مجلة البحث العلمى فى التربية
جامعه عين شمس
كليه البنات العدد التاسع عشر لسنة 2018

فقدان الشهية العصبى فى علاقته بصورة الجسم لدى أطفال الذاتوية البسيطة

اعداد

الاستاذ الدكتور / حمدى محمد ياسين
استاذ علم النفس - كلية البنات
جامعة عين شمس

الباحثة
مروة مصطفى محمد

2018 م-1439 هـ

مجلة البحث العلمى فى التربية
جامعه عين شمس
كليه البنات **العدد التاسع عشر لسنة 2018**

ملخص الدراسة

أهداف الدراسة : القدرة التنبؤية لفقدان الشهية العصبى باضطراب صورة الجسم لدى أطفال الذاتوية البسيطة .

منهج الدراسة وإجراءات الدراسة : تضمنت عينة الدراسة 100 طفلاً ، بواقع (59) للذكور ، (41) للإناث وتراوحت أعمارهم ما بين (9-12) عام (ن = 100) ، طبق عليهم مقياس فقدان الشهية العصبى ومقياس اضطراب صورة الجسم ، وقائمة المستوى الاقتصادى والاجتماعى .

نتائج الدراسة : لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات (ذكور- إناث) من **أطفال الذاتوية البسيطة** على مقاييس كلاً من (**فقدان الشهية العصبى، واضطراب صورة الجسم**) ومكوناتهما. عداً مكون (**الاعراض الفسيولوجية**) من مقياس **فقدان الشهية العصبى .**

لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الفئات العمرية الفئة العليا من (11-12) والفئة الدنيا (9-10) على مقاييس فقدان الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم لدى أطفال الذاتوية ، كما تبين قدرة مقياس فقدان الشهية العصبى بالتنبؤ باضطراب صورة الجسم .

الكلمات المفتاحية : فقدان الشهية العصبى ، صورة الجسم . الذاتويين .

Abstract :

Objectives of the study : The predictive Ability of Anorexia nervosa and Body image for children with high functioning Autism .

Methodology And Procedures : The sample of the study included 100 child (N=100) (59 Males, 41 females) and the Aged ranged from (9 – 12) years .

The Resultes of the studty : There are no statistically significant differences in the scale of Anorexia nervosa , Body image due to gender, age, and Measurements of Anorexia nervosa Predict b For Body image.

Keywords : Anorexia nervosa , Body image, Autism

مدخل الدراسة

أدرك حكماء الاغريق والعرب منذ زمن بعيد أن النفس والجسم وجهان مختلفان لعملة واحدة ، فما يصيب أحدهما يترك بالضرورة آثاره على الآخر ، فمن التراث الاغريقى المحاولة التى قام بها أبو الطب هيبوقراط **Hippocrats** الذى استطاع شفاء برديكاس **Birdicus** ملك مقدونيا من مرض ألم بجسده حينما قام بتحليل أحلامه . (يوسف كرم ، 1985 :13)

كما يشير التراث ، أن أول حالة اضطراب فى الأكل كانت عام **895**م ، لفتاة تدعى **Friederada**، بدأ ظهور الاضطراب لديها فى صورة شره ثم امتنعت فجأة عن تناول الطعام نهائياً ، وبعد ذلك شاهدها بعض المحيطين بها وهى تتناول الطعام سراً أثناء الليل ، ويلاحظ أن الاهتمام باضطرابات الأكل زاد بشكل ملحوظ مما جعل الباحثين يؤكدون أن اضطرابات الأكل هى أكثر الاضطرابات النفسية إثارة للجدل وانتشاراً فى العصر الحالى . **(Blinder & Cho ,1994 :4)**

وهذا ما أكده " زيربى " من أن اضطرابات الأكل أصبحت أكثر شيوعاً خلال القرن العشرين كما انها لا تقتصر على بلد محدد بل شملت جميع بلدان العالم ، رغم تنوع الثقافات ، وذلك بسبب تأثرهم بنموذج صورة الجسم المثالية السائدة فى المجتمع الغربى . (**Zerbe,2007:332-335)** ، فهو يعد ضمن مجموعة من الأمراض السيكوسوماتية والتى لاقت اهتماماً خاصاً من قبل الباحثين فى مجال الصحة النفسية ، كما أكدت الدراسات المعنية باضطرابات الأكل أن أكثر أنواعها انتشاراً لدى فئة أطفال الذاتوية البسيطة هى : فقدان الشهية العصبى **Anorexia Nervosa** . (مجدى الدسوقى ، 2006 : 9)

وأكدت نتائج دراسة **(Vagni,D,Moscone,2016)** أن حوالى **33%** من مرضى اضطرابات الأكل من ذوى فقدان الشهية العصبى بأنهم ضمن فئة اضطراب طيف الذاتوية وذلك بسبب تأثرهم بنموذج صورة الجسم ، حيث يظهر على الأطفال الذاتويين مشاكل فى سلوكيات التغذية أكثر من أقرانهم الطبيعيين ، وهذا ما يحمله عنوان الدراسة من متغيرات ، ومن ثم بناء الأدوات لتشخيصها من خلال إعداد مقياس لتشخيص فقدان الشهية العصبى وصورة الجسم ، وقد وفرت لهذه الأدوات الكفاءة السيكومترية ، بما يؤهلها للكشف عن قدرة فقدان الشهية العصبى فى التنبؤ باضطراب صورة الجسم لدى أطفال طيف الذاتوية ، وسنوضح ذلك تفصيلاً عند عرض إجراءات هذه الدراسة .

مشكلة الدراسة : نبع الاحساس بمشكلة الدراسة من روافد عدة يأتى فى صدارتها معايشة عينة البحث ، وما صاحب ذلك من دافعية الاطلاع على الدراسات المعنية بأطفال الذاتوية البسيطة والمشكلات التى يعانون منها وكانت النتيجة أن أحد العوامل التى تكمن خلف العديد من مشكلاتهم هو تعرضهم للعديد من الصراعات النفسية وضعف الثقة بقدراتهم وانخفاض تقدير الذات وعدم الرضا عن الجسم **(Slade ,Peter,1988)** ، وكانت احدي هذه المشكلات "اضطراب فقدان الشهية العصبى " لديهم.

فقد كشفت دراسة **(Spek A A,2015)** ، و دراسة **(Koch,Susanne,2015)** عن أن العامل الرئيسي للانفعالات السلبية عند الأطفال الذاتويين ذوى الحساسية غير الطبيعية عن طريق الفم هو فقدان الشهية العصبى الذى يتمثل فى عدم الانتظام فى تناول الطعام والادراك المشوه لوزن وشكل الجسم ، والتأثر بنموذج صورة الجسم المثالية واشتهاء الأطعمة الشاذة **Pica** ، الهزال ، والنحول وهو ما يسمى بالصحور العصبى **Neurvous Atrophy** ، وكشفت دراسة كل من **(Rathod ,S,2015)** ، دراسة **(Roni,Enten,2015)** عن العلاقة بين فقدان الشهية العصبى وجوانب صورة الجسم والشعور بالهوية لدى الطفل الذاتوى وتوصلت نتائجها الى أن الأطفال ذوى اضطراب طيف الذاتوية ذوى الحساسية غير الطبيعية عن طريق الفم أظهروا سلوكيات متزايدة فى الامتناع عن الطعام بما فى ذلك النفور من تناول الأطعمة الجديدة ، واختيار مجموعة من الأكلات التى يفضلونها ، وانخفاض الشهية بسبب الانفعالات السلبية عن الأطفال ذوى الحساسية الطبيعية عن طريق الفم ، وعن عادات الأكل ، مشاكل الأكل ، الحالة الغذائية لدى صغار الأطفال الذاتويين ، كما أشارت دراسة **(Johnson,2016)** ، دراسة **(Mandy,2015)** أن الأطفال الذاتويين يظهر عليهم صعوبات سلوكية وقت تناول الطعام لكن لا تترجم هذه الصعوبات الى حالة غذائية مقارنة بالأطفال الطبيعيين ، كما كشفت دراسة **(Cash ,Thomas ,1987)** عن العلاقة بين فقدان الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم ، فقد توصلت الى اعتبار تشوه صورة الجسم أحد السمات الشخصية والنفسية الأساسية التى يتسم بها ذوى فقدان الشهية العصبى ، كما أوصى البحث باستهداف علاج تشوهات صورة الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى ، كما أشارت نتائج الدراسة الى التأثير السلبى الناتج عن اضطراب فقد الشهية العصبى لدى عينة الدراسة من أطفال الذاتوية البسيطة والمتمثل فى (فقر

الدم – تورم المفاصل – ضعف العضلات – هشاشة العظام – سرعة الغضب – الاكتئاب- انخفاض معدل ضربات القلب –جفاف الجسم – انخفاض درجة حرارة الجسم) باعتبارها منبهات هامة تستدعى التدخل العلاجى ، وهذا ما أكدت عليه دراسة (**Mandy,2015**) ، دراسة (**Kra V,2015**) ، كما كشفت دراسة (**Tanner,2015**) عن العلاقة بين فقد الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم وتوصلت نتائجها الى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية المصاحبة لهما مثل (عدم الشعور بالأمن النفسى – عدم الرضا العام عن الحياة – انخفاض تقدير الذات –الهستيريا – الفوبيا - الذهان – التوتر – الوسواس القهرى – الحساسية المفرطة – الشعور بالعجز والقصور) اضافة الى الميول الانتحارية ، وهذا ما أكدت عليه دراسة (**Westwood,2016**) ، ودراسة (**Postorino , 2017**) ، وقد أثبتت فاعليه برنامج علاجى قائم على علاج اضطراب فقدان الشهية العصبى فى علاقته بتشوه صورة الجسم لدى عينة من أطفال الذاتوية البسيطة فى تقليل حدة بعض المشكلات والضغوط النفسية الناتجة عن الاضطراب والتى تعوق الطفل الذاتوى فى تحقيق الرضا عن ذاته وعن الحياة وتحقيق التوافق النفسى من خلال التقليص من المشاعر السلبية بما ينعكس بشكل أفضل على صحتهم النفسية ، وهذا ما أكدت عليه دراسة (**Nielisen S ,2015**) ،دراسة (**Jermakow ,2016**) ، دراسة (**Dellosso,2016**) ، ودراسة (**Sponsor ,2016**)

وفى ضوء ما تقدم نطرح السؤال التالى :

1- ما قدرة متغير فقدان الشهية العصبى كمحدد لاضطراب صورة الجسم لدى أطفال الذاتوية البسيطة ؟

أما عن فقدان الشهية العصبى ومتغيراته الديموجرافية : فقد حظى ذلك بالعديد من الدراسات نشير لبعض منها فيما يلى:

توصلت دراسة (**Hudson et al,2007**) الى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات الذكور والاناث فى فقدان الشهية العصبى على مقياس سلوك الأكل غير التوافقى فى اتجاه الاناث بنسبة تصل ل (**0،9 %**) ، فى حين أثبتت دراسة (**Avalon ,2002**) أن الاناث أعلى من الذكور فى (تفقد الوزن المثالى – صورة الجسم) كما أوضحت أن فقدان الشهية العصبي ينتشر لديهم فى المرحلة العمرية (**6-17**) سنة ، كما توصلت نتائج الدراسة الى أن المرحلة العمرية الشائع فيها فقدان الشهية العصبى بداية من عمر (**12**) لدى الاناث ، وكشفت دراسة (**Netemeyer et al ,2001**) على أن زيادة معدلات انتشار فقد الشهية العصبى إنما يرجع الى دخل الأسرة ومقوماتة الثقافية ، حيث وجدت الدراسة انتشار الاضطراب بين الأسر ذات المستوى الثقافى والاقتصادى العالى ، كما أكدت نتائج الدراسة الى أن نسبة تعرض الذكور الى الاناث لهذا الاضطراب تصل الى(1: 20) ،كما أكدت دراسة(**Uberneringe ,1989**) على أن فقد الشهية العصبى يبلغ أعظم انتشاراً بتقدم العمر وخصوصاً فى مرحلة المراهقة لدى الاناث ، كما توصلت دراسة (**Horne et al ,1991**) الى وجود ارتباط دال إحصائياً بين كل من فقد الشهية العصبى وصورة الجسم والمتغيرات الديموجرافية (الفئة العمرية ، النوع) ، وهذا ما أكدته دراسة (**Gordner ,bank ,1996**) ، ودراسة (**Fried Berg ,1996**) ، ودراسة (**Probst ,1992**) .

وفيما يتعلق بالمتغيرات الديموجرافية لاضطراب صورة الجسم : نجد دراسة (Freeman et al ,1991) عن العلاقة بين صورة الجسم المدركة وفقدان الشهية العصبى توصلت الى وجود فروق دالة احصائياً بين الذكور والاناث على متغير فقدان الشهية العصبى فى اتجاه الاناث ، أى وجود فروق على متغير فقدان الشهية العصبى تعزى للنوع أو العرق ، وهذا ما اكدته دراسة (**O.Dea et al ,2000**) ، ودراسة (**Gendall ,1999**) ، ودراسة (**Bunnell et al ,1995**) ، كما توصلت دراسة (**Horne et al ,1991**) الى وجود فروق فى متغير فقدان الشهية العصبى يرجع الى الخصائص الثقافية والمرحلة العمرية ، كما توصلت دراسة (**Allison ,1995**) الى وجود فروق ذات دلالة احصائية على مقياس اضطراب فقد الشهية العصبى فى اتجاه الاناث ، كما أكدت نتائج الدراسة ارتباط اضطراب صورة الجسم بفقدان الشهية

العصبى ايجابياً مع التقدم فى العمر ، وهذا ما أكدته دراسة **(Helbran et al ,1990)** ، ودراسة **(Kay ,2002)** .

وفى ضوء ما تقدم نطرح السؤال التالى :

2- هل يختلف كلأ من فقدان الشهية العصبى و اضطراب صورة الجسم باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع - الفئة العمرية ؟

ثانياً : أهداف الدراسة : فى ضوء ماسبق من أسئلة نصوغ الأهداف بصورة إجرائية على النحو التالى :

1- **التنبؤ باضطراب فقدان الشهية العصبى من خلال اضطراب صورة الجسم لدى اطفال الذاتوية البسيطة.**
2- **الكشف عن تباين كل من المتغيرات الدينامية لكل من (فقدان الشهية العصبى ، اضطراب صورة الجسم) باختلاف بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع ، الفئة العمرية) .**
3- محددات الدراسة **: تتحدد نتائج الدراسة فى ضوء ما يلى :**

عينة الدراسة : اعتمدت الدراسة على عينة من أطفال الذاتوية البسيطة (إناث – ذكور) وسنوضح ذلك لاحقاً حيث ابراز خصائص العينة ومبررات اختيارها .

أدوات الدراسة : اعتمدت الدراسة على مقياس السلوك النمطى ، مقياس المخاوف من إعداد الباحثان .

