة بين تشوه صورة الجسم والكرب النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي ومجموعة الشره العصبي والسويات :

لقد تحقق هذا الفرض جزئياً حيث تبين وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم والكرب النفسي لدى مجموعة فقدان الشهية العصبي ومجموعة الشره العصبي، في حين لا توجد علاقة بين الدرجة الكلية لتشوه صورة الجسم والكرب النفسي لدى مجموعة السويات. مما يشير إلى أنه كلما زاد تشوه صورة الجسم زاد الشعور بالكرب النفسي لدى المراهقات ذوات اضطرابات الأكل.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة لطيفة على (٢٠١١) والتي تشير إلى أن مرضى فقدان الشهية العصبي والشره العصبي يشتركان في وجود تشوه في صورة الجسم مقارنة بالأسوياء. كما أضاف إبراهيم عبد الغفار (٢٠٢٠) أن مرضى اضطرابات الأكل يعانون من الكرب النفسي وتشوه صورة الجسم، كما أن تلك الأعراض الكرب النفسي (البدنية والقلق والاكتئاب) وتشوه صورة الجسم قد تنبأ باضطرابات الأكل.

وأضاف كورستورفين وآخرون (Corstorphine and et al., 2007) إلى أن هناك علاقة بين صورة الجسم والكرب النفسي؛ كما أن مرضى اضطرابات الأكل بشكل عام ومرضى الشره العصبي بشكل خاص يستخدمون استراتيجيات التجنب كأحد استراتيجيات تحمل الكرب، كما يوجد علاقة طردية بين عدم الرضا عن صورة الجسم والشعور بالكرب واستخدام استراتيجيات التجنب، كما يوجد علاقة عكسية بين عدم الرضا عن صورة الجسم واستراتيجيات تحمل الكرب (خاصة التقبل والإدراة).

وأشار بروز وآخرون (Prowse & et al., 2013) إلى أن من لديهم أعراض اضطرابات الأكل لديهم تشوه في صورة الجسم، ويشعرون بالقلق والاكتئاب والضغط النفسي (الكرب النفسي)، بالإضافة إلى وجود علاقة وكل من القلق والاكتئاب والضغط النفسية وتشوه صورة الجسم.

ويمكن تفسير هذه النتيجة وفق نظرية الثقافة الاجتماعية لتفسير اضطراب صورة الجسم، والتي تركز على المستويات الاجتماعية للجمال، وفي هذا الصدد يرى "ستريجيل - مور وآخرون Striegel - Moor et al., "أنه كلما اعتقدت الأنثى أن ما هو سمين أو بدين أمر سيئ، وكل ما هو نحيف أمر جميل اتجهت نحو النحافة، وكلما ازداد توترها واكتئابها، أي كلما زاد شعورها بالكرب النفسي أصبحت منشغلة بصورة الجسم والوزن (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٣).

كما يمكن تفسير هذه النتيجة وفق النموذج المتكامل الذي قدمه "بارلو" و"ديوراند" 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 السيروتينين، وهي تؤدي إلى استجابة عصبية بيولوجية متقلبة أو مفرطة للتوتر؛ أما التأثيرات النفسية فهي تتمثل في القلق المتمركز حول المظهر وفقدان الثقة بالنفس والانشغال بالمظهر أمام الآخرين، بالإضافة إلى تشوه صورة الجسم، وأخيراً، يأتي دور التأثيرات الاجتماعية وما تثيره من شعور بالضغط النفسي والكرب ومنها الضغوط الثقافية التي تقدمها وسائل الإعلام للحث على الاحتفاظ بالقوام النحيف وكذلك الضغوط الأسرية من معظم الآباء على أبنائهم من أجل إتباع النظام الغذاء الصحي، حيث يحفزونهم على الحد من تناول الوجبات الغذائية من أجل إنقاص الوزن، بالإضافة إلى التفاعلات الأسرية غير السوية، وكل هذه العوامل مجتمعة تؤدي إلى أن يصبح نمط الأكل غير الطبيعي سائداً وثابتاً بدرجة كبيرة، وبالتالي يصعب التخلص منه، فيؤدي ذلك إلى الإصابة بالشره العصبي أو فقدان الشهية العصبي (Barlow & Durand, 1999).

