

دراسة مقارنة للشهر العصبي لدى عينة من المراهقين المتخلفين عقلياً
من الجنسين

دكتورة / نجاه عيسى إنـصـوره
2017

الملخصات

الملخص باللغة العربية:

لقد تناوانا في هذه الدراسة التخلف العقلي من حيث تعريفاته وأسبابه وأنواعه وتشخيصاته والخصائص العامة وأسس العلاج والرعاية التربوية والتعليمية التي يجب أن تقوم بها مؤسسات المجتمع ، ثم تناولنا الشره العصبي ، تعريفاته وأنواعه ، ومظاهره ، وأعراضه والملاح الشخصية والنفسية المرتبطة بالشره وأسبابه والأعراض المنذره والمشاكل الجانبية له وعلاجه . وقد خلصت الدراسة على إنه : لاتوجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين المتخلفون عقلياً في الإصابة بإضطراب الشره العصبي .

ABSTRACT

In this study, we dealt with mental retardation in terms of definition, causes, types, diagnosis, general characteristics, foundations of treatment, and educational and educational care to be taken by society.

Then we dealt with neurotic disorder in its definition, types, manifestations and symptoms, and the personal and psychological characteristics associated with it and the symptoms that warn of its occurrence and treatment.

The result of the study was that there were on statistically significant differences between mentally retarded men in neurodegenerative disorder.

١- المقدمة:

لقد زادت العديد من المظاهر والأعراض الاجتماعية في وقتنا هذا، ومن أكثر المجالات الاجتماعية التي لها الآن صدد هو مجال التخلف العقلي حيث يضم فئة من فئات المجتمع والتي تندرج تحت اسم الفئات الخاصة وتكون تحت رعاية دور الخدمة الاجتماعية والتأمينات الاجتماعية.

والتخلف العقلي هو أحد ثلاث إعاقات (ذهنية - سمعية - بصرية) وهو مرتبط بنسبة إلى حد ما بسيطة بالإعاقين الآخرين، والتخلف العقلي هو حالة نقص أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي يولد به الفرد أو تحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية وتؤثر على الجهاز العصبي للفرد مما يؤدي إلى نقص الذكاء وتتنضح آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعليم والتوافق النفسي والاجتماعي والمهني بحيث ينحرف مستوى الأداء عن المتوسط في حدود انحرافيين معياريين سالبين (68,26% أطفال عاديون <= 13,59% أذكى <= 2,26% جهة اليمين/ جهة الشمال 13,95% أغبياء أو بطيء التعلم 2,14% مافون 0,12%)، ويصنف التخلف حسب درجة الذكاء ومرتبة الإعاقة مناسباً باختبار الذكاء، وعلى أساس الأسباب حسب مصدر العلة أو السبب، التصنيف الكلينيكي، التصنيف التربوي. (أساتذة الخدمة الاجتماعية، 2000/99، ص74:77).

وتؤثر اضطرابات الأكل على الكثير من الناس تأثيراً ضاراً، وتحتاج إلى معالجة وتدخّل، ويتضح ذلك أكثر عند الإناث في مرحلة المراهقة التي تتسم بعدم الاستقرار النفسي والعاطفي فهي بذلك تكون عرضة للأمراض النفسية مثل الشره العصبي ولها أثر سلبي على الناحية العضوية

ويعد الشره العصبي من التطبيقات الحديثة للعلاج المعرفي السلوكي حيث لم تتحدد له محكات تشخيصية إلا حديثاً، ومن ثم لم ينل الاهتمام الكافي كمشكلة إكلينيكية إلا حديثاً (عادل عبد الله 2000).

ومن هذا المنطلق كان الاهتمام بدراسة الشره العصبي للطعام لدى عينة من المتخلفين عقلياً من الجنسين وذلك لقلّة الدراسات والأبحاث التي تُعنى بهذه الشريحة من المعوقين فيما يتعلق باضطرابات الأكل لديهم.

٢- أهمية الدراسة: هناك اهتمام ملحوظ ومتزايد باضطرابات الأكل فقد أصبحت ذات معدلات انتشار كبيرة، ومعدل تواتر ظهورها في تصاعد مستمر حتى بلغت ذروته خلال الفترة الماضية (سيد عبد الموجود 1999).

