

فقدان الشهية العصبي وعلاقته بمتغير الجنس دراسة ميدانية على عينة من طلبة السنة الثانية بكلية الفنون الجميلة، جامعة دمشق*

* أ.د. محمد الشيخ حمود

** أسيمة ظافر

الملخص

تهدف الدراسة الحالية إلى تحديد ماذا كانت هناك فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث على كل مقياس فقدان الشهية العصبي، وتحديد نسب انتشار أعراض فقدان الشهية العصبي لدى عينة البحث، بالإضافة إلى تحديد نسب انتشار أعراض فقدان الشهية العصبي تبعاً لمتغير الجنس. تألفت عينة الدراسة من (149) طالباً وطالبة (85 إناث، 64 ذكور)، اختيروا بالطريقة العشوائية العرضية من طلبة السنة الثانية بكلية الفنون الجميلة في جامعة دمشق. وقد طبقت الباحثة مقياس فقدان الشهية العصبي إعداد أحمد عبد الخالق ومايسة النبال (1992).

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- 1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس فقدان الشهية العصبي لصالح الإناث.
- 2- بلغت نسبة انتشار أعراض فقدان الشهية العصبي لدى العينة 20.8%.
- 3- بلغت نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي لدى الإناث 35.3%، أما لدى الذكور فبلغت 1.6%.

* استاذ في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق

** باحثة كلية التربية، جامعة دمشق.

1- المقدمة:

إن عصرنا الحالي هو عصر التطور المادي السريع والتقدم التكنولوجي الهائل الذي طال كل جوانب حياتنا وطغى عليها، مما جعل الأشخاص في سياق محموم لاقتناء نتائج هذا التقدم والتطور، والذي أدى بدوره إلى تغير دور الأسرة وانصراف أفرادها كل إلى شأنه وغياب الألفة والعلاقات الأسرية والاجتماعية الدافئة كل هذا نتج عنه العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية على اختلاف أنواعها وشداتها، ولعل أكثر هذه الاضطرابات إثارة للاهتمام في ميدان الاضطرابات النفسية هي اضطرابات الأكل وبصورة خاصة اضطراب فقدان الشهية العصبي الذي يعد من أكثر الاضطرابات النفسية الشائعة والمعقدة وفي تذبذب نظر بعض العلماء إلى هذا الاضطراب على أنه اضطراب عصبي، بينما نظر بعضهم الآخر إليه على أنه اضطراب نفس جسدي أو سيكوسوماتي Psychosomatic. ومع ظهور DSM-III-R عام 1998 و DSM-IV عام 1994 تم وضع هذا الاضطراب في فئة مستقلة ضمن اضطرابات الراسدين، أما ICD-10 فقد وضع هذا الاضطراب تحت اضطرابات الأكل* (الدسوقي، 2007). وقد كان ريتشارد مورثون Richard Morton في عام 1649 هو أول من وصف فقدان الشهية العصبي وأسماه الاستهلاك أو الإهزاء العصبي، ولكن الوصف الأكثر إسهاباً كان على يد العالم ويليام جل Wliam Gull وذلك في أواخر القرن التاسع عشر* (ويليس، ماركس، 1999).

والشخص الذي يعاني من فقدان الشهية العصبي يضع تركيزاً وهمياً عالياً على موضوع وزن وشكل الجسم وذلك أثناء تقييمه لنفسه، على الرغم من تأكيد المحيطين به بأن وزنه مناسب أو أنه يزداد بحولاً وشجوباً، ولكن المريض يبقى مصراً على أنه بدين وينبغي أن يتابع محاولاته الحثيثة لإنقاص وزنه.

2- الإطار النظري:

2-1- فقدان الشهية العصبي:

فقدان الشهية العصبي هو أحد اضطرابات الأكل ويتصف بوضع الشخص لنفسه حدوداً غذائية وتقييداً لكمية الطعام التي يتناولها، مع وجود أنماط شاذة في التعامل مع الطعام، وفقد كبير للوزن، وخوف شديد من البدانة وزيادة الوزن، وهناك اضطراب أساسي في صورة الجسد Body Image عند هؤلاء المرضى، حيث يعلنون أنهم يشعرون بالبدانة على الرغم من هزالهم وضعفهم في الواقع. ويوجد عند مرضى فقدان الشهية العصبي نقص في الوزن يتراوح بين 15% - 25% من وزنهم الطبيعي نتيجة التجويع المتعمد. ويرفض هؤلاء المرضى الاحتفاظ بوزن أجسامهم فوق الحد الطبيعي بالنسبة للعمر والطول* (عبد الخالق، 1997)، وغالباً ما يرتبط هذا الاضطراب بدافع لاشعوري لمقاومة النمو، والمقاومة العنوية لمطالب الولدين وعقاب الذات نتيجة الشعور بالذنب (عبد المعطي، 2003).