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

توصيات الدراسة:

بناء على ما أنتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج، يمكن استخلاص عدد من التوصيات البحثية والتطبيقية، وذلك على النحو التالي:

- ١- الاستفادة من نتائج الدراسة في تصميم برامج علاجية لتحسين صورة الجسم لدى مرضى اضطرابات الأكل.
- ٢- تصميم برامج علاجية لتخفيف الشعور بالكرب النفسي لدى مرضى اضطرابات الأكل.
- ٣- تصميم برامج وقائية من تشوه صورة الجسم في مرحلة المراهقة.
- ٤- تصميم برامج وقائية من اضطرابات الأكل في مرحلة المراهقة.
- ٥- تصميم برامج وقائية من الشعور بالكرب النفسي في مرحلة المراهقة.

مقترحات بحثية:

بناء على ما أنتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج، يمكن استخلاص عدد من المقترحات البحثية مثل:

- ١- دراسة الفروق بين الذكور والإناث في تشوه صورة الجسم والشعور بالكرب النفسي في مرحلة المراهقة.
- ٢- دراسة الفروق بين الذكور والإناث في اضطرابات الأكل بأنواعها.
- ٣- دراسة تطور اضطرابات الأكل عبر العمر.
- ٤- دراسة دور تشوه صورة الجسم والكرب النفسي لدى مرضى النهم.

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية :

أحمد سمير أبو بكر (٢٠١٩). نمذجة العلاقات السببية بين صورة الجسم والألكسيثيميا واضطرابات الأكل لدى المراهقات. مجلة الإرشاد النفسي، (٥٨)، إبريل، ٦١-١٢٢.

إبراهيم عبدالغفار عبدالحسيب (٢٠٢٠). الشره العصبي وعلاقته بصورة الجسم والأعراض المرضية لدى عينة من السيدات الراشدات. المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية، ١٥، أكتوبر، ٤١-٧٠.

أنور عبدالعزيز العبادية (٢٠١٣). الرضا عن صورة الجسم وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من المراهقات الفلسطينيات بقطاع غزة. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، ٢١(٢)، أبريل، ٤١-٦٣.

بسمة فؤاد الكيلاني (٢٠١٧). نسبة إنتشار اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعة الأردنية. المجلة العربية للطب النفسي، ٢٨(١)، مايو، ٧٦-٨٢.

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.

حسام احمد اسماعيل (٢٠١١). اضطرابات الأكل وعلاقتها بسلوك الاستهلاك والميل للعزلة لدى عينة من المراهقات. دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رأثم)، ٢١(٣)، يوليو، ٣٨٥-٤٢١.

حسين طاش نيازي (٢٠١١). الحمية الغذائية وعلاقتها باضطرابات الأكل لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، ١٤٦(١)، ٢٣١-٢٥٩.

حسين علي فايد (٢٠٠٢). شكل الجسم وتقدير الذات كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين الكمالية والشره العصبي. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي، ١٠(١٥)، ٥١-١٠٣.

حمدي محمد ياسين، مروة مصطفى محمد (٢٠١٨). فقدان الشهية العصبي في علاقته بصورة الجسم لدى أطفال الذاتوية البسيطة. مجلة البحث العلمي في التربية، جامعة عين شمس، ١٩(٥)، ٣٧١-٤٠٥.

داليا نبيل حافظ (٢٠٢١). المقاومة النفسية ومفهوم الذات كمنبئين باضطرابات الأكل لدى عينة من المراهقات. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٣١(١١٠)، يناير، ٣٠٩-٣٦٦.

رشا عمر عبد الجواد (٢٠٢١). الكرب النفسي والمقاومة النفسية لدى الزوجات المترددات على محاكم الأسرة المعرضات لإساءة الزوج. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

زينب محمود 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 (٢٠٠٠أ). مقياس الشره العصبي البوليميا. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

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

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

سامي محمد ملحم (٢٠١٢). أثر اضطرابات الأكل والقلق الإجتماعي والوسواس القهري وتقدير الذات في الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من المراهقين في الأردن. مجلة كلية التربية، ٢٣(٩٠)، أبريل، ١٢-٣٢.

سامية محمد صابر. (٢٠٠٨). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات والاكنتاب لدى عينة من طلبة الجامعة. مجلة البحوث النفسية والتربوية، ٢٣(١)، ١٨٦-٢٣٥.

سعاد منصور محيي (٢٠١٦). عوامل الخطر النفسية المرتبطة بالأعراض المبكرة لمتلازمة الميتابوليزم - دراسة مقارنة على طالبات الجامعة، مجلة البحث العلمي في الآداب، جامعة عين شمس، ١٧(٢)، ١٢٩-١٥٢.