١- دراسة الشره العصبي للطعام كظاهرة هامة وعلاجها وكيفية الوقاية منها.
٢- الاهتمام بدراسة الشره العصبي لدى المتخلفين عقلياً من الجنسين حيث تعتبر دراسة هامة وخطيرة وتستحق النظر والدراسة مثل باقي الظواهر الاجتماعية والنفسية والفسيولوجية وفهم الأسباب والقصور والاحتياجات لديهم.

٣- قلة الدراسات والأبحاث التي تناولت الشره العصبي لدى المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

٣- هدف الدراسة:

دراسة الفروق بين عينة من الذكور وعينة من الإناث من المتخلفين عقلياً "القابلين للتعلم" في الشره العصبي.

٤- مشكلة الدراسة:

تحاول هذه الدراسة الإجابة على التساؤل الرئيسي:

- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الشره العصبي بين عينة من الذكور وعينة من الإناث المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم؟

٥- مصطلحات الدراسة:

١- التخلف العقلي:

- هو داء عام أقل من المتوسط بدرجة دالة بحيث يظهر خلال الفترة النمائية، كما يصاحبه في نفس الوقت أصول السلوك التكيفي (أساتذة الخدمة الاجتماعية 2000).

٢- الشره العصبي للطعام (Bulimia Nervosa):

- هو تناول العرضي غير المنتظم والقهري والسريع لكميات كبيرة من الطعام في فترة قصيرة من الوقت مع الشعور ببعض الآلام بالبطن والإحساس بالغثيان وما يصحب ذلك من إحساس بالذنب وشعور بالقلق والاكتئاب واحتقار الذات، وقد يلجأ الشخص لاستخدام المليينات ومدرات البول بصورة منتظمة ومحاولته التقيؤ. (أحمد عكاشة، 1999).

التعريف الإجرائي: هو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في المقياس الفرعي (الشره العصبي) من مقياس اضطرابات الأكل.

٦- فروض الدراسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الإصابة بالشره العصبي بين عينة من المتخلفين عقلياً من الذكور وعينة من المتخلفين عقلياً من الإناث القابلين للتعلم.

٧- إجراءات الدراسة:**أ- العينة:**

تم التطبيق على عينة مكونة من 100 مفحوص 50 من الذكور و50 من الإناث من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم تتراوح أعمارهم من 11:21 سنة.

ب- أدوات الدراسة:

(١) استمارة جمع البيانات الأولية (إعداد الباحثة)

(٢) مقياس الشره العصبي إعداد زينب شقير (2002) لقياس الشره لدى المتخلفين القابلين للتعلم.

ج- الأسلوب الإحصائي:

تستخدم الدراسة الحالية في استخراج نتائجها المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وحساب قيمة (ت) لدلالة الفروق الإحصائية بين عينات الدراسة.

أولاً: التخلف العقلي**١- مفهوم التخلف العقلي وتعريفاته:**

يعد التخلف العقلي ظاهرة اجتماعية خطيرة ويتضح أثرها بخاصة في المجتمعات النامية مما يعد خسارة بشرية ومادية للمجتمع وعبئاً على كاهل الأسرة وصدمة تقبل الأمر بصعوبة، حيث أن الطفل المعاق عقلياً يحتاج رعاية خاصة من طاقة الأسرة،

ويعد أيضاً مشكلة تربوية حيث يواجه الطفل المتخلف من سوء التكيف لما يصدر عنه من قصور في الأداء العقلي وما يترتب عليه من مشكلات سلوكية وتكيفية.

● **ما هو التخلف العقلي:** هو حالة من عدم تكامل نمو الخلايا في المخ أو توقف نمو أنسجته منذ الولادة أو في السنوات الأولى من الطفولة بسبب ما والتخلف العقلي ليس مرضاً مستقلاً بل هو معدل الذكاء العام، وعجز في قابليته على التكيف.