الاطار الزمانى : تتحدد نتائج الدراسة بالاطار الزمنى لتطبيق الأدوات ،حيث طبقت فى شهرأكتوبر من العام 2017 ، ولمدة شهر.

الاطار المكانى : كما تتحدد نتائج الدراسة بالمواقع الجعرافية التى سحبت منه العينة ، حيث سحبت العينة من مركز الطب النفسى بمستشفى الدمرداش ، مركز الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة - جامعة عين شمس .

الأساليب الاحصائية : تتحدد فى ضوء أهداف الدراسة وحجم العينة ونوعية الأدوات المستخدمة وكذلك الفروض المطروحة ، تم الاستعانة بالأساليب الاحصائية المناسبة وكذلك من خلال استخدام الرزم الاحصائية SPSS للتحقق من صحة الفروض وسيتضح ذلك بصدد كل فرض من فروض الدراسة .

منهج الدراسة : تتحدد نتائج أى دراسة فى ضوء نوعية المناهج المستخدمة حيث ستعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفى وسنوضح ذلك لاحقاً .

أهمية الدراسة : نزعم أن هذه الدراسة محورية فهى تقع بين عدم مجالات فعيناتها (الذاتوية البسيطة) تضعها فى مجال الفئات الخاصة ، ومتغيراتها تفسح لها موقعاً فى مجال الاضطرابات النفسية (اضطراب فقدان الشهية العصبى – اضطراب صورة الجسم) ، كما اعتمدت الدراسة فى جانبها السيكومترى على إعداد مقاييس (مقياس فقد الشهية العصبى ، مقياس صورة الجسم) .

التعريفات الاجرائية للمفاهيم الأساسية :

أولأ : فقدان الشهية العصبى Anorexia Nervosa فى ضوء دراسة التعريف الاجرائى لكل من **(Kaplan&Sadock,1989:200) (Khan&Fawcett,1993,P:151) (Hsu,et,al,1990) (Irwin,1984:404-405) Curran (Casper &Davis ,1977) (Bird et al ,1982) (Partridaye &Storey,1980) فضلاً عن** تحليل مكونات المقاييس السابقة المعنية لفقدان الشهية العصبى لكل من (**Goldberg, 1977) (Smith,thelem,1998) (Foreyte et al ,1998 ,p:648)) (Christive Harris ,1996,p:600) , (Garner, ,1983) (Sade,1973)** (أحمد عبد الخالق ،

1997)(**Siluer et al ,1992,pp:3-4)**، (زينب شقير ،2004،2003) يمكن استخلاص التعريف الاجرائى استجابة الفرد لمثيرات " البعد عن تناول الطعام ، والذى ينشأ نتيجة الخوف الشديد من السمنة ، واضطراب فى شكل الجسم، ونقص ملحوظ فى الوزن ، وجفاف فى الجلد ، وبعض المشكلات النفسية الأخرى) وينعكس ذلك فى الدرجة التى يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لذلك .

ثانياً: صورة الجسم Body Image فى ضوء التعريف الاجرائى لكل من (Adapk ,1993) ، (Glover ,1968) ، (Erikson,1968) ، (Hollander ,1989)،(Thompson,1990) ،(Philips,1991) (Albertini,1999)،(Schmidt,1995) ،(نيفين زيور ،1979: 7)(James,1997:108)،(Toro-2006:140),(Cash,1997:2)،(Foshay,1996:341) ،(عـــلاء الـــدين كفـــافى ،1996) (Mable&Others,1986:907)،(Gardent,1996:757)، (Adapk,1993:79)"، (Spiegel,1959) نستخلص التعريف الاجرائى التالى : اضطراب سلوكى يتمثل فى استجابة الفرد لمثيرات الجوانب الجسمية والنفسية والمعرفية والاجتماعية مما يؤدى لتشوه صورة الجسم وما يصاحب ذلك من عزلته عن الآخرين ، وينعكس ذلك فى الدرجة التى يحصل عليها المفحوص فى المقياس المعد لذلك) .

ثالثاً : الذاتوية : فى ضوء تحليل مكونات المقاييس السابقة المعنية بالذاتوية ومنها (مقياس Gilliam Autism Rating Scale(نايف الزارع,2004), مقياس تقييم الأوتيزم فى مرحلة الطفولة Childhood Autism Rating Scale (CARS)(سليمان عبد الواحد , 2010) , قائمة المظاهر السلوكية لأطفال الأوتيزم (داليا السيد شعبان , 2015) ، مقياس ملاحظة الذاتوية Autism A.O.S Observation Scale (Seagull et al ,1986) ،مقياس تقدير ذاتوية الطفولة (كارز) (C.A.R.S) Children Autism Rating Scale,1980) ، أداة تقدير السلوك الذاتوى والنمطى للأطفال (B.R.I.A.A.C) (Rotenberg et al ,1966) ،جدول الملاحظة لتشخيص الذاتوية (A.D.O.S) (Lord et al ,1989) ،المقابلة التشخيصية للذاتوية (A.D.I) (Leucoter et al ,1989) ،قائمة ريملاند التشخيصية للأطفال ذوى السلوك المضطرب Diagnostic Checklist for Behavior disturbed children (Rimland ,E2,1971) فانه يمكن تعريفها إجرائياً (استجابة المرء لمثيرات قصور التفاعل الاجتماعى ، والتواصل واللعب التخيلى/الرمزى , والنواحى العقلية والانفعالية والعاطفية والحركية واللغة بالاضافة الى التمسك بالروتين وقلة الاهتمامات والأنشطة .

الاطار النظرى والدراسات السابقة : سنتناول الاطار النظرى لمتغيرات الدراسة على النحو التالى:

أولاً فقدان الشهية العصبى ويتضمن :

(أ) النظريات :

(1)النظرية البيولوجية : طبقاً لما يراه (Halmi,19985) أن هناك الكثير من الاضطرابات الفسيولوجية والكيميائية المسببة لفقدان الشهية العصبي حيث يعانى المرضى من نقص النمو فى النخاع العظمى ، كما ينخفض لديهم مستوي بلازما الفيبرينوجين Fibringen Plasma ، ومعدل انخفاض سرعة الترسيب ، كما قرر (Fava et al ,1989:964) أن تغيير الترددات العصبية Neuro Modulators ، والموصلات العصبية Neuro Transmitters يكون مسئولاً عن ضبط سلوك الأكل، كما يرتبط اضطراب فقدان الشهية العصبي بالتغيرات الحادثة فى أجهزر الأدرينالين ، سيروتينين ، وأفيونات المخ Noradrenergic Serotonergic Optioid System ، هذه التغيرات الكيميائية العصبية قد تؤدى الى بقاء سلوك الأكل المرضي .

(2) نظرية التحليل النفسي : ينظر التحليل النفسي الى فقدان الشهية العصبي باعتباره دفاع ضد الحالات اللاشعورية المتصلة بالإخصاب والحمل عن طريق الفم ، فقد كان ينظر قديماً الى مرضى فقدان الشهية العصبي على أنهم صغار يرفضوا النمو والتطور ، كما أكد (عبد الرحمن العيسوى ،1999 : 272) أن

مدرسة التحليل النفسي ترى ان فقدان الشهية العصبي هو احد أسباب الخوف اللاشعورى من الحمل ، وكذلك وجود صور عقلية عن الجسم مضطربة ، والخطأ فى تفسير المثيرات الجسمية مثل الحاجة الى الغذاء والذى يؤدى الى نشأة فقدان الشهية العصبي .

(ب) التشخيص

(1) تشخيص فقدان الشهية العصبى 1993, DSM-IV الجمعية الأمريكية للطب النفسى . ويتضمن

(أ) رفض الابقاء على وزن فى حدود الوزن المناسب لطول الشخص وعمره بحيث يكون الوزن ناقصاً بحوالى 15% من الوزن الملائم للشخص .

(ب) الخوف الشديد من زيادة الوزن أو البدانة بالرغم من انخفاضه .

(ج) اضطراب فى طريقة إدراك الشخص لوزن الجسم وحجمه وشكله .

(2) تشخيص منظمة الصحة العالمية وفقاً للدليل التشخيصى والاحصائى الرابع (ICD-10) , (DSM-IV) يشير أنه من الصعب أن نشخص مرض فقدان الشهية لدى المراهقين الصغار الذين لم يكتمل نموهم الى صعوبة تشخيص المرض .

(ج) الأساليب العلاجية لفقدان الشهية العصبى :

أولاً : العلاج السيكودينامى Psychodynamic Therapy هناك عدد من الطرق العلاجية يطلق عليها مصطلح سيكودينامى ، وهذه الطرق تتدرج من التحليل النفسى التقليدى الذى يتضمن العديد من الجلسات كل أسبوع لسنوات طويلة إلي العلاج الأسبوعى لمدة عام أو أكثر و ينطلق العلاج السيكودينامى من فلسفة أساسية مؤداها أن الأعراض المرضية لفقدان الشهية العصبى ترتبط بصراعات لا شعورية ، ويحاول المعالج أن يكتشفها .(مجدى الدسوقى ،2007: 140 -150)

ويشير **(Moorey ,1993:138)** الى أن العلاجات التى يعبر فيها المرضى عن أفكارهم السرية ومشاعرهم الدفينة التى يقوم المحلل بتفسير معانيها اللاشعورية تحتوى بالنسبة لمرضى فقدان الشهية العصبى على عناصر تمثل التكرار المؤلم لنمط أو نموذج يميز نموهم العام .

ثانياً : العلاج السلوكى Behavior Therapy يرى **(Moory ,1993 :138)** أن غالبية المستشفيات تستخدم مبادىء تعديل السلوك **Behavior Modification** فى عملية استعادة الوزن ، والمبدأ الأساسى هو امكانية الوصول الى المزايا المتعددة القائمة على اكتساب الوزن ، فالمريضة التى تعانى من فقدان الشهية العصبى ، تكون محبوسة فى غرفتها دون وجود راديو او تليفزيون وكتب وجرائد ومكالمات تليفونية وزوار وربما لا يسمح لها أيضاً أن تغادر الحجرة للذهاب الى المرحاض , وبالتدريج يتم استعادة المزايا أو المتطلبات عندما يتم الازدياد فى الوزن ، والتبرير النظرى لتعديل السلوك يتضمن الزعم بأن جميع السلوكيات تقريباً قد تم تعلمها ، وفى هذا السياق فإن الفكرة الرئيسية هى أن احتمال تكرار السلوك يزداد اذا تبعه شكل من أشكال الاثابة .

ثالثاً : العلاج المعرفى Cognitive Therapy يذكر **(Williamson et al ,1998:192-193)** أن العلاج المعرفى الذى يحدد فيه المعالج التشوهات المعرفية هو علاج يبشر بالخير ، حيث يركز على حذف المعتقدات غير العقلانية المحبطة للذات والمرتبطة بالأطعمة والصحة وصورة الجسم ، وتكون المهمة العلاجية الرئيسية هى تحدى فقدان الشهية الزائد الذى يتكون من فرضيات لا يوجد دليل على صحتها ، بينما

يؤكد (**Vitousek & Holon,1990**) على ان العلاج المعرفى التقليدى يركز على الافتراضات والأفكار التلقائية وليس على المعتقدات الذاتية السلبية ، لذلك فإنه لا يجدى مع كل الأفراد .

(د) الدراسات المرتبطة به :

دراسة (**Postorino ,2017**) عن العلاقة بين فقدان الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم على عينة (**65**)من مريضات فقدان الشهية العصبى ، وكان من نتائجها وجود علاقة قوية بين فقدان الشهية العصبى وعدم الرضا عن صورة الجسم ، كما أكدت الدراسة أن الاناث ذوى اضطراب فقد الشهية العصبى أكثر عرضة لعدم الرضا عن صورة الجسم . وهو ما أكد عليه (**Zone :,A,T,1997) .**

وجاءت دراسة **(Koch ,Susanne ,2015)** للوقوف على طبيعة العلاقة بين فقدان الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم على عينة بلغت (19) من أطفال الذاتوية ، وتوصلت نتائجها الى ارتباط صورة الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى بالعديد من المتغيرات النفسية (الرضا عن الجسم – تقدير حجم الجسم) ، ووجود علاقة دالة احصائياً بين صورة الجسم وكل من تقدير حجم الجسم والرضا عنه . وهو ما أكد عليه (**Rodrigyez,1997)**

أما دراسة (**Probst –Mishel :1985**) وهى دراسة علاجية تناولت توظيف العلاج النفسى الحركى لتدارك صورة الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى ، وتحديد ردود الأفعال بالنسبة لصورة الجسم وذلك على عينة قوامها(**24**) من الذكور والاناث ذوى اضطراب فقدان الشهية العصبى ، فقد توصلت نتائجها بعد فحص الملامح الخاصة بتشويه صورة الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى الى وجود علاقة بين فقدان الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم ، وهو ما أكد عليه **(Jermakow ,2016) .**

كما جاءت دراسة **(Dellosso ,2016)** حول دراسة حجم الجسم لدى مريضات فقدان الشهية العصبى وأسفرت نتائجها عن أن مريضات ال (**A.N**) **Anorexia Nervosa** يبالغن فى تقدير حجم الجسم أو ازياد أو نقصان حجم الجسم ، كما أكدت النتائج أن الانتقاص من الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى يشابه المعتقدات الهذائية أو الغير منطقية ، وارتباط مقاييس فقدان الشهية العصبى (الانتقاص) بعدم الرضا عن صورة الجسم ، وهو ما أكد عليه (**Slade ,Peter ,1988)**

وأيضاً دراسة **(Nielisen ,s ,2015)** التى تناولت (**24**) من مرضى فقدان الشهية العصبى من ذوى طيف الذاتوية ، و أكدت نتائجها أن صورة الجسم المعززة تلعب دوراً ديناميكياً فى الدافعية الخاصة بالتقليل من تناول الطعام ، كما تزيد من خطر التورط فى اضطراب فقدان الشهية العصبى ، كما أن تشوه صورة الجسم يمكن أن يساعد على التنبؤ بالتورط فى اضطراب فقدان الشهية العصبى ، وأن التوقع المبالغ فيه لصورة الجسم يشير الى أن مثل هذا التحريف يساعد فى الحفاظ على سلوك التنظيم الغذائى حتى فى حالة الأجسام النحيفة . وهو ما أكد عليه (**Heilburn ,Alfred :1990)**

وأجرى **(Cash ,Thomas ,1987)** بحثاً مقارناً يهدف الى تقويم تحريف اضطرابات صورة الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى وكذلك اتجاهاتهم نحو الطعام ، وأشارت نتائج البحث الى العلاقة بين اضطراب صورة الجسم وفقد الشهية العصبى ، كما أوصى البحث باستهداف علاج تشوهات صورة الجسم لدى ذوى فقدان الشهية العصبى ، كما أكد البحث على وجود نسبة كبيرة من المصابين بمرض فقدان الشهية العصبى يبالغون فى تقدير حجم أجسامهم .