سعدية كريم درويش (٢٠١٤). اضطرابات الأكل وعلاقتها بصورة الجسم لدى المراهقين. مجلة كلية التربية الأساسية، ٨٦، العراق، ٧٦٥-٨١٨.

سيد أحمد محمد الوكيل، وشيماء عزت باشا (٢٠٢١). الإسهام النسبي لكل من تنظيم الذات وصورة الجسم ونوعية الحياة في التنبؤ بإدمان الطعام لدى طلاب الجامعة. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٩(٣)، يوليو، ٤١٣-٤٧٥.

سيد عبدالجواد أبو زيد (٢٠٠١). اضطرابات الأكل لدى المراهقين الشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب، ٥٩(١٥)، ١٥٦-١٦٣.

شفاء حسين سالم، أحمد عبد الله محمد، عبير محمد الرفاعي (٢٠٢٠). القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية. إربد، رسالة دكتوراة (غير منشورة)، جامعة اليرموك، <http://search.mandumah.com/Record/1124680>

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

شيماء عزت باشا (٢٠١٥). الأمل وأساليب مواجهة الضغوط كمنبئات باضطرابات الأكل لدى طلاب الجامعة. *حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية*، ١١(٢)، فبراير، ٨٤-١.

عادل شكري محمد، وهند محمد يسري (٢٠١٨). فقدان الشهية والشره العصبي وتأثيرهما في الإصابة بالأرق لدى عينة من طلاب الجامعة، *مجلة الطفولة والتربية*، جامعة الإسكندرية، ١٠(٣٦)، أكتوبر، ٩٣-١٢٠.

عبد الرحمن العيسوي (٢٠٠٦). *علم النفس العيادي*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

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

لطيفة على أبو زينة (٢٠١١). دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة الذين يعانون من اضطرابات الأكل: دراسة تحليلية. *مجلة كلية التربية*، ٤٤، ٣٣٤-٣٦٧.

مجدى محمد الدسوقي (٢٠٠٧). *اضطرابات الأكل - الاسباب - التشخيص - العلاج*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

محمد النوبي محمد (٢٠١٨). مقياس اضطرابات الأكل للمراهقين المعوقين بدنياً والعاديين، *المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية*، ١١، إبريل، ٤٨٤-٥٠١.

منى محمد حسيني (٢٠٢٠). دور المخططات غير التوافقية وصورة الجسم في التنبؤ بمظاهر اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

مي حسن عبده (٢٠١٩). صورة الجسم لدى مرضى البهاق وعلاقتها بالصلاية النفسية. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ٧(٣)، يوليو، ٤٠١-٤٣٧.

ناهد أحمد فتحي (٢٠١٣). صورة الجسم كمحدد لبعض أبعاد البناء النفسي لدى الأطفال مرضى السمنة. *مجلة دراسات عربية*، ١٢(١)، ١٣٧-١٨٩.

نجلاء عبد الرحمن عبد الله، حسين طاش نيازي (٢٠١٧). الحمية الغذائية وعلاقتها بصورة الجسم وفقدان الشهية العصبي لدى طالبات المرحلة الثانوية في مدينة الرياض. *مجلة كلية التربية*، ٣٣(١٠)، ديسمبر، ٤١٤-٤٤٣.

ندى بنت محمد الحريري (٢٠١٠). *علاقة اضطرابات الأكل بالطبع الفموي لدى طالبات جامعة أم القرى*. رسالة ماجستير (منشورة)، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة أم القرى.

نسمة محيي السعيد، ومحمد نجيب الصبوة (٢٠٢١). الفروق بين الجنسين في الصمود النفسي والقلق والاكنتئاب لدى المراهقين. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ٩(٤)، أكتوبر، ٧١٩-٧٥٥.

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

هالة إبراهيم الجميل (٢٠١٨). اضطرابات الأكل وعلاقتها ببعض الاضطرابات المزاجية للشخصية لدى عينة مقارنة من طلاب الجامعة. *مجلة كلية الآداب، جامعة إسكندرية*، ٩١، ٤٩٧-٥١٩.

هدى جمال محمد (٢٠٢١). فاعلية برنامج إرشادي انتقائي تكاملي لتحسين صورة الجسم لدى عينة من المراهقات اللاتي يعانين من اضطراب الشره العصبي. *مجلة البحث العلمي في الآداب، جامعة عين شمس*، ٢٢(٤)، إبريل، ٢٢٠-٢٦٩.