درجات الذكاء والتخلف العقلي:

عبري 140 فما فوق، ذكي جداً 120-140، ذكي 110-120، طبيعي (متوسط) 90-110، فئة حدية 70-90، متخلف عقلي 70 فما دون.

فالذكاء إذاً محصلة تفاعل الوراثة مع المحيط وقد يصعب تحديد نسبة أنواع التخلف العقلي إلا أن الحقيقة التي يجب معرفتها هي أن العوامل المحيطة قد تؤدي في بعض الأحيان إلى التخلف العقلي ولا يشترط أن يكون منذ الولادة أو لأسباب جينية فقط.

١- وتعرفه هيئة الصحة العالمية بأنه نقص أو عدم النمو الكافي في القدرات العقلية.

٢- أما التعريف التربوي والإجرائي في الدراسة للتخلف العقلي فهو "ذلك الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وفي نفس العمر الزمني وتقع نسبة ذكائه بين 50(55) إلى 70(75).

٣- تعريف جمعية الأطباء الأمريكيين للتخلف العقلي:

- هو الطفل المعوق عقلياً الأقل من المتوسط في نمو القدرات الذهنية التي يتضح خلال فترة اكتمال مرحلة الطفولة الأولى حتى سن السادسة عشرة من عمره ولديه نقص في النضج أو القابلية للتعليم أو التكيف الاجتماعي متفردين أو مجتمعين مما يجعله في حاجة إلى رعاية طبية واجتماعية أو كليهما معاً.

٢- التشخيص:

- وجود بعض أو معظم الأعراض المرضية المذكورة ومنها التشوهات الخلقية.
- وجود تاريخ موجب يؤيد حدوث أي أذى أو مرض من أدوار الحمل والولادة وبعدها.
- وجود تاريخ عائلي للنقص العقلي.
- بإثبات وجود المواد التمثيلية الشاذة لبعض الأمراض في الدم أو البول أو الإفرازات الأخرى مثل وجود أنواع الأحماض الأمينية السامة في البول.
- إجراء اختبارات الذكاء المعروفة ولكل مرحلة من العمر اختبارات مناسبة لها.

الخصائص العامة للمتخلفين عقلياً:

من أهم هذه الخصائص:

١- الخصائص العقلية المعرفية:

- ١- أداء منخفض عن المتوسط في اختبار الذكاء.
 - ٢- ضعف المقدرة على التركيز والانتباه لفترة طويلة.
 - ٣- ضعف الذاكرة وقصور المقدرة على الملاحظة وإدراك العلاقات.
 - ٤- قصور الفهم والاستيعاب وتدني المقدرة على التحصيل الدراسي.
 - ٥- بطء التعليم.
 - ٦- الجمود والتصلب العقلي.
 - ٧- تأخر النمو اللغوي وقصور اللغة اللفظية.
 - ٨- القصور في تكوين المفاهيم والتفكير المجرد والتخيل والإبداع.
- ٢- **الخصائص الجسمية أو النفس حركية:**
- ١- أقل وزناً وأصغر حجماً من العاديين.
 - ٢- أكثر عرضة للإصابة بالأمراض من غيرهم.
 - ٣- القصور الحسي السمعي والبصري خاصة.
 - ٤- قصور الوظائف الحركية كالتوافق العضلي - العصبي والتأزر الحاسركي والتحكم والتوجيه الحركي، لذا فهم أقل مهارة وتوافقاً حركياً من العاديين سواء من حيث القوة أو الدقة أو السرعة.

٥- عيوب النطق والكلام والإبدال والحذف والتتهته.

٦- فرط النشاط الحركي.

٣- الخصائص النفسية الانفعالية:

- ١- يغلب على السلوك التبلد الانفعالي واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور وعدم التحكم في الانفعالات.
- ٢- حب الانعزال والانسحاب في المواقف الاجتماعية.
- ٣- عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية والنزعة العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع.
- ٤- سهولة الانقياد وسرعة الاستهواء.

- ٥- الشعور بالدونية والإحباط وضعف الثقة بالنفس.
- ٦- الرتابة وسلوك المداومة.
- ٧- التردد وبطء الاستجابة.
- ٨- القلق والوجوم والسرحان.
- ٩- قد يبدو المتخلف عقلياً لطيفاً مبتسماً ودوداً في كل الأوقات بمناسبة ودون مناسبة.