كما توصلت نتائج دراسة **(Vagni,D,Moscone,2016)** أن حوالى **33%** من مرضى اضطرابات الأكل من ذوى فقدان الشهية العصبى بأنهم ضمن فئة اضطراب طيف الذاتوية وذلك بسبب تأثرهم بنموذج صورة الجسم ، حيث يظهر على الأطفال الذاتويين مشاكل فى سلوكيات التغذية أكثر من أقرانهم الطبيعيين من نفس أعمارهم تتضمن الخوف الشديد من زيادة الوزن ، مع تشوه فى إدراك شكل وحجم الجسم وما

يصاحب ذلك من تناول كمية محدودة من الطعام **(Frude,1998,76)** ، والانشغال بالأفكار التى تتعلق بالطعام **(Muuss,1998,397)** ، والميل لخفض الوزن **(Banks ,1996 ,108)** ، والانشغال بحجم وصورة الجسم **(Plamer,1980,26-27)** ، وما يترتب على هذه السلوكيات من انخفاض الوزن **(Dally ,P,1969:31)** ، والتقيؤ **(Martin & Lang,1993)Vomiting** ، الاستسقاء أو تجمع السوائل فى الجسم ، الجفاف،التغيرات فى الجلد والشعر والأظافر والأسنان ، زرقة احد الأطراف **Acrocyanosis** ، نوبات الصرع **Epilespy** ، النشاط الزائد ، التحديق فى المرآة ، السرقة ،واضطرابات المعدة مثل(الامساك ، الاسهال) . **(Dally,P,1969:31)**

كما جاءت دراسة **(Martins ,2016)** حول فحص الملامح الخاصة بتشويه صورة الجسم كما تبدو فى التقارير الشائعة لدى مرضى فقدان الشهية العصبى ، وأكدت نتائجها أن التقويم المبالغ فيه Overestimate لحجم الجسم يعتبر سمة مميزة لمرضى (A.N.) **Anorexia Nervosa .** وهو ما أكد عليه **(M C Whirter ,1985)**

كما قام **(SpekAA,2015)** بدراسة طولية لقياس جوانب صورة الجسم والشعور بالهوية ونتائج فقدان الشهية العصبى وذلك على عينة من الأطفال الذاتويين،وجاءت النتائج تشير الى أن اجتماع اضطراب الذاتوية وفقدان الشهية العصابي يعتبر مؤشر اً قوياً يشير إلى أن اضطراب الأكل سوف يتبع دورة مزمنة ، ويبدو أن مشاكل الأكل لدى الأشخاص ذوي اضطراب الطيف التوحدي ترتبط بالحساسية الشعورية وتفضيلات الأكل والمشاكل الحركية .

أما دراسة **(Mandy, 2015)** فقد هدفت فحص تأثير عادات الأكل والحالة الغذائية ومشاكل التغذية واضطراب وظيفة الأمعاء, أشارت النتائج أن الأطفال الذاتويين يظهر عليهم صعوبات سلوكية وقت تناول الطعام لكن لا تترجم هذه الصعوبات إلى حالة غذائية مقارنة بالأطفال الطبيعيين.

وعن دراسة **(Vissoker,2015),(Valentina , Postorino ,2017)** فقد كشفت عن مشاكل الأكل وذلك على أطفال طيف الذاتوية , وأظهرت نتائج الدراسة ان ارتباط اضطراب الذاتوية وفقدان الشهية العصابي منبئان لاضطرابات الأكل. ويبدو أن مشاكل الأكل لدى الأشخاص ذوي اضطراب طيف الذاتوية ترتبط بالحساسية الشعورية وتفضيلات الأكل والمشاكل الحركية.

وتشرح الدراسة النوعية ل "جونسون" **(Johnson,2016)** التغذية وسلوكيات الأكل والتى أُجريت على عينة من أطفال طيف الذاتوية والأطفال العاديين وأظهرت نتائج الدراسة أنه يظهر على الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية سلوكيات التدقيق في الأكل أكثر من أقرانهم االعاديين من نفس أعمارهم. وقد كانت معدلات سلوكيات التغذية ذات الطقوس متكافئة لدى جميع مجموعات الأطفال .

ثانياً : صورة الجسم

(أ) مفاهيم متداخلة : من هذه المفاهيم نشير إلى :-

أ- الذات الجسدية :ان مصطلح الذات الجسدية يشير الى الشخص كاملا متضمنا جسم وأعضاء جسم وتنظيم واجزاء هذا التنظيم ، ويتصل هذا المفهوم بمفهوم الأنا (Ego) من حيث أن الذات هى احدى الوظائف التكاملية للأنا ، ويحدث التكامل لنواة الذات اثناء التفاعل بين الذات وتصورات الموضوع (نعمت حسن جلوى،2004 : 43)

ب- سكيما الجسم : هى الصورة التخطيطية للجسم فى المخ ، فكل منا يولد وهو يملك صورة تخطيطية أو خريطة للجسد مطبوعة فى المخ ، وعلى وجه التحديد فى الفص الجدارى منه ، كما يرى علماء البيولوجيا

فمعرفة حدود الجسد والمسافة المطلوبة بين جسد الذات والآخر والتى تمنع الاحتكاك هو على سبيل المثال ما تعنيه سكيما الجسم. (نيفين زيور،1979)

(ب) النظريات :

1 - صورة الجسم وبعض نظريات التحليل النفسى : يعد (Fisher,1986) من أبرز العلماء التحليلين الذين حاولوا الدراسة الدينامية للجسم من التركيز على التطور النفسجسمى الى التركيز على الحدود بين الذات والعالم الخارجى فأعراض الفصام والاضطرابات الأخرى ينظر اليها جزئيا باعتبارها انعكاسا لهذه الحدود الفقيرة ، واعتبر أن الخاصية الأولى لصورة الجسم هى التعقيد اذ يصعب فهمها من خلال بضعة كلمات أو جمل لذا اهتم (Fisher) بدراسة المناطق التى ينصب عليها انتباه الفرد فالليبيدو يستمر أثناء الطفولة فى مناطق الفم والأعضاء التناسلية ووجد انه لا يصلح تحليل بيانات الجنسين معا وانما يحلل كل جنس على حدة (محمود عبد الرحمن ،2001: 48)

2- صورة الجسم والنظريات الاجتماعية : يذهب كل من (**Jourard,Secord** الى أن مفهوم الجسم مثله مثل المثلث متوازى الأضلاع يتكون من ثلاث محاور كالتالى : صورة الجسم الفعلية – صورة الجسم المثالية-صورة الجسم المقدمة للآخر وبناء على ذلك يتحدد رضا الفرد عن صورة جسمه وذلك طبقا لمقدار الاقتراب بين صورة الجسم المثالية ، والعكس فكلما زادت الهوة بين الصورة الواقعية والصورة المثالية انخفض رضا الفرد عن جسمه . (أمانى عبد العظيم, 2005)

(ج)التشخيص :

يمكن قياس صورة الجسم باستخدام استبيانات ذاتية التقدير Self Rating، وهى تتضمن قائمة بجميع أجزاء الجسم الخارجية، ويطلب من المفحوص الإشارة إلى حجم كل جزء على متصل (صغير جداً ، صغير ، متوسط ، كبير ، كبير جداً) ، وقد يستخدم الفيديو فى عرض صورة الجسم لتلائم جسده بواسطة التحكم الخارجى فى شاشة العرض وتعرض ايضاً صورة عند اصغر حجم للجسم ، ويطلب منه أيضاً إعادة ضبطها ، وتعطى درجات لكل منهما ، وقد يكون برسم وجه منبه Clock face أو عن طريق الفحص الكلينيكى العصبي ، بالاضافة الى العديد من المقاييس الآخرى نشير اليها فيما يلى :-

1- قائمة فحص الصفة لـــ"هارتلى باترشيا" (Hartly ,1989) ويتكون من ثلاثة أبعاد هما (الرضا عن الجسم ، التناسق بين أعضاء الجسم ، كفاءة الجسم فى القيام بوظائفه) .

2- مقياس صورة ا لجسم لـــ (Setro,1989) ويتكون من بعدين أساسيين هما (تقبل الجسم ، التناسق بين اعضاء الجسم).

3- اختيار شكل الجسم لـــ (Boneil ,1991) ويتكون من ثلاثة أبعاد هما(حجم الجسم ، رضا الآخرين ، جاذبية الجسم).

4- مقياس صورة الجسم لـــ (Lyslon ,1995) الذى اشتمل على المكونات التالية (حجم الجسم ، رضا الآخرين ، التناسق بين أعضاء الجسم) .

5- مقياس صورة الجسم لـــ(مايسة النيال وعلاء الدين كفافي ،1995) ، واشتمل على أبعاد (الرضا عن الجسم ، الانشغال الزائد بالجسم ، المظاهر المعرفية).

6- مقياس صورة الجسم لـــ (زينب شقير ، 1998) ، الذى اشتمل على بعدين هما (المظاهر الجسمية ، المظاهر السيكولوجية).

7- استبانة تقبل صورة الجسم (Cooper ,1987)Body Shape Questionnaire وتضمن الاستبيان ثلاثة ابعاد تمثلت فى (الرضا عن الجسم ، التناسق بين الأعضاء ، رضا الآخرين) .

8- استخبار العلاقات الجسمية المتعدد الأبعاد Multi Dimensional Body self Relations Questionnaire (Cash,1994) الذى يتكون من بعدين رئيسيين وهى (الرضا عن الجسم ، رضا الآخرين وجاذبية الجسم .

(د)العلاج : أولاً : العلاج الدوائى (Pharmaco Therapy) من العقاقير ذات الفاعلية فى علاج اضطرابات صورة الجسم (الكلوميرامين **Clomipramine**- الفلوكستين **Fluxetine**- الديسبرامين **Desipramine**) وهذه العقاقير توفر الراحة النفسية للأفراد الذين يعانون من الاضطراب .(مجدى محمد الدسوقى ،2006: 156)

ثانياً العلاج النفسى: تتعدد تيارات العلاج النفسى لاضطراب صورة الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى فمنها تيار التحليل النفسي ، والعلاج السلوكى ، والعلاج المعرفى الانفعالى والعلاج العقلانى ، حيث يتم الاستعانة بأكثر من مدرسة علاجية لتعديل الاضطرابات الطارئة على صورة الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى.

(هـ) الدراسات السابقة : أجرى كاش توماس **(Cash,Thomas:1987)** بحثا مقارنا يهدف تقويم تحريف اضطرابات صورة الجسم لدى أطفال الذاتوية البسيطة من مرضى فقدان الشهية العصبى ، وأكدت النتائج أن التقويم المبالغ فيه **Overestimate** لحجم الجسم يعتبر سمة مميزة لمرضى فقدان الشهية العصبى ، وعلى نفس المنوال قام برودى سليد،بيتر **(Slade,Peter,Prody:1988** بدراسة حجم الجسم لدى أطفال الذاتوية مرضى فقدان الشهية العصبى(A.N) وأسفرت النتائج عن أن الأطفال يبالغون فى تقدير حجم الجسم زيادة أو نقصاناً ،كما اسفرت النتائج أن الانتقاص من الجسم لدى المرضى يشابه المعتقدات الهذائية أو غير المنطقية .

كما أوضحت نتائج دراسة بريندد فيليب**(Brinded –Philip : 1990)** أن تحريف صورة الجسم (B.I.D) ثابتة عبر الوقت وذلك باستخدام التحاليل المجمعة ،كما كشفت التحليلات الفردية ان عملية تحريف أو تشويه صورة الجسم تختلف باختلاف اتجاهاتهم ، كما كشفت النتائج عدم الرضا عن صورة الجسم ، وأجرى هيلبرن (**Heilburn :1990)** بحثاً مقارناً بين التقديرات الخاصة بحجم الجسم بعد رؤيته فى المرآة والأحجام الحقيقية لأجسامهم وقد أشارت النتائج الى ان ثمة فروقاً بين التقديرات الخاصة بحجم الجسم ، وأن تشوه صورة الجسم يمكن أن يساعد على التنبؤ بالتورط فى اضطراب فقدان الشهية العصبى ، وان التوقع المبالغ فيه لصورة الجسم يشير الى ان هذا التحريف يساعد فى الحفاظ على سلوك التنظيم الغذائى حتى فى حالة الأجسام النحيفة .

كما قام بروبست **(Probst,1992)** بدراسة تقويم صورة الجسم لدى عينة من أطفال الذاتوية مضطربى فقدان الشهية العصبى، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة بين توقعات مجموعة فقدان الشهية بالنسبة للصورة المثالية للجسم أقل مما جاء لدى مجموعة الأصحاء , كما جاء كل طفل بتوقعات أدنى لمقاييس اجسامهم الحقيقية ، وأكدت دراسة كل من زون ،رودرجيور **(Zone :1997)(Rodrigus,1997)**عن مدى تقبل صورة الجسم وعلاقات الذات الجسمية عن وجود علاقة قوية بين عدم الرضا عن صورة الجسم وفقدان الشهية العصبى ، حيث ظهرت العلاقة دالة بين صورة الجسم وكل من تقدير الجسم والرضا عنه

تشخيص الذاتوية : وجد كل من "وينج ولورنا وجودى جولد" أن هناك صعوبات فى النمو تشكل ملامح متجمعة يشار اليها بثلاثية وينج لاضطراب الذاتوية وهى :

1- تلف وانحراف فى اللغة والاتصال (اللفظى وغير اللفظى) **2-** تلف وانحراف وتأخر شديد فى النمو الاجتماعى

3- السلوك والخيال الفقير وتصلب التفكير (**R.Jordan & S.Powell , 1958 , P.1-2)**

التشخيص فى ضوء الدليل التشخيصى الاحصائى الرابع : فقد توصل الاكلينيكيون الى صلاحية الذاتوية باعتبارها فئة تشخيصية , وكذلك الملامح المتمركزة حول تعريفها ، وقد ساعد هذا الاتفاق على امكانية تقارب النظامين التشخيصين الأساسيين : الاصدار العاشر للتصنيف الدولى للأمراض **ICD** لمنظمة الصحة العالمية **WHO ,1992** والاصدار الرابع من الدليل التشخيصى الاحصائى للاضطرابات العقلية لرابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين **DSM IV** ، وبالرغم من بعض الاختلافات ، فهذه الأنظمة التشخيصية الأساسية أصبحت متشابهة أكثر من تباينها ، مما سهل تطوير مفاتيح التقييمات التشخيصية للخطوط الارشادية الواضحة العالمية المتفق عليها **(Fred R .Volkmar ,et al ,p.5)** .