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

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Al-Thani, M. & Khaled, S. (2018). Toxic Pleasures –A study of Eating out Behavior in Arab Female University Students and It's association with psychological distress and disordered eating , *Eating Behaviors Journal*, 31, 125-130, <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.08.008>

Antoniou, M. (2005). **Binge Eating and Obesity-The nature of Body Image Disturbance**. MSc, University of Toronto.

Barlow, D. & Durand, V. (1999). **Abnormal Psychology: An integrative Approach**. New York, Books.

Bissell, K. & Zhou, P. (2004). Must See TV or ESPN, Entertainment and Sports Media Exposure and Body Image Distortion in College Women. **Journal of Communication, March**.

Carlat, D.; Camarago, C. & Herzog, D. (1997). Eating Disorders in Males- A report of 135 Patients. **American Journal of Clinical Psychiatry**, 1, 8-153.

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.
- Corcos, M. (2002). Suicide Attempts in Women with Bulimia Nervosa. **Psychiatry Research, 106, (5), 381-386.**
- Corstorphine, E.; Mountford, V.; Tomlinson, S.; Waller, G. & Meyer, C. (2007). Distress Tolerance in the Eating Disorders. **Eating Behaviors Journal, 8, 91-97, Doi:10.1016/J.Eatbeh.2006.02.003.**
- 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.**
- Dell'Osso, L.; Abelli, M.; Carpita, B.; Pini, S.; Castellini, G.; Carmassi, C. & Ricca, V. (2016). Historical Evolution of The concept of Anorexia Nervosa and Relationships with Orthorexia Nervosa, Autism, and Obsessive–Compulsive SSpectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12, 1651-1660. <https://doi.org/10.2147/NDT.S108912>.*
- Dingemans, A.; Rood, Y.; Groot, I. & Furth, E. (2012). Body Dysmorphic Disorder in Patients with An eating Disorder- Prevalence and Characteristics. **TNT Journal Eating Disord, 45, 562- 569.**
- Duarte, C.; Gouveia, J. & Ferreira, C. (2017). A shamed and Fused with Body Image and Eating –Binge Eating as An avoidance Strategy. **Clinical Psychology and Psychotherapy, 24, 195-202.**
- 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-statistics>
- Emery, J. (2000). **The perception and Misperception of Body Image in Eating Disorder Patients** .University of New Castle. ProQuest Dissertations Publishing .U150553.
- Erb, A. (2010). **Enhancing DBT Effectiveness with Mindfulness Based Body Image Group in The Treatment for Eating Disorders**. (Doctoral Dissertation). George FOX University.

- Freedy, J.; Saldin, M.; Kilpatrick, D.; Resnick, H. & Saunders, B. (1994). Understanding Acute Psychological Distress Following Natural Disaster. **Journal of Traumatic Stress, 7, (2)**. <https://doi.org/10.1003/JTS.2490070207>.
- Galmiche, M.; Dèchelotle, P.; Lamber, G. & Tavoracci, M. (2019). Prevalence of Eating Disorders over The 2000-2018 Period: A systematic Literature Review. **Am J Clin Nutr, 109, (5), 1402-1413**. Doi:10.1093/ajcn/nqy342.
- Godart, N.; Flament, M.; Curt, F.; Perdereau, F.; Lang, F.; Venisse, J. & Fermanian, J. (2003). Anxiety Disorders in Subjects Seeking Treatment for Eating Disorders: A DSM-IV Controlled Study. **Psychiatry Research, 117, (3), 245-258**. Doi:10.1016/016/s01651781/3/00038/6.
- Gonzalez, M.; Hernandez, S. & Marin, J. (2012). Distortion of Body Perception in Patients with Early vs. Late Onset Anorexia Nervosa. **Clinical Studies, 23, (2), 111-121**.
- Huryk, K. (2020). **Asocial Relations Examination of Body Image**. PhD. Fairleigh Dickinson University.
- Izydorczyk, B. (2012). Neuroticism and Compulsive Overeating – A comparative Analysis of The level of Neuroticism and Anxiety in A group of Female Suffering from Psychogenic Binge Eating and Individuals Exhibiting No Mental or Eating Disorders. **Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 3, 5-13**.
- James, H.; Eva, H. & Ronald, C. (2006). The prevalence and Correlates of Eating Disorders in The national Comorbidity Survey Replication **Biopsychiatry, Feb. 61(3), 58-348**. Doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040. Epub.2006.Jul.3.
- Kaye, W.; Bulik, C.; Thornton, L.; Barbarich, N. & Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. **American Journal of Psychiatry, 161, (12), 2215-2221**. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2215.
- Koskina, A. (2014). **Dissociation and Body Image Instability in Eating Disorders**. University of London King's College, United Kingdom. ProQuest Dissertations Publishing.10078260.
- Lauffer, L. (2002). **The relationships of Alexithymia, Body Image Distortion, and Body Image Dissatisfaction to Binge Eating in Obese Populations**. PhD. New York University.
- Lee, S.; Hong, M.; Park, S.; Kang, W. & Oh, I. (2020). Economic Burden of Eating Disorders in South Korea. **Research Square**. doi.org/10.21203/rs.3rs479661v2.
- Martins, Y.; Young, R. & Robson, D. (2016). Feeding and Eating Behaviors in Children with Autism and Typically Developing Children. **Journal of Autism and Developmental Disorders, 1-10**.