أسباب التخلف العقلي:

- ١- العدوى والتسمم.
- ٢- الإصابات والعوامل الجسمية.
- ٣- اضطرابات التمثيل الغذائي والتغذية.
- ٤- أمراض المخ الشديدة.
- ٥- أسباب تتعلق بتأثيرات قبل ولادية مجهولة المصدر.
- ٦- الشذوذ الكروموزومي.
- ٧- اضطرابات الحمل.
- ٨- الاضطرابات العاطفية الشديدة.
- ٩- الحرمان البيئي.

الوقاية من التخلف العقلي ورعاية المتخلفين عقلياً وإمكانية علاجه

اكتسب علاج التخلف العقلي في العقود الأخيرة حماساً واندفاعاً بسبب اكتشاف بعض المواد العضوية السامة التي يمكن الوقاية منها للحفاظ على سلامة دماغ المولود وتعدى ذلك إلى الكشف عن وجود خلل بالكروموسومات بالجنين ويتلخص العلاج فيما يلي:

- ١- في حالة الأمراض ذات المنشأ المعلوم يمكن منع أو تقليل أو وقاية المصاب من المواد التمثيلية السامة (كما في مرض فينيل كيتون يوريا) أو بإجراء عملية جراحية كما في استسقاء الدماغ.
- ٢- إعطاء الأدوية المهدئة لمن يصاب بالذهان أو الاضطراب الحركي أو التهيج أو الاعتداء مثل الفاليوم – الليبيريوم واللازجاكتيل ومضادات الصرع لمن هو مصاب بالصرع.
- ٣- تقديم الخدمات الصحية العقلية، والاجتماعية في مستشفيات خاصة أو مستوصفات نهائية أو عيادات رعاية الأطفال.
- ٤- تقديم الخدمات التمريضية والتربوية والاجتماعية في معاهد خاصة لذوي التخلف العقلي وفي دور الحضانة أو المدارس الخاصة حيث يتم تعليمهم معلومات مناسبة وألوية من قراءة وكتابة وحساب وعادات اجتماعية وسلوك لائق.
- ٥- التأهيل المهني Occupational Therapy أي بتدريب ذوي التخلف العقلي خاصة البسيط على شتى الأعمال المهنية المناسبة في مراكز مهنية ويمكن تدريب هؤلاء الأطفال على صناعة العلب والسجاد والنجارة والخياطة والتنظيف وينسجم المصابون وتحسن حالتهم العقلية بهذه الأعمال البسيطة كما أنهم يربحون نصيبهم من الأتعاب،
- ٦- في حالة عدم جدوى العلاجات السابقة يجب حجز المصابين في مشافي خاصة وإزاحة العبء والشقاء عن ذويهم.
- ٧- لا توجد أدوية خاصة لرفع درجة الذكاء وقد ذكر أن حامض "غلوتاميك" Glutamic Acid ذو فائدة محدودة وقد لا يرتفع الذكاء أكثر من 5-10 درجات بعد سنة أو سنتين من العلاج به. أما عقار إينسفابول Encephabol فيزيد من سرعة العمليات التمثيلية للخلايا العصبية ولكن لا يمكن البت في تأثيره الفعلي على رفع درجة الذكاء.
- ٨- للوقاية من التخلف العقلي يمكن الاستئثار لما توصل إليه الطب النفسي من كشوفات حول أسباب التخلف العقلي وعملية الوقاية هذه تعتبر من أهم جهود الخدمات الصحية العامة.