ويمكن تلخيص مقياس للدليل الاحصائى الرابع **DSM IV** لاضطراب الذاتوية وذلك على النحو التالى :

1- مقياس ال DSM IV يشمل تلف التواصل الاجتماعى التكيفى ، كما هو موضح فى اثنين على الأقل من الأعراض التالية :

أ- عجز تطوير علاقات تحديق النظر مع الآخرين . **ب-** التلف الواضح فى استخدام التواصل غير اللفظى .

ج- فقر التفاعل الانفعالى أو الاجتماعى . **د-** فشل فى البحث التلقائى عن فرص التفاعل مع الآخرين.

2- مقياس ال DSM IV يشمل كذلك تلف التواصل اللغوى كما يتضح بواسطة واحدة على الأقل مما يلى :

أ- استخدام اللغة بشكل نمطى متكرر **ب-** التأخر أو النقص الكامل فى نمو اللغة المنطوقة .

ج-فقر التقليد الاجتماعى . **(Bootzin et al ,1993:480)** **د** – تلف القدرة على استكمال محادثة مع الأخرين .

3- أخيراً مقياس ال **DSM IV** يتضمن النماذج التكرارية النمطية فى الأنشطة والاهتمامات والسلوك كما يظهر فى واحدة على الأقل مما يلى : **أ-** التمسك المتعنت بالطقوس أو الروتين .

ب- الانشغال الملحوظ بواحدة أو أكثر من النماذج المحددة , والذى يكون شاذاً فى تكثيفه .

ج- الحركات الأدائية النمطية ، مثل : تخبيط أو التواء الأصابع أو اليد ، أو حركات الجسم الكلية .

د- الانشغال بأجزاء العناصر أو الموضوعات **(R.LSimpsone&B.S.Myles,1998 , P 3-4)**

الأساليب العلاجية للذاتوية :

أولاً : العلاج البيئى للذاتوية Environmental Therapy يقوم هذا النوع من العلاج على تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعى وذلك عن طريق التشجيع والتعلم والتدريب على اقامة علاقات شخصية متبادلة مع المحيطين بالطفل الذاتوى ، مما ينمى لديه مهارات التواصل الاجتماعى الناجح **(زينب شقير ، 2007)**

ويعد برنـامج " تيتش " الذى طـوره **(Eric Schopler ,1972)** مـن أشـهر بـرامج التـدخل القائمـة علـى تعـديل البيئـة ، وتعـد الركيـزة الأساسـية لهـذا البرنـامج هـى تعلـيم الأطفـال الـذاتويين مـن خـلال نقـاط قـوتهم وتعويضهم عن نقاط ضعفهم من خلال تنظيم البيئة المحيطـة بهم . **(وفـاء علـى الشـامى ، 2004، ص 35-36)**

ثانيـاً : التـدخل السـلوكى Behavior Therapy (تعـديل السـلوك Behavior Modification)تعتبـر البرامج التدريبية ذات اهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث يمكن من خلالها تنمية مهاراتهم واستعدادهم ، إذ تؤدى هذه البرامج كما ترى " سكريبمان وكوجا" **Schreibman & Koegel (1996)** إلـى مسـاعدة الطفل بدرجة كبيرة فى تلقى البرامج التالية التى تعد بمثابة برامج متقدمـة ، ويـرى " نيوسـوم" **Newsom ,)(1998) أن** غالبية البرامج التى يتم تقديمها للأطفال الذاتويين فى الوقت الراهن تعتمد على إجراءات تعديل السلوك إلى جانب تدريب الوالدين ، ويرى " زيجموند " **(Zigmond & Baker ,1995)** أن دمج هؤلاء الأطفال أفضل من وضعهم فى فصول خاصـة بهم، ويضـيف " ميسـى " **(Mesibov & Shea,1996)** أن دمجهم مع أقرانهم العاديين بالفصل يحقق العديد من الانعكاسات الايجابية **(Charlop ,1989)**

ثالثاً : العلاج الدوائى (الكيميائى) Chemical Treatment وبالنسبة الى استخدام العقاقير الطبية فلا بد من الفحص وعدم استخدام أى منها الا بموافقة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته ، بالاضافة الى أنه لم يثبت أن استخدام العلاج الدوائى للذاتوية قد حقق نجاحا فى الحد من أعراض المرض ، فبعض العلاجـات الدوائيـة تحمـل خطـر تـدمير الجهـاز العصـبى ، أو أعضـاء داخليـة أخـرى مثـل الكبـد والجهـاز العصـبى **(Grenadine ,1998).**

الدراسات السابقة رؤية نقدية : يمكن إجمال التعليق على الدراسات السابقة فى ضوء المحور التالى :

القضايا المستخلصة : بتحليل الدراسات السابقة نخلص إلى مجموعة قضايا من أهمها :

1- أهمية دراسة اضطراب فقدان الشهية العصبى للتقليل من حدة بعض المشكلات والضـغوط النفسية الناتجـة عن الاضطراب والتى تعوق طفل طيف الذاتويـة فـى تحقيق الرضـا عن ذاتـه وعن الحيـاة وتحقيق التوافق النفسـى . وهـذا مـا أكـده كـل مـن **(Smith,thelem,1984) Goldberg, 1977) (Sade,1973) , ((Goldberg,1977)(Foreyte et al ,1998 ,p:648)**

. (Garner ,A,1983)(Christive Harris ,1996,p:600)

2- الدور الفعال لدراسة اضطراب فقد الشهية العصبى ومن ثم خفض المشكلات والضغوط النفسية الناتجة عن الاضطراب فى تحسين مستوى الرضا عن الحياة وتنمية تقدير الذات وتنمية الثقة بقدراتهم ، وذلك كما فى دراسة **(Khan&Fawcett,1993,P:151) (Hsu,et,al,1990) (Bird et al ,1982) (Irwin,1984:404-405) (Kaplan&Sadock,1989:200)**

3- ارتباط اضطراب فقدان الشهية العصبى لدى اطفال طيف الذاتوية بالمستوى المرتفع من السلوك السلبى والمفاهيم السلبية الآخرى كالقلق، والاكتئاب والاحجام، وعدم الرضا عن الجسم، وعدم الرضا عن الحياة ،وانخفاض تقدير الذات ، وعدم الثقة فى قدراتهم ، عدم الشعور بالأمن النفسى ، عدم الرضا العام عن الحياة،الهستيريا ، الفوبيا ، الذهان ، التوتر ، الوسواس القهرى ، الحساسية المفرطة ، الشعور بالعجز والقصور) ، كما فى دراسة **(Nielisen S ,2015)** ، **(Jermakow ,2016)** ، **(Dellosso,2016)** ، **(Sponsor ,2016)**

4- اتفقت أغلب الدراسات على أهمية دراسة المتغيرات فى معالجة السلوك السلبى الناتج عن العلاقة بينهم ، كمعالجة القلق والاكتئاب ، وعدم الرضا عن الحياة) وأهمية ادخال اضطراب فقدان الشهية العصبى ، اضطراب صورة الجسم فى معية الارشاد والعلاج النفسى لدى البشر عامة وذوى الاحتياجات خاصة .

فروض الدراسة : ويتم صياغتها فى ضوء أسئلة الدراسة وأهدافها ونتيجة تحليل الدراسات السابقة كما يلى :

أ- إن متغير فقدان الشهية العصبى له القدرة التنبؤية على متغير اضطراب صورة الجسم لدى أطفال الذاتوية البسيطة .

ب- يختلف كل من مستوى فقدان الشهية العصبى و اضطراب صورة الجسم باختلاف المتغيرات الديموجرافية (الفئة العمرية - النوع) .

منهج الدراسة واجراءاتها :

أولاً : منهج الدراسة : تعتمد هذه الدراسة على " المنهج الوصفى " وهدفه الوقوف على المتغيرات المحددة لفقدان الشهية العصبى لدى أطفال طيف الذاتوية ، والتحقق من صحة الفرض الثانى المعنى بتباين صورة الجسم لدى أطفال طيف الذاتوية بتباين المتغيرات الديموجرافية (النوع – الفئة العمرية) .

ثانياً : خصائص العينة ومنطق اختيارها : تتضمن عينة الدراسة (100) من أطفال الذاتوية البسيطة ، وفيما يتصل بالعمر ما بين 9 و 12 سنة.

مبررات إنتقاء العينة فى ضوء الخصائص السابقة : للأسباب التالية :

أ – بلغ حجم العينة (**100**) بهدف جمع البيانات الديموجرافية والتحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة ، والاجابة على الأسئلة ، والتحقق من الفروض .

ب- تضمنت العينة ذكور وإناث ، واعمار مرتفعة ومنخفضة لحسم الجدل بين نتائج الدراسات السابقة ، حيث نجد دراسة (**Ricciadelli L ,2001**) التى أكدت أن فقدان الشهية العصبى يزداد بتقدم العمر ويرتفع مستوى الاضطراب مع الوقت و يبلغ ذروته فى مرحلة المراهقة ، أما دراسة (**George et al ,2007**)فقد توصلت الى وجود ارتباط دال احصائيا بين كل من فقدان الشهية العصبى وصورة الجسم والمتغيرات الديموجرافية (الفئة العمرية - النوع)، وهذا ما اكدته دراسة (**Strober et al ,1986**) ، حيث توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث على مقياس فقدان الشهية العصبى ، وأيضاً دراسة (**Boright,1990**) والتى توصلت نتائجها وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث فى فقدان الشهية العصبى فى اتجاه الاناث ، وهو ما أكدته دراسة (**Hudson et al,2007**) من وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات الذكور والاناث فى فقدان الشهية العصبى على مقياس سلوك الأكل غير التوافقى فى اتجاه الاناث بنسبة تصل ل (**0،9 %**) ، فى حين أثبتت دراسة (**Avalon ,2002**) أن الاناث أعلى من الذكور فى (تفقد الوزن المثالى – صورة الجسم) كما أوضحت أنها تنتشر لديهم فى المرحلة العمرية (**6-17**) سنة ، كما توصلت نتائج الدراسة الى أن المرحلة العمرية الشائع فيها فقدان الشهية العصبى بداية من عمر (**12**) عام لدى الاناث ، وأكدته دراسة (**Netemeyer et al ,2001**)

أدوات الدراسة : تتضمن ما يلى :

أ – **مقياس فقدان الشهية العصبى :** من إعداد الباحثان ، بغرض توفير أداة سيكومترية مستمدة من البيئة العربية بما يتناسب مع ثقافتها ، ثم حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس : وقد مر بناء المقياس بعدة مراحل ، ومنها تحليل دراسات كلاً من (**Spek,AA,2015**) ، (**Rhode,2015**) ، (**Tanner,2015**) (, **Boright,1990**) ، (**Avalon ,2002**) ، (**Ricciadelli L ,2001**) ، (**George et al**

2007,) (Kral ,2015)، وبحساب معامل الشيوع توصل الباحثان لتعريف فقدان الشهية العصبى إجرائياً بأنه استجابة الفرد لمثيرات ومتغيرات الأعراض الفسيولوجية ، والأعراض النفسية ، المظاهر الاجتماعية ، المظاهر المعرفية) وينعكس ذلك فى الدرجة التى يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لذلك .

ثبات المقياس : تم التحقق من ثبات المقياس بأكثر من طريقة لتأكيد توفر ثبات المقياس والوقوف على مدى صحة النتائج عند كل مرة يستخدم فيها المقياس منها :

أولا: معامل ثبات المقياس: تم حساب معامل الثبات للاختبار ومكوناته بعدة طرق نوضحها فيما يلي:

أ- طريقة التجزئة النصفية: تم حساب معامل الثبات بين نصفي المقياسات الفرعية الأسئلة (الفردية، الزوجية)، والمقياس الكلي، مع التصحيح من أثر التجزئة بمعادلة "Spearman& Brown". ويوضح ذلك بجدول (1).

ب- طريقة معامل ألفا لكرونباخ Alph- Cronbach's : تم حساب معامل ثبات ألفا للأسئلة الصحيحة لأفراد عينة التطبيق الاستطلاعي، باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ، بعد التصحيح باستخدام معادلة لـ "Spearman &Brown" ويوضح ذلك بجدول (1).

ج- **طريقة معامل جتمان Guttman :** تم حساب معامل الثبات بين نصفي المقياسات الفرعية الأسئلة (الفردية، الزوجية)، والمقياس الكلي، مع التصحيح من أثر التجزئة بمعادلة "Spearman& Brown". ويوضح ذلك بجدول (1).

جدول (1)

معاملات ثبات التجزئة النصفية وألفا لكرونباخ وجتمان

للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية لاختبار فقدان الشهية العصبي (ن=100).

م	القيم الإحصائية / المكونات	عدد البنود	معاملات ثبات التجزئة النصفية	معاملات ثبات ألفا لكرونباخ	معاملات ثبات جتمان
1	الاعراض الفسيولوجية	12	0.119	0.225	0.117
2	الأعراض النفسية	12	0.287	0.415	0.287
3	المظاهر الاجتماعية	9	0.330	0.395	0.317
4	المظاهر المعرفية	10	0.412	0.507	0.388
5	الدرجة الكلية للاختبار	43	0.607	0.628	0.619

ويلاحظ من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات بأسلوب التجزئة النصفية، تراوحت بين (0.119: 0.607) للاختبار. فى حين تراوحت قيم معاملات الثبات باستخدام طريقة ألفا لكرونباخ بين (0.225: 0.628) للاختبار، كما تراوحت قيم معاملات الثبات جتمان بين (0.117: 0.619) للدرجة الكلية ومكونات المقياس؛ مما يعني أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مقبولة.

ج- الاتساق الداخلي: تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس بإيجاد قيمة معامل الارتباط (ثبات المفردة) بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه هذه المفردة، وذلك بعد حذف العبارات غير الدالة، وباعتبار الدرجة الكلية محك داخلي، ويوضح جدول (2) قيم معامل ارتباط المفردة بالدرجة الكلية للبعد التي تنتمي إليه.

ويتضح من الجدول التالي أن قيمة معاملات الارتباط؛ قد تراوحت للمكون (**الاعراض الفسيولوجية**) بين (*0.211- **0.545)، وللمكون (**الأعراض النفسية**) بين (*0.254- **0.617)، كما كانت للمكون (**المظاهر الاجتماعية**) بين (**0.319- **0.585)، وأخيراً كانت للمكون (**المظاهر المعرفية**) بين (*0.231- **0.660)، وكانت معظمها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) فأكثر. كما كان هناك ثلاث مفردات كانت غير دالة في مكون (**الاعراض الفسيولوجية**) وهما العبارة رقم (1، 21، 37)، ومفردة واحدة كانت غير دالة في مكون (**الأعراض النفسية**) وهي العبارة رقم (38)، ومفردة واحدة كانت غير دالة في مكون (**المظاهر المعرفية**) وهي العبارة رقم (16). وتم حذفها من المقياس.