- Michael, D.; Anestis, M.; Edward, A.; Selby, B.; Erin, L.; Fink, B. & Thomas, E. (2007). The Multifaceted Role of Distress Tolerance in Deregulated Eating Behaviors. **Eat Disord Journal**, **40**, 718-726.
- National Eating Disorder Association.(2018). Eating Disorders and Athletes. <https://www.nationaleatingdisorders.org/eating-disorders-athletes>.
- O'Brien, K.; Latner, J.; Puhl, R.; Vartanian, L.; Gites, C.; Griva, K. & Carter, A. (2016). The relationship between Weight Stigma and Eating Behavior is Explained by Weight Bias Internationalization and Psychological Distress. **Appetitejournal**,**62**,70-76, <http://dx.doi.org/10.1016/J.appet.2016.02.032>.
- 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.
- Schuck, K.; Munsch, S. & Schneider, S. (2018). Body Image Perceptions and Symptoms of Disturbed Eating Behavior among Children and Adolescent in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health*, 12, (10). <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0216-5>.
- Stavro, G.; Klump, K.; Eye, A.; Lacono, W. & McGue, M. (2003). Anorexia Nervosa and Anxiety Disorders- An examination of Shared Transmission Conference on Eating Disorders. **Clinical and Scientific Challenges**, May, 29-31.
- 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.
- Valentin, R. (2019). **Link between Eating Disorder Risk, Self –Esteem and Body Image: A quantitative Study among Puerto Rican High School Student - Athletes**. PhD. North Central University.
- Webb, C. (2000). **Psychological Distress in Clinical Obesity- The role of Eating Disorder Beliefs and Behaviors, Social Comparison and Shame**. PhD. University of Leicester.

The Differences between Female Adolescents with Symptoms of Anorexia Nervosa, Female Adolescents with Symptoms of Bulimia Nervosa and Normal Female Adolescents in the Body Image Distortion & Psychological Distress.

By

Shaaban Gaballa Radwan

**Department of Psychology
Cairo University**

Raghda Eid Mostafa

**Department of Psychology
Cairo University**

Abstract:

The study aims to investigate differences between Female Adolescents with Symptoms of Anorexia Nervosa, Female Adolescents with Symptoms of Bulimia Nervosa and Normal Female Adolescents in the Body Image Distortion and Psychological Distress. Among (250) Female students are recruited; 75 females adolescents with Symptoms of Anorexia Nervosa, with Mean of Age (19,88±1,19); 75 females adolescents with Symptoms of Bulimia Nervosa, with Mean of Age (19,94±1,14); and 100 females adolescents is Normal, with Mean of Age (19,41±1,08). With range age (18-22) years. The participants completed self-report measures of Body Image Distortion, Psychological Distress and Eating Disorders. The results showed differences between Females Adolescents with Symptoms of Anorexia Nervosa and Normal Adolescents in Body Image Distortion and Psychological Distress towards Adolescents with Symptoms of Anorexia Nervosa, It also showed differences between Adolescents with Symptoms of Bulimia Nervosa and Normal Adolescents in Body Image Distortion and Psychological Distress towards Adolescents with Symptoms of Bulimia Nervosa, There are no differences between Adolescents with Symptoms of Anorexia Nervosa and Adolescents with Symptoms of Bulimia Nervosa in Body Image Distortion and Psychological Distress, It also showed a Positive relationship between Body Image Distortion and Psychological Distress with Adolescents with Symptoms of Anorexia Nervosa and Adolescents with Symptoms of Bulimia Nervosa, but no relationship between Body Image Distortion and Psychological Distress with Normal Adolescents.

Key Words: Anorexia Nervosa - Bulimia Nervosa - The Body Image Distortion - Psychological Distress.