ثانياً- الشره العصبي

١- تعريف الشره العصبي:

• هو تناول لكميات ضخمة من الطعام أكثر مما يمكن أن يأكله معظم الأفراد عادة ويحدث ذلك في فترة قصيرة (أقل من ساعتين) وبسرعة شديدة خلال فترة معينة يشعر فيها الفرد أنه لا يتحكم في سلوك الأكل لديه، كما يشعر أنه مقهور ومجبر على فعل ذلك، وتنتهي فترة الشراهة هذه نتيجة التعب الجسدي الذي يحس به الشخص، كآلام المعدة أو الشعور بالغثيان، ويلي هذه الفترة عادة شعور بالخجل والذنب والاكتئاب والنفور من الذات أو التقرز منها، ويستخدم مثل هذا الشخص عادة المليينات أو مدرات البول مع التقيؤ أو إحداث القيئ بشكل صناعي كوضع الإصبع في الزور أو تناول دواء مسهل ملين للأمعاء أو عقار مدر للبول على الرغم من أن بعض المرضى يستطيع التقيء بإرادته دون وسيلة إلا إرادته. (زينب شقير، 2002، ص 26).

وعلى الرغم من أن الطعام المستهلك يختلف أثناء نوبات الشره فإنه عادة يشتمل على الحلوة والأطعمة مرتفعة السعرات الحرارية مثل الأيس كريم أو الكيك، ومع ذلك فإن الأكل الشره تتميز بالشذوذ في كمية الطعام المستهلك أكثر منه في نوعية الغذاء مثل الكربوهيدراتية، ويعاني الأشخاص المصابون بالشره العصبي من الخجل من جراء مشكلات الأكل ويحاولون إخفاء أعراضهم بشتى الوسائل والطرق. (عادل عبد الله 2000).

انتشار الشره العصبي:

تشير بعض الدراسات إلى أن معدل الانتشار لدى الإناث يصل (4,5) ولدى الذكور (4%) (محمود حموده، ١٩٩٦).

ويبدأ الشره العصبي في المراهقة عادة وتشيع لدى الإناث أكثر من الذكور، فتنتشر بنسبة 4% تقريباً لدى النساء، 0,05% عند الرجال، وقد لوحظ أن البدانة في المراهقة يمكن أن تهيئ الشخص وتجعله مستعداً وقابلاً لاضطراب الشراهة في الكبر، (أحمد عبد الخالق، 1993).

مراحل تطور وظهور الشره العصبي:

ينفق كل من Wolman 1988, Kahn 1989, Kepln 2000, Kent 1993 على أن الشره العصبي غالباً ما يظهر من فترة الرشد أو في المراهقة المبكرة لدى المصابين بفقدان الشهية العصبي كما أنه يحدث لدى أشخاص وأوزانهم طبيعية أو الأشخاص البدناء، وغالباً ما تبقى توقيت حدوث ذلك مع حدوث الانفصال عن الأسرة. (نجاته انصوره 2013)

١- مظاهر وأعراض الشره العصبي:

وتتباين في شدتها تبعاً كما يأتي:

- ١- الوقت الذي قضته المصابة من معاناة الشره (أزمان المرض).
- ٢- قدرة الجسم على تحمل الخلل وانعدام التوازن الكيميائي فيه.
- ٣- تكرار انتظام عملية الشراهة والتقيؤ.
- ٤- نوعية الطعام الذي يؤكل من خلال فترة الشراهة والتقيؤ.
- ٥- انشغال دائم وتفكير مستمر في الأكل ونهم لا يقاوم للطعام.
- ٦- تكرار حالات الأكل بشراهة.
- ٧- الأكل على فترات متقطعة من الوقت (مثلاً خلال ساعتين) مع تناول كمية الطعام قطعاً تكون أكبر من التي يأكلها أغلب الناس أثناء هذه الفترة من القوت وفي نفس الظروف.
- ٨- الإحساس بصعوبة التحكم في الأكل أثناء تلك الحالة قد لا يستطيع الفرد التوقف عن الأكل أو يتحكم فيما يأكل والكمية التي يمكن أن يأكلها.
- ٩- محاولة المريض مقاومة زيادة الوزن المترتبة على تناول الطعام بواحد أو أكثر من الأساليب التالية: افتعال التقيؤ سوء استخدام المليينات، استخدام مدرات البول، الحقن الشرجية أو أدوية أخرى، الصيام، التمرينات الرياضية المفرطة.
- ١٠- يحدث أكل بشراهة بمتوسط مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر.