جدول (2)

قيم معامل ارتباط درجة المفردة بالدرجة الكلية للبعد التي تنتمي إليه

والدلالة للاختبار فقدان الشهية العصبي (ن= 100).

الاعراض الفسيولوجية		الأعراض النفسية		المظاهر الاجتماعية		المظاهر المعرفية	
المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط
5	0.437**	6	0.274**	7	0.501**	8	0.343**
9	0.545**	10	0.390**	11	0.344**	12	0.231*
17	0.307**	18	0.466**	19	0.585**	20	0.438**
25	0.430**	26	0.617**	27	0.448**	28	0.345**
29	0.211*	30	0.420**	31	0.393**	32	0.536**
33	0.449**	34	0.403**	35	0.333**	36	0.481**
40	0.329**	41	0.505**				
42	0.256*	43	0.306**				

كما تم حساب الاتساق الداخلي للاختبار بإيجاد قيمة معامل ارتباط Pearson Correlation بين درجات كل مكون من المكونات الفرعية والدرجة الكلية للاختبار الكلي، ويوضح ذلك بجدول (3).

مجلة البحث العلمى فى التربية
جامعه عين شمس
كليه البنات العدد التاسع عشر لسنة 2018

جدول (3)

قيم معاملات الارتباط (ر) بين درجات كل مكون بالدرجة الكلية والدلالة

لاختبار فقدان الشهية العصبي (ن=100).

المكون / القيم الإحصائية	الاعراض الفسيولوجية	الأعراض النفسية	المظاهر الاجتماعية	المظاهر المعرفية
معامل ارتباط	0.707**	0.769**	0.414**	0.652**

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الاتساق الداخلي لمكونات المقياس مرتفعة فتراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.769** :0.414**) لمكون المقياس، وكانت جميع الارتباطات دالة إحصائياً عند مستوى (0.01). مما يشير إلي معاملات ثبات واتساقاً داخلياً موثوق بها بين المكونات والأبعاد الفرعية للاختبار.

صدق المقياس : تم التحقق من صدق المقياس بأكثر من طريقة على اعتبار أن للصدق معانى متعددة والوفاء به لا يتأتى الا من خلال تطبيق عدة طرق نوضحها فيما يلى :

أ- صدق البناء والتكوين : فى ضوء تحليل الدراسات والأطر النظرية لكل من **(Hsu,et,al,1990) (Khan&Fawcett,1993,P:151) (Kaplan&Sadock,1989:200) (Irwin,1984:404-405) (Casper &Davis ,1977) (Bird et al ,1982) Curran Partridaye &Storey,1980) فضلاً عن تحليل مكونات المقاييس السابقة المعنية لفقدان الشهية العصبى لكل من (Goldberg, 1977) (Smith,thelem,1998) (Foreyte et al ,1998 ,p:648) (Christive Harris ,1996,p:600) , (Garner, ,1983) (Sade,1973) (أحمد عبد الخالق ، 1997)(Siluer et al ,1992,pp:3-4)، (زينب شقير ،2004،2003)** ، والإستفادة من نتائجها وحساب معامل الشيوع ، فضلاً عن الدراسة الاستطلاعية للوقوف على مكونات المقياس ومفرداته ، ومن ثم يصبح المقياس صادقاً فى ضوء مايسمى بصدق البناء والتكوين.

ب- صدق البناء العاملى: تم معالجة البيانات إحصائياً وذلك بإجراء التحليل العاملي الاستكشافي للعوامل بحساب صدق البناء العاملي للعوامل، وتحديد مدى دلالة تشبعات المقاييس بالعوامل باعتبار التشبعات دالة إذا كانت تساوي (+0.30) على الأقل، وبناء عليه تم تحديد العوامل فيما لا يقل عن اثنان من التشبعات الدالة على الأقل، وقد أسفر التحليل الاستكشافي للعوامل والذي تضمن مخرجاته بعد التدوير وحساب التشبع عند o.3، على عاملين كما في الجدول التالي:

مجلة البحث العلمى فى التربية
جامعه عين شمس
كليه البنات
العدد التاسع عشر لسنة 2018

جدول (4)

العامل المستخرج من المصفوفة الإرتباطية

للمقاييس الفرعية لاختبار فقدان الشهية العصبي والدرجة الكلية (ن=100)

م	التشبعات / المقاييس الفرعية	ع 1
1	الاعراض الفسيولوجية	0.961
2	الأعراض النفسية	0.958
3	المظاهر الاجتماعية	0.995
4	المظاهر المعرفية	0.984

كما يلاحظ من الجدول (4) أن مكونات المقياس تنتظم حول مكون واحد تتميز تشبعاته بأنها إيجابية وجوهرية مرتفعة، أي أن العامل وحيد القطب دال بدرجة موجبة، حيث تراوحت قيم التشبعات على العامل بين (0.995- 0.958) للدرجة المظاهر الاجتماعية، والأعراض النفسية ، وقد ترابطت المكونات معاً في مكون واحد مما يشير إلى أن المقياس صادقاً عاملياً.

وقد وجد أن المكونات الاربعة للاختبار تشبعت على عامل واحد مستقل، هو **عامل فقدان الشهية العصبي**، ويعد عامل رئيسي: ولذلك فقد تشبعت عليه العوامل الاربعة المتعلقة به، والتي يتضمنها اختبار **فقدان الشهية العصبي** ذو العوامل الأربعة (الاعراض الفسيولوجية ، والأعراض النفسية، والمظاهر الاجتماعية، والمظاهر المعرفية). وبذلك يتضح أن اختبار **فقدان الشهية العصبي** يتمتع بالصدق العاملي .

ثالثاً- قدرة المقياس على التمييز: تم حساب المقارنات الطرفية لمتوسطات ووسيط درجات المقاييس الفرعية والمقياس الكلي، والدلالة الإحصائية للفرق بين المتوسطين ، باستخدام اختبار (T. Test) للمقارنة بين المجموعتين المستقلتين ، و نوضح ذلك فى جدول (5)

جدول (5)

قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والوسيط لدرجات المجموعات الطرفية لاختبار فقدان الشهية العصبي (ن=100)

القيم الإحصائية / مكونات المقياس	المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الاعراض الفسيولوجية	الفئة العليا	25	27.92	27.00	1.222	19.922	0.01
	الفئة الدنيا	25	22.72	23.00	0.458		
الأعراض النفسية	الفئة العليا	25	31.04	30.00	1.670	14.014	0.01

القيم الإحصائية / مكونات المقياس	المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	الفئة الدنيا	25	24.80	25.00	1.472		
المظاهر الاجتماعية	الفئة العليا	25	25.28	25.00	0.980	18.300	0.01
	الفئة الدنيا	25	20.48	21.00	0.872		
المظاهر المعرفية	الفئة العليا	25	24.20	24.00	0.866	27.455	0.01
	الفئة الدنيا	25	17.24	17.00	0.926		
الدرجة الكلية للاختبار	الفئة العليا	25	104.36	103.00	2.998	20.029	0.01
	الفئة الدنيا	25	88.96	89.00	2.406		

ويتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطين عند مستوى دلالة (0.01) أي بين متوسطات مرتفعي ومنخفضي الدرجات؛ مما يعنى أن المقياس قادر على التمييز بين المجموعات الطرفية، وهذا يعتبر مؤشر على صدق **المقياس**.

ب- مقياس صورة الجسم : من إعداد الباحثان ، بغرض توفير أداة سيكومترية مستمدة من البيئة العربية بما يتناسب مع ثقافتها ، ثم حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس : وقد مر بناء المقياس ، ومنها تحليل دراسات كلأ من **(Mc.Whirter,1985)**

(Cash ,1987) (Slade,1988) (Garddner,1988) (Leveque,1989) (Warh,1989) (Hartley,1989) (Julia,1989) (Probst,1991) Bunnelle,1991) (Allison,1995)) Garddner,1990 (Albertini,1999) (Tsai,1999) (Alperin,2005)،

، ومراجعة نظريات (التحليل النفسي ، النظريات الاجتماعية ، والمعرفية السلوكية ، وتحليل مقاييس (قائمة فحص الصفة لـــ (Hartly,1989) ، مقياس صورة الجسم لـــ (Setro,1989) ، اختبار شكل الجسم لـــ (Boneil,1991)، مقياس صورة الجسم لـــ (Lyslon,1995)، مقياس صورة الجسم لـــ (مايسة النيال وعلاء كفافي ،1995)، استبانة تقبل صورة الجسم لـــ(Cooper,1987) ، واستخبار تجنب صورة الجسم (Rosen ,1991)، استخبار العلاقات الجسمية المتعدد الأبعادلـــ (Cash,1994) ، مقياس اضطراب صورة الجسم (مجدى الدسوقى ،2004) من الممكن تحديد المفردات والمكونات الشائعة عبر هذه المصادر والتى شكلت التعريف الاجرائى تمهيد لصياغة مكونات المقايس ، حيث توصل الباحثان لتعريف اضطراب صورة الجسم إجرائياً بأنه : اضطراب سلوكى يتمثل فى استجابة الفرد لمثيرات ومتغيرات (التناسق بين أعضاء الجسم – كفاءة الجسم فى القيام بوظائفه – رضا الآخرين وجاذبية الجسم – المظاهر السيكولوجية) مما يؤدى لتشوه صورة الجسم وما يصاحب ذلك من عزلته عن الآخرين ، وينعكس ذلك فى الدرجة التى يحصل عليها المفحوص فى المقياس المعد لذلك) .

ثبات المقياس : تم التحقق من ثبات المقياس بأكثر من طريقة لتأكيد توفر ثبات المقياس والوقوف على مدى صحة النتائج عند كل مرة يستخدم فيها المقياس منها :

أ- **طريقة التجزئة النصفية:** تم حساب معامل الثبات بين نصفي المقياسات الفرعية والمقياس الكلي طبقا (للمفردات الفردية والزوجية)، لأفراد عينة تجربة التطبيق الاستطلاعي، مع التصحيح من أثر التجزئة بمعادلة "Spearman& Brown". ونوضح هذه النسب في جدول (6).

ب- **طريقة معامل ألفا لكرونباخ:** تم حساب معادلة معامل ألفا لكرونباخ، بعد التصحيح باستخدام معادلة لـ "Spearman &Brown"، ويوضح جدول (6) هذه النسب.

ج- **طريقة معامل جتمان Guttman:** تم حساب معامل الثبات بين نصفي المقياسات الفرعية الأسئلة (الفردية، الزوجية)، والمقياس الكلي، مع التصحيح من أثر التجزئة بمعادلة "Spearman& Brown". ويوضح ذلك بجدول (6).

جدول (6)

معاملات ثبات التجزئة النصفية وألفا لكرونباخ وجتمان للمقاييس الفرعية

والدرجة الكلية لاختبار صورة الجسم (ن=100).

م	القيم الإحصائية / مكونات المقياس	عدد البنود	معاملات ثبات التجزئة النصفية بعد التصحيح	معاملات ثبات ألفا لكرونباخ	معاملات ثبات جتمان
1	التناسق بين أعضاء الجسم	9	0.632	0.632	0.593
2	رضا الآخرين وجاذبية الجسم	10	0.415	0.397	0.394
3	كفاءة الجسم في القيام بوظائفه	7	0.480	0.453	0.474
4	المضاهر السيكولوجية	11	0.640	0.564	0.633
5	الدرجة الكلية للاختبار	37	0. 829	0.772	0.837

يتضح مما سبق أن ثبات المقياس بأسلوب التجزئة النصفية يتراوح بين (829 .0: 0.415) للاختبار ومكوناته، بينما تراوحت قيم معاملات الثبات باستخدام طريقة ألفا لكرونباخ بين (0.772-0.397) للدرجة الكلية للاختبار ككل وللمقاييس الفرعي، كما تراوحت قيم معاملات الثبات جتمان بين (0.837: 0.394) للدرجة الكلية للاختبار ككل، ولمكوناته؛ مما يعني أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفعة.

ج- **ثبات الاتساق الداخلي:** تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس بإيجاد قيمة معامل الارتباط (ثبات المفردة) بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه هذه المفردة، وذلك بعد حذف العبارات غير الدالة، وباعتبار الدرجة الكلية محك داخلي، ويوضح جدول (7) قيم معامل ارتباط المفردة بالدرجة الكلية للبعد التي تنتمي إليه.

ويتضح من الجدول التالي أن قيمة معاملات الارتباط؛ قد تراوحت للمكون (**التناسق بين أعضاء الجسم**) بين (*0.232- **0.700)، وللمكون (**رضا الآخرين وجاذبية الجسم**) بين (**0.284-

0.580)، كما كانت للمكون (كفاءة الجسم في القيام بوظائفه**) بين (**0.260- **0.595)، وأخيراً كانت للمكون (**المضاهر السيكولوجية**) بين (**0.302- **0.617)، وكانت معظمها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) فأكثر. كما كان هناك مفردة واحدة كانت غير دالة في مكون (**رضا الآخرين وجاذبية الجسم**) وهي العبارة رقم (17)، ومفردة واحدة كانت غير دالة في مكون (**المضاهر السيكولوجية**) وهي العبارة رقم (23).

مجلة البحث العلمى فى التربية
جامعه عين شمس
كليه البنات العدد التاسع عشر لسنة 2018

جدول (7)

قيم معامل ارتباط درجة المفردة بالدرجة الكلية للبعد التي تنتمي إليه

والدلالة للاختبار صورة الجسم (ن= 100).

التناسق بين أعضاء الجسم		رضا الآخرين وجاذبية الجسم		كفاءة الجسم في القيام بوظائفه		المضاهر السيكولوجية	
المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط
1	0.640**	2	0.333**	3	0.595**	4	0.528**
5	0.700**	6	0.534**	7	0.372**	8	0.321**
9	0.397**	13	0.284**	10	0.592**	11	0.402**
16	0.607**	21	0.440**	18	0.533**	19	0.346**
24	0.340**	29	0.453**	26	0.544**	27	0.419**
28	0.468**	32	0.580**			30	0.407**
31	0.485**	34	0.334**			33	0.302**
		35	0.497**			36	0.434**
						37	0.617**

تم حساب الاتساق الداخلي للاختبار بإيجاد قيمة معامل الارتباط بين درجات كل مكون من المكونات الفرعية والدرجة الكلية للاختبار الكلي، ويوضح جدول (8) قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بعد بالدرجة الكلية لاختبار **صورة الجسم**.

جدول (8)

قيم معاملات الارتباط (ر) بين درجات كل مكون بالدرجة الكلية والدلالة لاختبار صورة الجسم (ن=100).

المكون	التناسق بين أعضاء الجسم	رضا الآخرين وجاذبية الجسم	كفاءة الجسم في القيام بوظائفه	المضاهر السيكولوجية
معامل ارتباط	0.814**	0.784**	0.703**	0.710**

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الاتساق الداخلي لمكونات المقياس مرتفعة فتراوحت قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للاختبار الكلي (**0.814 : **0.703)، وكانت جميع الارتباطات دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما تشير إلي معاملات ثبات واتساقاً داخلياً عال موثوق بها بين المكونات والأبعاد الفرعية للاختبار.

صدق المقياس : تم التحقق من صدق المقياس بأكثر من طريقة على اعتبار أن للصدق معانى متعددة والوفاء به لا يتأتى الا من خلال تطبيق عدة طرق نوضحها فيما يلى :

أ- صدق البناء والتكوين : فى ضوء تحليل الدراسات والأطر النظرية لكل من (**Brinded –Philip : 1990) (Heilburn :1990) (Probst,1992)، (Zon:1997)(Rodrigus,1997)، (Valentina,Postorino,2017) (Vissoker,2015)، (Vagni,D,Moscone,2016) (Johnson,2016)(Nielisen ,s ,2015) فضلاً عن تحليل مكونات المقاييس السابقة المعنية باضطراب صورة الجسم (Hartly ,1989)(Setro,1989) (Boneil ,1991)(Lyslon ,1995) لـ (مايسة النيال وعلاء الدين كفافي ،1995) (زينب شقير ، 1998) (Cooper ,1987) (Cash,1994)،** والإستفادة من نتائجها وحساب معامل الشيوع ، فضلاً عن الدراسة الاستطلاعية للوقوف على مكونات المقياس ومفرداته ،ومن ثم يصبح المقياس صادقاً فى ضوء مايسمى بصدق البناء والتكوين.

ب- صدق البناء العاملى Factorial Validity: التحليل العاملي الاستكشافي للعوامل: بحساب صدق البناء العاملي للعوامل، وقد أسفر التحليل الاستكشافي للعوامل والذي تضمن مخرجاته بعد التدوير وحساب التشبع عند 0.3، عن أربعة عوامل كما في الجدول التالي:

جدول (9)

العامل المستخرج من المصفوفة الإرتباطية للمقاييس الفرعية اختبار صورة الجسم

م	التشبعات / المقاييس الفرعية	ع 1
1	**التناسق بين أعضاء الجسم**	0.932
2	**رضا الآخرين وجاذبية الجسم**	0.929
3	**كفاءة الجسم في القيام بوظائفه**	0.950
4	**المضاهر السيكولوجية**	0.962

كما يلاحظ من الجدول السابق أن مكونات المقياس تنتظم حول مكون واحد تتميز تشبعاته بأنها إيجابية وجوهرية ومرتفعة حيث تراوحت ما بين (0.929 -0.962)، وقد ترابطت المكونات معاً في مكون واحد مما يشير إلى أن المقياس صادق عاملياً.

وقد وجد أن الأبعاد الأربعة للاختبار تشبعت على عامل واحد مستقل، هو **عامل صورة الجسم**، ويعد عامل رئيسي: ولذلك فقد تشبعت عليه العوامل الاربعة المتعلقة به، والتي يتضمنها اختبار **صورة الجسم** ذو العوامل الأربعة (**التناسق بين أعضاء الجسم، رضا الآخرين وجاذبية الجسم، كفاءة الجسم في القيام بوظائفه، المضاهر السيكولوجية**). وبذلك يتضح أن اختبار **صورة الجسم** يتمتع بالصدق العاملي.

ثالثاً- القدرة على التمييز: تم حساب قيمة دلالة (ت) لدرجات الفروق بين متوسطات ووسيط درجات الافراد التي تقع فوق الأرباعي الأعلى ومتوسطات درجات الافراد التي تقع أسفل الأرباعي الأدنى في المقاييس الفرعية والمقياس الكلي، باستخدام اختبار (T. Test) للمقارنة بين المجموعتين المستقلتين، ويظهر الجدول التالي هذه القيم:

جدول (10)

قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والوسيط لدرجات المجموعات الطرفية لاختبار صورة الجسم (ن=100)

القيم الإحصائية / مكونات المقياس	المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
التناسق بين أعضاء الجسم	الفئة العليا	25	25.00	25.00	0.957	10.853	0.01
	الفئة الدنيا	25	19.04	20.00	2.574		
رضا الآخرين وجاذبية الجسم	الفئة العليا	25	26.44	26.00	0.651	17.754	0.01
	الفئة الدنيا	25	20.92	21.00	1.412		
كفاءة الجسم في القيام بوظائفه	الفئة العليا	25	19.40	19.00	0.866	13.364	0.01
	الفئة الدنيا	25	14.88	15.00	1.453		
المضاهر السيكولوجية	الفئة العليا	25	28.76	29.00	0.970	14.466	0.01
	الفئة الدنيا	25	23.16	24.00	1.675		
الدرجة الكلية للاختبار	الفئة العليا	25	97.32	83.00	3.694	11.187	0.01
	الفئة الدنيا	25	81.36	96.00	6.102		

ويتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطين عند مستوى دلالة (0.01) أي بين متوسطات مرتفعي ومنخفضي الدرجات مما يعنى أن المقياس قادر على التمييز بين المجموعات الطرفية، وهذا يعد مؤشراً على صدق المقياس .

نتائج الدراسة ومناقشتها: على النحو التالى :

نتائج الفرض العام الأول: والذي ينص على **""يسهم متغير فقدان الشهية العصبى في التنبؤ باضطراب صورة الجسم لدى أطفال الذاتوية البسيطة"**.

وللتحقق من هذا الفرض استخدم تحليل الانحدار الخطي البسيط **Simple Linear Regression باستخدام برنامج Spss**

ويستخدم الانحدار الخطي البسيط للتنبؤ بدرجات المتغير التابع (**اضطراب صورة الجسم**) من درجات المتغير المستقل (**فقدان الشهية العصبى**). ويكشف الجدول (11) عن نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للمتغير المنبئ **باضطراب صورة الجسم**.

مجلة البحث العلمى فى التربية
جامعه عين شمس
كليه البنات العدد التاسع عشر لسنة 2018

جدول (11)

نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للمتغير

فقدان الشهية العصبى المنبئ باضطراب صورة الجسم.

المتغير المنبئ به	معامل الانحدار (B)	معامل الانحدار القياسي Beta	قيمة "ت"	الدلالة	معامل الارتباط البسيط (R)	معامل التحديد R-Square	قيمة f	مستوى الدلالة Sig
اضطراب صورة الجسم	0.584	0.517	5.979	0.0001	0.517	0.267	35.753	0.01
(ثابت الانحدار)	32.849		3.458	0.001				

ويُلاحظ من الجدول السابق ملخصاً لنموذج تحليل الانحدار البسيط بطريقة Enter، ويتضح من هذا الجدول أن مربع معامل الارتباط البسيط (R Square) أو معامل التحديد يساوي (0.267)، وهو يمثل نسبة التباين المفسر في درجات المتغير التابع بواسطة المتغير المستقل، وهذا يعني أن المتغير **(فقدان الشهية العصبى)** يفسر (26.7 %) من التباين الكلي في درجات المتغير التابع **(اضطراب صورة الجسم)** وهي كمية مناسبة (متوسطة) من التباين المفسر بواسطة متغير مستقل.

كما يتضح أن تحليل تباين الانحدار البسيط، لانحدار **اضطراب صورة الجسم** على درجات **فقدان الشهية العصبى**، ويظهر أن قيمة (f) دالة احصائياً عند مستوى (0.01) مما يشير إلي وجود تأثير دال إحصائياً للمتغير المستقل **(فقدان الشهية العصبى)** على المتغير التابع **(اضطراب صورة الجسم)**.

كما يعرض هذا الجدول معادلة الانحدار البسيط ، والتي تتمثل في قيمة معامل الانحدار أو المعامل البائي (B)، وقيمة معامل الانحدار القياسي أو معامل بيتا (Beta) ثم قيمة (ت) t-test، ودلالتها الإحصائية، وذلك لكل من الثابت والمتغير المستقل، حيث يتضح أن الثابت دال إحصائيا عند مستوى (0.01)، كما أن تأثير كل من المتغير المستقل **(فقدان الشهية العصبى)** على المتغير التابع **(اضطراب صورة الجسم)** كان تأثير موجب دال إحصائيا أيضاً عند مستوى أقل من (0.0001).

وبالتالي يمكن صياغة معادلة الانحدار التي تساعد في التنبؤ **باضطراب صورة الجسم** من خلال بيانات الجدول التالي في الصورة التالية:

القيمة المتوقعة لـ (اضطراب صورة الجسم)= 0.584 (فقدان الشهية العصبى)- 32.849.

أي أن درجات المتغير المستقل **(فقدان الشهية العصبى)** يتنبأ بشكل دال بدرجات المتغير التابع **(اضطراب صورة الجسم)**.

أي كلما ارتفعت درجة **(فقدان الشهية العصبى)** ارتفعت طبقا لها درجة (**اضطراب صورة الجسم)**، ويرى الباحثان قدرة فقدان الشهية العصبى كمحدد لاضطراب صورة الجسم تأتى متسقة مع الدراسات ، حيث أكدت دراسة **(Postorino ,2017)** عن العلاقة بين فقدان الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم على عينة (**65**)من مريضات فقدان الشهية العصبى ، وكان من نتائجها وجود علاقة قوية بين فقدان الشهية العصبى وعدم الرضا عن صورة الجسم ، وهو ما أكد عليه (**Zone :,A,T,1997) .** وكذلك دراسة **(Koch ,Susanne ,2015)** للوقوف على طبيعة العلاقة بين فقدان الشهية العصبى واضطراب صورة

الجسم على عينة بلغت (19) من أطفال الذاتوية ، وتوصلت نتائجها الى ارتباط صورة الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبي بالعديد من المتغيرات النفسية (الرضا عن الجسم – تقدير حجم الجسم) ، ووجود علاقة دالة احصائياً بين صورة الجسم وكل من تقدير حجم الجسم والرضا عنه . وهو ما أكد عليه (**Rodrigyez,1997)** ، كما حددت دراسة **(Probst –Mishel :1985)** ردود الأفعال بالنسبة لصورة الجسم ، وذلك على عينة قوامها(**24**) من الذكور والاناث ذوى اضطراب فقدان الشهية العصبى ، فقد توصلت نتائجها بعد فحص الملامح الخاصة بتشويه صورة الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى الى وجود ارتباط موجب بين كلأ من فقدان الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم ، وهو ما أكد عليه **(Jermakow ,2016)** ، كما جاءت دراسة **(Dellosso ,2016)** حول دراسة حجم الجسم لدى مريضات فقدان الشهية العصبى ، وأسفرت نتائجها عن أن مريضات ال **Anorexia Nervosa** (**A.N**) يبالغن فى تقدير حجم الجسم أو ازياد أو نقصان حجم الجسم ، كما أكدت النتائج أن الانتقاص من الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى يشابه المعتقدات الهذائية أو غير المنطقية ، وارتباط مقاييس فقدان الشهية العصبى (الانتقاص) بعدم الرضا عن صورة الجسم ، وهو ما أكدت عليه دراسة **(Nielisen ,s ,2015)** والتى تناولت (**24**) من مرضى فقدان الشهية العصبى من ذوى طيف الذاتوية ، و أكدت نتائجها أن صورة الجسم المعززة تلعب دوراً ديناميكياً فى الدافعية الخاصة بالتقليل من تناول الطعام ، كما تزيد من خطر التورط فى اضطراب فقدان الشهية العصبى ، كما أن تشوه صورة الجسم يمكن أن يساعد على التنبؤ بالتورط فى اضطراب فقدان الشهية العصبى ، وأن التوقع المبالغ فيه لصورة الجسم يشير الى أن مثل هذا التحريف يساعد فى الحفاظ على سلوك التنظيم الغذائى حتى فى حالة الأجسام النحيفة ، وجاءت نتائج بحث **(Cash ,Thomas ,1987)** الذى يهدف الى تقويم تحريف اضطرابات صورة الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى وكذلك اتجاهاتهم نحو الطعام لتؤكد العلاقة بين اضطراب صورة الجسم وفقدان الشهية العصبى ، كما أوصى البحث باستهداف علاج تشوهات صورة الجسم لدى ذوى فقدان الشهية العصبى ، كما أكد البحث على وجود نسبة كبيرة من المصابين بمرض فقدان الشهية العصبى يبالغون فى تقدير حجم أجسامهم ، كما توصلت نتائج دراسة **(Vagni,D,Moscone,2016)** أن حوالى **33%** من مرضى اضطرابات الأكل من ذوى فقدان الشهية العصبى بأنهم ضمن فئة اضطراب طيف الذاتوية وذلك بسبب تأثرهم بنموذج صورة الجسم ، حيث يظهر على الأطفال الذاتويين مشاكل فى سلوكيات التغذية أكثر من أقرانهم الطبيعيين من نفس أعمارهم تتضمن الخوف الشديد من زيادة الوزن ، مع تشوه فى إدراك شكل وحجم الجسم وما يصاحب ذلك من تناول كمية محدودة من الطعام **(Frude,1998,76)** ، والانشغال بالأفكار التى تتعلق بالطعام **(Muuss,1998,397)** ، والميل لخفض الوزن **(Banks ,1996 ,108)** ، والانشغال بحجم وصورة الجسم **(Plamer,1980,26-27)** ، وما يترتب على هذه السلوكيات من انخفاض الوزن **(Dally ,P,1969:31)** ، والتقيؤ **Vomiting(Martin & Lang,1993)** ، الاستسقاء أو تجمع السوائل فى الجسم ، الجفاف،التغيرات فى الجلد والشعر والأظافر والأسنان ، زرقة احد الأطراف **Acrocyanosis** ، نوبات الصرع **Epilespy** ، النشاط الزائد ، التحديق فى المرآة ، السرقة ،واضطرابات المعدة مثل(الامساك، الاسهال) . **(Dally,P,1969:31)**

كما جاءت دراسة **(Martins ,2016)** حول فحص الملامح الخاصة بتشويه صورة الجسم كما تبدو فى التقارير الشائعة لدى مرضى فقدان الشهية العصبى ، وأكدت نتائجها أن التقويم المبالغ فيه Overestimate لحجم الجسم يعتبر سمة مميزة لمرضى (A.N.) **Anorexia Nervosa .** وهو ما أكد عليه **(M C Whirter ,1985)**

كما كشفت دراسة **(Spek,A,A,2015)** ، دراسة **(Koch,Susanne,2015)** عن أن العامل الرئيسي للانفعالات السلبية عند الأطفال الذاتويين ذوى الحساسية غير الطبيعية عن طريق الفم هو فقدان الشهية العصبى الذى يتمثل فى عدم الانتظام فى تناول الطعام والادراك المشوه لوزن وشكل الجسم ، والتأثر بنموذج صورة الجسم المثالية واشتهاء الأطعمة الشاذة Pica ، الهزال ، والنحول وهو ما يسمى بالصحور العصبى Neurvous Atrophy ، وكشفت دراسة كل من **(Rathod ,S,2015)** ، دراسة

(**Roni,Enten,2015**) عن العلاقة بين فقدان الشهية العصبى وجوانب صورة الجسم والشعور بالهوية لدى الطفل الذاتوى وتوصلت نتائجها الى أن الأطفال ذوى اضطراب طيف الذاتوية ذوى الحساسية غير الطبيعية عن طريق الفم أظهروا سلوكيات متزايدة فى الامتناع عن الطعام بما فى ذلك النفور من تناول الأطعمة الجديدة ، واختيار مجموعة من الأكلات التى يفضلونها ، وانخفاض الشهية بسبب الانفعالات السلبية عن الأطفال ذوى الحساسية الطبيعية عن طريق الفم ، وعن عادات الأكل ، مشاكل الأكل ، الحالة الغذائية لدى صغار الأطفال الذاتويين أشارت دراسة (**Johnson,2016**) ، دراسة (**Mandy,2015**) أن الأطفال الذاتويين يظهر عليهم صعوبات سلوكية وقت تناول الطعام لكن لا تترجم هذه الصعوبات الى حالة غذائية مقارنة بالأطفال الطبيعيين ، كما كشفت دراسة (**Cash ,Thomas ,1987**) عن العلاقة بين فقدان الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم حيث توصلت الى اعتبار تشوه صورة الجسم أحد السمات الشخصية والنفسية الأساسية التى يتسم بها ذوى فقدان الشهية العصبى ، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Mandy,2015) ، دراسة (Kra V,2015) ، كما كشفت دراسة (Tanner,2015) الى التعرف على العلاقة بين فقد الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم وتوصلت نتائجها الى وجود ارتباط دال بينهما بالاضافة الى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية المصاحبة لهما ، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Westwood,2016) ، ودراسة (Postorino , 2017) ، وقد أثبتت فاعليه برنامج علاجى قائم على علاج اضطراب فقدان الشهية العصبى فى علاقته بتشوه صورة الجسم لدى عينة من أطفال الذاتوية البسيطة ، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Nielisen S ,2015) ،دراسة (Jermakow ,2016) ، دراسة (Dellosso,2016) ، ودراسة (Sponsor ,2016) .