- ١١- بعض مرضى الشره يكونون ضمن معدل الوزن الطبيعي والبعض الآخر قد يكون ما فوق الوزن أو ما تحت الوزن.
١٢- انقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم انتظام الفترة لا تقل عن ثلاثة أشهر. (زينب شقير، 2002).

٢- أسباب الشره العصبي:

- ١- قد ينشأ الشره العصبي بسبب الحالات المزاجية والضغط الشخصية.
٢- قد ينشأ بسبب وجود رهاب مرضى من الوزن واضطراب في إدراك المريض لحدود جسمه.
٣- قد يحدث بسبب اتباع نظام غذائي (حمية) وما يعقبها من إحساس بالجوع.
٤- قد تكون هناك بعض العوامل الوراثية نظراً لما لوحظ من تزايد الشره العصبي بين أقارب الدرجة الأولى للأفراد المصابين بالشره العصبي.

علاج الشره العصبي:

١- العلاج الدوائي:

يذكر Walsh 1997 أن العلاج الدوائي للشره العصبي العقاقير المضادة للتشنج وأدوية منع أو سد الشهية، ومضادات الاكتئاب النفسية، وينصح المشتغلون بالعلاج النفسي بعدم الاستمرار في تعاطي الأدوية على المدى الطويل.
وفي عام 1996 وافقت هيئة الأغذية والأدوية العالمية (FAD) على استخدام عقار Fluoxetine و Prozac في علاج الشره العصبي و عقاري الفلوكستين أو البروزاك أكثر فعالية من مضادات الاكتئاب في علاج الشره العصبي خاصة (Walshetal 1997).

٢- العلاج المعرفي السلوكي:

- لقد أوضح فيربورن وآخرون (1995) أنه في حالة العلاج من الشره العصبي للطعام باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مراعاة التالي:
- ١- أن التحكم في الشره يتطلب خفض معدل الشره للأكل وأنه يحتاج لخطة عمل جيدة مع المريض ولا تكون هناك حاجة للتخلص من الوزن بالدرجة الأولى.
٢- تقدير وتشخيص الحالة الطبيعية للمريض بالشره مع تجنب بعض الحالات التي ربما تستفيد من العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب.
٣- عادة ما يتم العلاج خارج المستشفى وينصح بدخول المستشفى إذا وجدت أعراض شديدة للاكتئاب أو بعض المضاعفات أو إذا فشل علاج المريض خارج المستشفى بهدف أن يستخدم إجراءات تهدف إلى جعل العادات الغذائية طبيعية (أي ممارستها في الحياة اليومية أثناء فترة العلاج)، وهناك فنيات صممت لتعديل شدة القلق أو الاهتمام المفرط بالشكل والوزن كبرامج CBT.
٤- هناك دليل على أن أكثر من ثلثي مرضى الشره الذين تم علاجهم بهذه الطريقة قد حققوا تغييرات جوهرية ودائمة مع مراعاة أن تتم العناية بهم خارج المستشفى، وتحدد مقابلات متعددة لهم في الأسبوع مع الاحتفاظ بمداومة تسجيل الكميات المحددة لطعامهم وحالات التقيؤ، ومحاولة التعرف على بعض الأسباب البيئية التي تسبق الإقبال على الطعام والتي تثير لديهم الدافع للإفراط في الطعام.

١- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 100 طالب وطالبة من المتخلفين عقلياً، 50 من الذكور و 50 من الإناث وكانت أعمارهم تتراوح بين (11-21) عام بمتوسط بلغ 15 سنة للذكور و 17 سنة للإناث.

في العديد من المراكز التي تُعنى بالفئات الخاصة بالقاهرة في كل من المراكز (مركز الحق في الحياة، أحباب الله، الأمل المشرق، التنمية الفكرية، جمعية التنمية الفكرية، مركز تنمية مهارات الطفل، مؤسسة مازن لتنمية الفئات الخاصة).

٢- أدوات الدراسة:

تم استخدام مقياس الشرة العصبي في هذه الدراسة.