2- نتائج الفرض الثاني و ينص على: "تختلف كل من المتغيرات النفسية (**فقدان الشهية العصبى، واضطراب صورة الجسم**) ومكوناتهما باختلاف المتغيرات الديموغرافية- **النوع الاجتماعي** (ذكور- إناث)، **والفئات العمرية** (الفئة العليا من 11-12) (الفئة الدنيا من 9-10) لدى أطفال الذاتوية البسيطة. ويتفرع منه الفروض التالية:

أ- **تتباين كل من** (فقدان الشهية العصبى، واضطراب صورة الجسم) **ومكوناتهما بتباين** النوع **(ذكور- إناث)، لدى أطفال الذاتوية البسيطة.**

وللتحقق من هذا **الفرض** يمكن صياغته بأسلوب إحصائي صفري كالتالي: لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات (ذكور- إناث) من أطفال الذاتوية البسيطة على مقاييس كلاً من (**فقدان الشهية العصبى، واضطراب صورة الجسم**) ومكوناتهم.

ولاختبار صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل إحصائي لدرجات أفراد عينة الدراسة (ن=100) طفل وطفلة، باستخدام برنامج (SpSS)، لحساب قيمة اختبار "ت" للعينات المستقلة. ونوضح ذلك فى الجدول التالى :-

مجلة البحث العلمى فى التربية
جامعه عين شمس
كليه البنات
العدد التاسع عشر لسنة 2018

جدول (12)

قيمة (ت) لدلالة الفروق بين النوع (ذكور- إناث) على مقاييس

(فقدان الشهية العصبى، واضطراب صورة الجسم) لدى أطفال الذاتوية البسيطة (ن=100)

القيم الإحصائية / المتغيرات	المكونات	النوع	العدد ن	المتوسط م	الانحراف المعياري (ع)	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
فقدان الشهية العصبى	الاعراض الفسيولوجية	ذكور	59	24.95	1.986	2.120	دالة 0.05 عند
		إناث	41	25.83	2.120		
	الأعراض النفسية	ذكور	59	28.00	2.400	0.283	غير دالة
		إناث	41	28.15	2.744		
	المظاهر الاجتماعية	ذكور	59	22.66	1.646	1.487	غير دالة
		إناث	41	23.27	2.225		
	المظاهر المعرفية	ذكور	59	20.86	2.782	0.506	غير دالة
		إناث	41	20.59	2.607		
	الدرجة الكلية للاختبار	ذكور	59	96.47	5.335	1.117	غير دالة
		إناث	41	97.83	6.775		
اضطراب صورة الجسم	التناسق بين أعضاء الجسم	ذكور	59	22.17	2.458	0.600	غير دالة
		إناث	41	22.49	2.812		
	رضا الآخرين وجاذبية الجسم	ذكور	59	23.97	1.956	0.470	غير دالة
		إناث	41	23.76	2.508		
	كفاءة الجسم في القيام بوظائفه	ذكور	59	17.08	1.745	1.325	غير دالة
		إناث	41	17.59	2.012		
	المضاهر السيكولوجية	ذكور	59	25.98	2.137	0.512	غير دالة
		إناث	41	26.22	2.455		

	الدرجة الكلية للاختبار	ذكور	59	89.20	5.869	0.614	غير دالة
		إناث	41	90.05	7.899		

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات أداء كل من (الذكور- وإناث) على الدرجة الكلية لمقياس **فقدان الشهية العصبى لدى أطفال الذاتوية البسيطة** بلغت (1.117)، كما بلغت (0.614) للدرجة الكلية لمقياس **اضطراب صورة الجسم لدى أطفال الذاتوية البسيطة**، ومعظم هذه القيم غير دالة إحصائيا للدرجات الكلية لهذه المقاييس ومكونات كل منهما، عداً مكون (**الاعراض الفسيولوجية**) من مقياس **فقدان الشهية العصبى**، فقد كان دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05).

مما يعني أن متغيرات الدراسة ومكوناتهما لا تختلف باختلاف النوع ، **وهذا يعني قبول الفرض الصفري أي:** لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات (ذكور- إناث) من **أطفال الذاتوية البسيطة** على مقاييس كلاً من (**فقدان الشهية العصبى، واضطراب صورة الجسم**) ومكوناتهما. عداً مكون (**الاعراض الفسيولوجية**) من مقياس **فقدان الشهية العصبى**، حيث كان دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05).

أي يمكن رفض الفرض الصفري جزئياً وقبول الفرض البديل الموجه فيما يتعلق بمكون (**الاعراض الفسيولوجية**) من مقياس **فقدان الشهية العصبى، أي:** توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات درجات (ذكور- إناث) من **أطفال الذاتوية البسيطة** على مكون (**الاعراض الفسيولوجية**) من مقياس **فقدان الشهية العصبى**؛ وذلك في اتجاه فئة الإناث (المتوسط الأكبر).

وهذا يؤكد على أن مكون الاعراض الفسيولوجية من فقدان الشهية العصبى يرتبط بالاناث أكثر من الذكور وترجع الباحثة هذه النتيجة إلي أن الاعراض الفسيولوجية أكثر تأثير على نفسية الاناث أكثر من الذكور مما يؤثر على الحالة النفسية لهن ومن ثم يكون له تأثير سلبي علي عملية فقدان الشهية العصبى، وبمعني اخر يزيد فقدان الشهية العصبى لديهم ، **وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Freeman et al ,1991)** عن العلاقة بين صورة الجسم المدركة وفقدان الشهية العصبى التى توصلت الى وجود فروق دالة احصائياً بين الذكور والاناث على متغير فقدان الشهية العصبى فى اتجاه الاناث أى وجود فروق على متغير فقدان الشهية العصبى تعزى للنوع أو العرق ، وهذا ما اكدته دراسة **(O.Dea et al ,2000)** ، ودراسة **(Gendall ,1999)** ، ودراسة **(Bunnell et al ,1995)** ، كما توصلت دراسة **(Horne et al 1991,)** ، دراسة **(Allison ,1995)** الى وجود فروق ذات دلالة احصائية على مقياس اضطراب فقد الشهية العصبى فى اتجاه الاناث ، كما نجد دراسة **(Postorino ,2017)** التى هدفت الكشف عن العلاقة بين فقدان الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم على عينة **(65**)من مريضات فقدان الشهية العصبى فقد توصلت نتائجها الى أن الاناث ذوى اضطراب فقد الشهية العصبى أكثر عرضة لعدم الرضا عن صورة الجسم . وهو ما أكد عليه (**Zone :,A,T,1997)** ، كما جاءت دراسة **(Dellosso ,2016)** حول دراسة حجم الجسم لدى مريضات فقدان الشهية العصبى وأسفرت نتائجها عن أن مريضات ال **(A.N) Anorexia Nervosa** يبالغن فى تقدير حجم الجسم أو ازياد أو نقصان حجم الجسم ، كما أكدت النتائج أن الانتقاص من الجسم لدى مرضى فقدان الشهية العصبى يشابه المعتقدات الهذائية أو غير المنطقية ، وارتباط مقاييس فقدان الشهية العصبى (الانتقاص) بعدم الرضا عن صورة الجسم ، وهو ما أكد عليه (**Slade ,Peter ,1988) ، وكذلك نتائج دراسة (Freeman et al ,1991)** التى هدفت الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم المدركة وفقدان الشهية العصبى توصلت الى وجود فروق دالة احصائياً بين الذكور والاناث على متغير فقدان الشهية العصبى فى اتجاه الاناث أى وجود فروق على متغير فقدان الشهية العصبى تعزى للنوع أو العرق ، وهذا ما اكدته دراسة **(O.Dea et al ,2000)** ، ودراسة **(Gendall ,1999)** ، ودراسة **(Bunnell et al ,1995)**، كما توصلت دراسة **(Horne et al ,1991)** الى وجود ارتباط دال إحصائياً بين كل من فقد الشهية العصبى وصورة الجسم والمتغيرات الديموجرافية (الفئة العمرية، النوع) ، وهذا ما أكدته دراسة (**Gordner ,bank ,1996**) ، ودراسة (**Fried Berg ,1996)** ، ودراسة (**Probst**

1992,) . وجاءت نتائج دراسة **(Hudson et al,2007)** مؤكدة على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات الذكور والاناث فى فقدان الشهية العصبى على مقياس سلوك الأكل غير التوافقى فى اتجاه الاناث بنسبة تصل ل (**0،9 %**) ، فى حين أثبتت دراسة **(Avalon ,2002)** أن الاناث أعلى من الذكور فى (تفقد الوزن المثالى–صورة الجسم).

ب- تتباين كل من (فقدان الشهية العصبى، واضطراب صورة الجسم**) ومكوناتهما بتباين** الفئات العمرية **(الفئة العليا أعلي من 11- 12) (الفئة الدنيا من 9- 10) لدى أطفال الذاتوية البسيطة.**

وللتحقق من هذا **الفرض الفرعى السابق** يمكن صياغته بأسلوب إحصائي صفري كالتالي: لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات **الفئات العمرية** الفئة العليا من (11- 12) الفئة الدنيا من (9- 10) على مقاييس (**فقدان الشهية العصبى، واضطراب صورة الجسم**) لدى أطفال الذاتوية البسيطة.

ولاختبار صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل إحصائي لدرجات أفراد عينة الدراسة (ن=100) طفل وطفلة، باستخدام برنامج (SpSS)، لحساب قيمة اختبار "ت" للعينات المستقلة. ويوضح الجدول التالي نتائج هذا الاجراء.

جدول (13)

قيمة (ت) لدلالة الفروق بين الفئات العمرية (الفئة العليا من 11- 12) عام (الفئة الدنيا من - 10 9) عام

على مقاييس (فقدان الشهية العصبى، واضطراب صورة الجسم) لدى أطفال الذاتوية البسيطة (ن=100)

القيم الإحصائية / المتغيرات	المكونات	الفئة العمرية بالعام	العدد ن	المتوسط م	الانحراف المعياري (ع)	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
فقدان الشهية العصبى	الاعراض الفسيولوجية	(10 -9)	60	25.57	2.102	1.523	غير دالة
		(12 - 11)	40	24.93	2.005		
	الأعراض النفسية	(10 -9)	60	28.32	2.652	1.244	غير دالة
		(12 - 11)	40	27.68	2.325		
	المظاهر الاجتماعية	(10 -9)	60	23.05	1.721	0.852	غير دالة
		(12 - 11)	40	22.70	2.186		
	المظاهر المعرفية	(10 -9)	60	21.03	2.749	1.289	غير دالة
		(12 -	40	20.33	2.606		

		11)					
	الدرجة الكلية للاختبار	(10 -9)	60	97.97	5.994	1.948	غير دالة
		(12 - 11)	40	95.63	5.728		
اضطراب صورة الجسم	التناسق بين أعضاء الجسم	(10 -9)	60	22.30	2.695	0.000	غير دالة
		(12 - 11)	40	22.30	2.483		
	رضا الآخرين وجاذبية الجسم	(10 -9)	60	24.30	2.044	2.406	دالة عند 0.01
		(12 - 11)	40	23.25	2.273		
	كفاءة الجسم في القيام بوظائفه	(10 -9)	60	17.10	2.023	1.251	غير دالة
		(12 - 11)	40	17.58	1.583		
	المضاهر السيكولوجية	(10 -9)	60	26.32	2.383	1.285	غير دالة
		(12 - 11)	40	25.73	2.050		
	الدرجة الكلية للاختبار	(10 -9)	60	90.02	7.294	0.846	غير دالة
		(12 - 11)	40	88.85	5.860		

ويتضح من الجدول السابق قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات أداء كل من درجات **الفئات العمرية** الفئة العليا من (11- 12) الفئة الدنيا من (9- 10) على مقاييس (**فقدان الشهية العصبي، واضطراب صورة الجسم**) لدى أطفال الذاتوية البسيطة؛ حيث بلغت قيمة "ت" على للدرجة الكلية لمقياس **فقدان الشهية العصبى لدى أطفال الذاتوية البسيطة** (1.948)، كما بلغت (0.846) للدرجة الكلية لمقياس **اضطراب صورة الجسم لدى أطفال الذاتوية البسيطة**، ومعظم هذه القيم غير دالة إحصائيا للدرجات الكلية لهذه المقاييس ومكونات كل منهما، مما يعني أن متغيرات الدراسة (**فقدان الشهية العصبى، واضطراب صورة الجسم**) ومكونات كل منهما لا تختلف باختلاف الفئات العمرية المرتفعة من (11- 12)، والمنخفضة من (9- 10)، عداً مكون (**رضا الآخرين وجاذبية الجسم**) من مقياس **اضطراب صورة الجسم**، فقد كان دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05).

وهذا يعني قبول الفرض الصفري جزئيا أي: لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات **الفئات العمرية** الفئة العليا من (11- 12) والفئة الدنيا من (9 - 10) على مقاييس (**فقدان الشهية العصبى، واضطراب صورة الجسم**) لدى أطفال الذاتوية البسيطة.

أما فيما يتعلق بدرجة المكون (**رضا الآخرين وجاذبية الجسم**) من مقياس **اضطراب صورة الجسم؛** فقد بلغت قيمة "ت" (2.406)، عند مستوى دلالة (0.01) وذلك في اتجاه الفئة العمرية الدنيا من (9-10) عام، **وهذا يعني رفض الفرض الصفري جزئيا وقبول الفرض البديل الموجه أي:** توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات درجات كلا من **الفئات العمرية** (العليا- والدنيا) في مكون (**رضا الآخرين وجاذبية الجسم**) من مقياس **اضطراب صورة الجسم** في اتجاه الفئة العمرية الدنيا (المتوسط الأكبر) ، حيث أثبتت نتائج دراسة **(Avalon ,2002)** أن فقدان الشهية العصبى ينتشر لدي عينة الدراسة فى المرحلة العمرية (**6-17**) سنة ، كما توصلت نتائج دراسة **(Allison ,1995)** إلى إرتباط اضطراب صورة الجسم بفقدان الشهية العصبى ايجابياً مع التقدم فى العمر بداية من عمر(6 - 10) ، وهذا ما أكدته دراسة **(Helbran et al ,1990)** ، ودراسة **(Kay ,2002)** ، كما توصلت دراسة (**Horne et al ,1991**) الى وجود ارتباط دال إحصائياً بين كل من فقد الشهية العصبى وصورة الجسم والمتغيرات الديموجرافية (الفئة العمرية ، النوع) ، و دراسة (**Gordner ,bank ,1996**) التى أكدت نتائجها على وجود ارتباط دال إحصائياً على متغير فقد الشهية العصبى والمتغيرات الديموجرافية (الفئة العمرية) ، وكذلك وجود ارتباط دال إحصائيا على متغير صورة الجسم والمتغيرات الديموجرافية (الفئة العمرية) ، وأكدت دراسة (**Fried Berg ,1996**) أن العومل المرتبطة بفقدان الشهية العصبى تتغير بتغير مراحل العمر المختلفة ، فى حين (**Slade ,Peter ,1988**) توصلت دراسة عن أثر العمر على متغير فقدان الشهية العصبى ، و اضطراب صورة الجسم على عينة من أطفال الذاتوية تراوحت أعمارهن بين (9- 14) أنه لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائيا تعزى لمتغير العمر ، ودراسة (**Probst ,1992**) التى توصلت إلى وجود فروق تعزى لمتغير الفئة العمرية على مقياس فقدان الشهية العصبى واضطراب صورة الجسم ، ودراسة **(Helbran et al ,1990)** أثبتت عدم وجود فروق تعزى للعمر الزمنى على فقدان الشهية العصبى ،وأكدت دراسة (**Fried Berg ,1996**) على عينات من فئات عمرية مختلفة أن هناك تأثير لمتغير العمر على مقياس فقدان الشهية العصبى لدى المرحلة العمرية من (6-17) سنة .

أولاً :توصيات وبحوث مقترحة : ومن خلال ما خلصت له نتائج الدراسات السابقة يمكن طرح بعض التوصيات الآتية:

1- إعداد برامج توعية بأهمية المتغيرات (الحالة الاجتماعية ، والمستوى الاقتصادى والثقافى ، ومستوى التعليم) ترتبط بالايجاب والسلب مع متغير فقدان الشهية العصبى بوصفه أحد الاضطرابات النفسية .

2- ضرورة التخطيط المنظم للأنشطة والخدمات المقدمة لأطفال طيف الذاتوية فى المدارس والأندية ومراكز التأهيل.

الدراسات المقترحة : نشير لبعض منها فيما يلى :-

1- الدراسة العلاجية لاضطراب فقدان الشهية العصبى لخفض اضطرابات صورة الجسم لدى أطفال طيف الذاتوية.

2- فقدان الشهية العصبى وعلاقته بالقلق و الاكتئاب لدى أطفال طيف الذاتوية .

3- إجراء دراسات وصفيه للتعرف على الدور السلبى لفقدان الشهية العصبى وكيفية مواجهة المشكلات السلوكية والنفسية الناتجة بكافة أشكالها وعلى عينات مختلفة .

4- إجراء دراسات لإعداد مقاييس أدائية قائمة على مواقف سلوكية لقياس فقدان الشهية العصبى وليس تقرير ذاتى وقياس الارتباط بين نوعين من المقاييس .

المراجع العربية

- أحمد عبد الخالق (1997) **: أصول الصحة النفسية** , الاسكندرية , دار المعرفة الجامعية , ط2 .

2-أمانى عبد العظيم(2005):**البناء النفسى لمريضات سرطان الثدى وسرطان الرحم (دراسة مقارنة)** ،رسالة دكتوراة ، كلية الاداب ،جامعةعين شمس

3-داليا السيد السيد شعلان (2015) **قائمة المظاهر السلوكية المصورة لطفل الأوتيزم** , مجلة كلية التربية , قسم الصحة النفسية , جامعة بنها .

4-زينب شقير (2004) : **احذر اضطرابا ت الأكل , فقدان الشهية العصبى , الشره العصبى والسمنة المفرطة ,** مكتبة النهضة المصرية .

5-زينب شقير ، محمد سيد موسى (2007) : **اضطراب التوحد** ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

6-علاء الدين كفافى (1996) : **الصحة النفسية**،القاهرة،هاجر للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى **.**

7-سليمان عبد الواحد يوسف(2010):**مقياس تقييم الأوتيزم , سيكولوجية التوحد (الأوتيزم) ,الطفل الذاتوى بين الرعاية والتجنب** ,القاهرة , المكتبة.

8-مجدى الدسوقى (2006): **فقدان الشهية العصبى من حيث علاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى عينة من طالبات الجامعة** , مجلة كلية التربية , جامعة عين شمس , العدد 11 , الجزء 2 .

9-مجدى الدسوقى (2006):**سلسلة الاضطرابات النفسية،اضطراب صورة الجسم(الأسباب–التشخيص–العلاج)،** لأنجلو المصرية،الطبعة الأولى.

10-مجدى الدسوقى (2007) : سلسلة الاضطرابات النفسية ، **فقدان الشهية العصبى** ، الأسباب ، الوقاية ، العلاج ، مكتبة لأنجلو المصرية .

11-محمود عبد الرحمن (2001) : **صورة الجسم لدى بعض الفئات الاكلينيكية (دراسة حالة)** ، رسالة دكتوراة ، كلية الآداب جامعة المنيا.

12-نيفين زيور (1979)**: صورة الجسم ، دراسة فى التحليل التفسى لصورة الجسم لدى الأطفال العصبيين باستخدام أدوات البحث الاكلينيكى** ، رسالة دكتوراة ، كلية الآداب جامعة عين شمس .

13-نعمت حسن جلوى(2004):**ديناميات فقدان الشهية العصبى بين التشخيص والتعديل لدى المراهقات**،رسالة دكتوراة،كلية البنات،جامعة عين شمس

14-نايف بن عابد بن ابراهيم الزراع (2004) : **قائمة تقدير السلوك الذاتوى** , عمان : دار الفكر للنشر والتوزيع .

15-وفاء على الشامى (2004) **علاج التوحد** : الطرق التربوية والنفسية والطبية . السعودية : مكتبة الملك فهد الوطنية .

16-يوسف كرم (1985): **تاريخ الفلسفة اليونانية** – لجنة التأليف والنشر .

17-Albertini ,R , (1999) : Thirty –Three cases of body dysmorphic disorder in children and Adolescence .journal of the American Avademy of child and Adolescent psychiatry ,vol .38 (4) .pp 453-459 .

18-Allison ,D.B (1995): Handbook of Assessment method for eating behaviors and weight – related problems .thousand Oaks

19-Brinded ,Philip ,M.Bushnell ,John ,A,(1990): Body Image-dIstortion revisited :Temporal instability of body image distortion in Anorexia nervosa . international journal of eating disorders ,1990 vov ,vol 9 (6) : 695-701.Us John Wilew and sons .

20-Bunnell(,1995) : Gating Disorders :A historical perspective . in .L .Alexander .M tt & D.B.Lumsden (EDS) ,Understanding eating ,Washington ,DC: Taylor & Francis .

21-Banks ,G.G (1996) :There is no fate in Heaven " Religious aseticism and the meaning of Anorexia nervosa . Ethos ,vol ,24,pp.107-135.22 june ,vol .72 (3) :359 - 377 .

22 -Bootzin ,Cohen (1993): The Theory of mind deficit in Autism .Some questionsfor teaching and diagnosis .(in) Baron –Cohen

23-Cash ,Thomas ,F,(1987): The Nature and extent of body – image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa : Ameta analysis ,International –Journal of Eating disorders .1997 sep ,Vol 22 (2) : 107-125 .Us John wiley and son .

-Charlop ,D,J : Donnellan ,A,M.(1989): Handbook of autism and pervasive developmental disorder . New York ,Chi Chester .

24- Chrisitive -,R,J.(1996):Fundamentals of abnormal psychology . new York : W.H.Freeman and company

-Freeman ,R et al (1991) : Body image disturbance in Anorexia nervosa : Areexamination and a new technique ,in anorexia nervosa Recent developments in research ,New York ,Liss.

25-Foshay .(A) (1996) : The physical self and literature . journal of curriculum and supervision ,11,341-350.

26-Foreyt ,J.P,Poston ,W,S,Winebarger (1998): Anorexia Nervosa and bulimia nervosa inc .E , J.Mash & R.A.Barkly (Eds) ,Treatment of Childhood disorders (2nd ed) .pp: 647-680.new York : The Guilf – ord press .

27-Gardner (1983) : boody image distortion in anorexia as non– sensorynphenomenon: Asignal detaction approach , journal of clinical psychdogy

28-Horne ,R et al (1991): Disturbed body image in patients with Eating Disorders ,American Journal of Psychiatry,vol .

29-Heilburn .Alfred B(1990): Distorted body image in normal college women :possible implications for the development of anorexia nervosa , Journal of clinical psychology 1990 jul,vol.46(4):398-401.us:john wiley and sons .

30-Johnson, C., Handen, B., Mayer-Costa, M., & Sacco, K. (2016). Eating Habits and Dietary Status in Young Children with Autism. Journal Of Developmental And Physical Disabilities, (Preprints), 1-12.

31-Susanne . V .Koch ,Jannet .Larsen (2015) Autism Spectrum Disorder in individuals with Anorexia Nervosa and in their First – and Second – Degree Relatives : Danish nation wide register – based cohort – study , The British Journal of Psychiatry .

32-Kral, Souders, M. C., Tompkins, V. H., Remiker, A. M., Eriksen, W. T., & Pinto-Martin, J. A. (2015). Child eating behaviors and caregiver feeding practices in children with autism spectrum disorders. Public Health Nursing, 32(5), 488-497. phn.12146

33-Kaye ,(2002): Body image disturbance and other core symptoms in anorexia–nervosa disorder of body image .)pp.67-82)

34-Moorey ,(1993)J:Living with anorxia and bulimia UK Manchester university press .

- 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, (Preprints), 1-10.

35-Mable & Others (1986) : Body image distortion and dissatis faction in university students .perceptual and motor skills .

36-Newsom ,R,Israel ,A(1998): Behavior disorder of childhood prentice hall Englewood Chuffs , New Jersey ,Second Edition

37- Valentina ,Postorino Lawrence (2017).Investigation of Autism Spectrum Disorder and Autistic Traits in Adolesent Sample With Anorexia Neivosa , J Autism Dev Disord 2017 47 : 1051 – 1061 .

38-Probst ,M,Vancoppenolle,H,(1992) : The Reliability of the video distortion method for Assessing body image Disturbances in eating disorder patients .Tijalschrift voor – Psychiathie ,1991,vol.33(1) : 33-44.

39-Phillip Christie (1991): An understanding of autism (in) children with autism (A collection of papers form a series of study weekends run by the ing wakhurst trust 1986-90, .

40-Rathod, S., Mahadevan, S., & Rajkumar, R. (2015). P172 – 2278: Eating and movement behaviour in children with autism in comparison to normal children. European Journal Of Paediatric Neurology, 19(1, Number 1 Supplement 1), S142.

41-Roni Enten Vissoker ,Yael Lat Zer (2015) . Eating and feeding problems and gastrointestinal dysfunction in Autism Spectrum Disorders . Research in Autism Spectrum Disorder 12 (2015) 10 – 21 .

-Smith ,Steiner ,H , & Lock ,J (1984) : Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents : Areview 10 years .

42-Slade-Peter (1988): Body image in Anaroxia nervosa ,British ,Journal of Psychiatry 1988 Jul : vol .153 (suppl2) : 20-22.England :

43-Spek, A. A. (2015). [Eating problems in individuals with autism spectrum disorder (ASD) but no intellectual impairment]. Tijdschrift Voor Psychiatrie, 57(10), 749-756.

Smith ,Richard L. Simpson & Brenda (1998): Educating Children and Youth with Autism ,Strategies for effective practice .

-Schreibman ,J(1996) : Can children with autism be taught to understand false belief using computers , journal of child psychology and psychiatry vol (37) ,no (2) ,pp.157-165 .

44-Toro –Morn ,M,Springen ,S (2006): Self –esteam , pre –marital sex.Journal of psychology and Hema Sexuality 136 -162 .

45-Tanner, K., Case-Smith, J., Nahikian-Nelms, M., Ratliff-Schaub, K., Spees, C., & Darragh, A. R. (2015). Behavioral and Physiological Factors Associated With Selective Eating in Children With Autism Spectrum Disorder. The American Journal Of Occupational Therapy: 69(6), 6906180030p1-8. case series. Molecular Autism, 66. doi:10.1186/2040-2392-6-6

-Vissoker, R. E., Latzer, Y., & Gal, E. (2015). Eating and feeding problems and gastrointestinal dysfunction in Autism Spectrum Disorders. Research In Autism Spectrum Disorders, 1210-21. doi:10.1016/j.rasd.2014.12.010

46--Vagni, D., Moscone, D., Travaglione, S., & Cotugno, A. (2016). Using the Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (RAADS-R) disentangle the heterogeneity of autistic traits in an italian eating disorder population. Research In Autism, 143-155..

-Williamson , (1998): Exceptional children , New York , Merrill ,an imprint of Macmillan Publishing company .

47-Zone ,S.A (1997): Feminism as determinant of body image satisfaction ,anorexia and bulimia a (eating disorders) unpublished PHD.Disseration,school of California Professional psychology .