***مقياس الشرة العصبي:**

إعداد زينب شقير ويتكون من 24 فقرة منهم واحدة للإناث فقط ومن خلال المسح الذي يتم لذوي الشرة العصبي من المتخلفين عقلياً تم تحديد المظاهر الجسمية والعضوية والخصائص المزاجية والعادات السلوكية المصاحبة لحالات الشرة العصبي وتم التوصل إلى تحديد جوانب هامة يرتكز عليها بناء المقياس على 200 طالب و 200 طالبة عشوائياً من العينة التي أجريت عليها معايير المقياس واستخدمت في إجراءات الصدق والثبات للمقياس.

١- المنهج المستخدم:

هو المنهج الوصفي. استخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن لدراسة العلاقة في مدى الإصابة باضطراب الشرة العصبي بين عينة من الذكور والإناث المتخلفين عقلياً القابلة للتعلم وكذلك تعميم هذه الفروق ملائمة لأهداف الدراسة.

٢- الأسلوب الإحصائي:

استخدم في هذه الدراسة اختبار "ت" لمعرفة الفروق الإحصائية بين عينتي الدراسة حيث تم تطبيق المعادلة التالية:

$$t = \frac{2m-1m}{\sqrt{\frac{2(2e)+2(1e)}{1-n}}}$$

حيث أن:

1م = المتوسط الحسابي للذكور

2م = المتوسط الحسابي للإناث

1ع = الانحراف المعياري للذكور

2ع = الانحراف المعياري للإناث

ن = عدد أفراد العينة

حيث أن

"ت" ترمز إلى قيمة الفروق لعينتي الدراسة على مقياس الشرة العصبي

وتم حساب درجات الحرية من خلال المعادلة التالية

$$\text{درجات الحرية} = 1ن + 2ن - 2$$

حيث أن

1ن = عدد الذكور

2ن = عدد الإناث

ومن خلال درجات الحرية تم الاستدلال عن قيمة "ت"

الدرجة الثانية:

الدرجة الثانية		م	الدرجة الثانية		م
الإناث	الذكور		الإناث	الذكور	
22	26	26	33	12	1
20	24	27	12	22	2
26	26	28	21	19	3
25	30	29	17	35	4
28	25	30	35	29	5
26	26	31	27	27	6
24	30	32	36	27	7

26	25	33	32	20	8
28	30	34	25	18	9
24	26	35	22	40	10
24	30	36	25	36	11
26	24	37	35	38	12
28	30	38	37	39	13
26	30	39	17	20	14
20	24	40	39	32	15
28	30	41	26	26	16
26	26	42	28	30	17
28	24	43	29	26	18
26	3	44	26	26	19
28	26	45	29	25	20
23	22	46	20	30	21
22	32	47	26	25	22
18	30	48	28	24	23
17	22	49	20	30	24
10	18	50	28	25	25

جدول يوضح الدرجة الثانية للمقياس لعينتي الدراسة

١- النتائج:

للتحقق من الغرض تم استخدام اختبار (ت) لاختبار دلالة الفروق بين الجنسين.

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" والدلالة
الذكور	50	26,9	5,36	0,05 عند دالة 1,59
الإناث	50	42,46	5,79	

جدول يوضح قيمة "ت" لدلالة الفروق ومستوى الدالة بين عينتي الدراسة

من خلال الجدول الموضح أمامنا نجد أن المتوسط الحسابي للذكور 26,9 والانحراف المعياري للذكور 5,36 والمتوسط الحسابي للإناث 42,46 والانحراف المعياري للإناث 5,79 وقيمة "ت" تساوي 1,59.

٢- تفسير النتائج ومناقشتها:

من خلال النتائج السابقة نجد أن قيمة "ت" المحسوبة تساوي 1,59 وعند درجات الحرية 98 وجدتها دالة عند 0,05 وتساوي 1,99 وهذا يعني أنه لا يوجد فروق بين الجنسين.

و قيمة "ت" المحسوبة 1,59 وقيمة "ت" الجدولية 1,99 قيمة "ت" الجدولية أكبر من قيمة "ت" المحسوبة وبذلك الفروق الموجودة تكون راجعة للصدفة، وذلك لأنه يوجد فرق بين المتوسط الحسابي للإناث والذكور، حيث المتوسط الحسابي للإناث 42,46 أكبر من المتوسط الحسابي للذكور 26,9 وذلك لأن الحافز النفسي للإناث أعلى من الذكور لأن الإناث هن أكثر عرضة وتأثراً للأمراض النفسية وخاصة الشره العصبي لأنهن يرون أن الطعام هو الوسيلة الوحيدة للتنفيس عنهم وهو الحل لديهم، وهذا يعني أن الفرض لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الشره العصبي بين عينة الذكور وعينة الإناث صحيح وهذا ما أوضحته النتائج.

٣- الخلاصة:

من خلال هذه الدراسة قد تناولنا التخلف العقلي من حيث تعريفاته من خلال الدراسات السابقة والتصنيفات وتشخيص التخلف العقلي والخصائص العامة للتخلف العقلي وأسس العلاج والرعاية التربوية والتعليمية أولاً، ثم تناولنا الشره العصبي ثانياً أيضاً (تعريفاته - أنواعه - مظاهره وأعراضه - والملاحح الشخصية والنفسية المرتبطة بالشره - أسبابه - الأعراض المنذرة بالشره - الأعراض الجانبية له - وعلاجه).

ونرى أن هذه الدراسة حققت الفروض والأهداف على النحو التالي:

- ١- فحص العلاقة بين الشره العصبي والتخلف العقلي لدى عينة الدراسة من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.
- ٢- أسفرت نتائج الدراسة عن تحقق غرض الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الشره العصبي بين عينة الدراسة الذكور والإناث من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.
- ٣- أوضحت النتائج أن الفروق الإحصائية ما هي إلا راجعة للصدفة وبالتالي أدت إلى صحة فرض الدراسة.
- ٤- أوضحت أهمية العوامل الأسرية والاجتماعية والصحية والاقتصادية على الشره العصبي للمتخلفين عقلياً وخاصة القابلين للتعلم.
- ٥- وأخيراً أوضحت دور المعالج والأخصائي النفسي في علاج الشره العصبي مع ذوات الشره العصبي ومدى أهميته في تحقيق العلاج وتكامله.

٤- التوصيات:

- ١- زيادة الاهتمام والعناية بالمتخلفين عقلياً لأنهم فئة من فئات المجتمع.
- ٢- ضرورة عمل نشرات وندوات لتوعية آباء وأمهات المتخلفين عقلياً عن التخلف العقلي ودورهم في العناية بأبنائهم من المتخلفين عقلياً.
- ٣- ضرورة الإكثار من عقد الندوات التي تشير إلى السلوكيات والعادات الخاطئة التي يتبعها الآباء والأسرة في معاملة الابن المعاق ذهنياً والتي تؤدي به إلى التعرض للأمراض النفسية ومن أهمها الشره العصبي.
- ٤- على المختص بعلاج الشره العصبي أن يحدد خطط متابعة مع الأسرة لتحقيق واستكمال العلاج خارج العيادة أو المستشفى بأساليب سليمة وصحية من أجل تحقيق التوازن النفسي للطفل المصاب بالشره من المتخلفين عقلياً وأيضاً التوازن الصحي.

المراجع

المراجع العربية:

- ١- أحمد عكاشة (1998): الطب النفسى المعاصر، الانجلو المصرية، القاهرة.
- ٢- أساتذة الخدمة الاجتماعية (2000/99): سجل التدريب الميداني، مطبعة كفر الشيخ.
- ٣- زينب محمود شقير (1999): سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ٤- زينب محمود شقير (2002: أ): مقياس الشره العصبي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ٥- زينب محمود شقير (2002: ب): اضطرابات الأكل (الشره العصبي – السمنة المفرطة – فقدان الشهية)، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ٦- عادل عبد الله محمد (2000): العلاج المعرفي أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة.
- ٧- محمود حموده (1996): المشكلات النفسية والعلاج، دار النهضة المصرية.
- ٨- نجاته إنصوره (2013) فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض اضطرابات الأكل لدى المراهقات وما يصاحبها من المتغيرات الشخصية، رسالة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس.

المراجع الأجنبية:

- Walsh et, al. (1997) Bulimia and orexia and a milderness therapy Program NAMI.PP: 1-10.