ويبتعد مرضى فقدان الشهية العصبي نظم حمية غذائية بشكل مستمر، فهم يعملون على تخفيف المشحول الغذائي سعياً وراء النحالة التي تعد من وجهة نظرهم دليلاً على القوة أكثر منها علامة للجمال (وغروست، 2004)، فتراهم يسعون وراء النحافة كتعبير عن الاستقلالية والاتجاه نحو الكمالية (شوفر، ميلمان، 1996)، كما أنهم يسيئون غالباً استخدام أنوية إبرار البول Diuretics وكذلك ملينات الأمعاء Laxatives (عبد الخالق، 1997). ويوجد لدى الإناث القطاع الطمث Amenorrhea وهو رد فعل على التغيرات الفيزيولوجية الناتجة عن فقدان الشهية العصبي خاصة انخفاض الأستروجين وهو ليس علامة سابقة للاضطراب وإنما نتيجة له (أبو أسعد، 2011).

ويتظاهر الكثير من المرضى بأنهم قد أكلوا، ولكنهم في الحقيقة لم يأكلوا إلا النزر اليسير، وحتى هذا القدر القليل فإنهم يحاولون التخلص منه بمختلف الطرق وأهمها التقيؤ العمدي (عبد الخالق، 1997). ومن الهام في هذا الموضوع

إلقاء الضوء على طول الفترة الزمنية التي استمر فيها الشخص معرضاً عن الطعام وغير راعب به، أو أنه يأكل الطعام ثم يتخلص منه ففقدان الشهية يكون خفيف الشدة إن كان موجوداً واستمر لأقل من أسبوعين، ومعتدلاً إن كان موجوداً واستمر لمدة تتراوح بين أسبوعين إلى الشهر، وشديداً إن استمر ضعف الشهية للطعام لفترة تزيد على الشهر. وبصورة عامة فإن فقدان الشهية العصبي قد يكون للنساء أو عضوي المنشأ. لذا يجب تفريق هذا العرض النفسي عن كل من قلة الشهية للطعام التي تكون صفة شخصية مستمرة لدى الشخص، و الاضطرابات الهضمية التي تؤدي إلى تجنب الشخص للطعام خشية القيء المتكرر أو عسر الهضم، وأخيراً عن أي مرض مزمن في الجسم (السكري، 2006).

ويمكن اعتبار فقدان الشهية العصبي أحد الاضطرابات النفسية الطبية التي يمكن أن تتخذ مجرى وسباق يؤدي بالتخص إلى الوفاة.

2-1-1- المحكات التشخيصية لفقدان الشهية العصبي:

ولهما يلي عرض للمحكات التشخيصية لفقدان الشهية العصبي

حسب DSM-IV-TR :

"أ- رفض المحافظة على وزن الجسم عند أو أعلى من الحد الأدنى الطبيعي المناسب للعمر والطول (فقدان في الوزن يقود إلى المحافظة على وزن جسم أقل أو أدنى من 85% من الوزن المتوقع، أو إخفاق في الحصول على وزن مكتسب متوقع أثناء فترة النمو، الأمر الذي يقود إلى وزن جسم أقل من 85% من الوزن المتوقع).

ب- خوف مركز (شديد)، مبالغ فيه من اكتساب الوزن أو أن يصبح الفرد سميناً، بالرغم من أن الوزن أقل / أدنى من الطبيعي.

ج- اختلال في الطريقة التي يدرك بها الشخص وزن جسمه وشكله، مع تأثير غير ملائم لوزن الجسم وشكله على تقييم الذات أو إنكار لخطورة الانخفاض الحالي لوزن الجسم.

د- لدى الإناث يحدث بعد بدء الطمث، انقطاع في الطمث، أي انقطاع ثلاث دورات طمثية متتالية على الأقل (تعتبر المرأة في حالة انقطاع الطمث إذا لم تحدث الدورة الشهرية لديها إلا بعد تناول هرمون الاستروجين).
-حدد النمط:

1- نمط مقيد: خلال النوبة الحالية لفقدان الشهية العصبي لم يتخرب الشخص بشكل منتظم بسلوك طعام مفرط أو سلوك تنظيف معوي (أي تغير متعمد أو سوء استخدام المسهلات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية).

2- نمط الاستمتاع بالأكل المنصوب بالتفريغ المعوي (مسهلات): خلال النوبة الحالية لفقدان الشهية العصبي، الشخص انخرط بشكل منتظم في سلوك أكل مفرط أو سلوك تنظيف معوي (أي تغير متعمد، أو سوء استخدام المسهلات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية) * (DSM.IV.TR, 2000).
2-1-2- بداية ظهور الاضطراب ومآله:

يبدأ فقدان الشهية العصبي عادة عندما تتطلب تغيرات الحياة مهارات جديدة أو غير مألوفة، بحيث تؤدي هذه التغيرات إلى شعور الفرد بعدم الكفاءة، وذلك مثل الوصول إلى البلوغ أو الالتحاق بالجامعة أو الخطوبة أو الزواج أو خيبة أمل بالنسبة لعمل ما، ولكن الاضطراب يبدأ في بعض الحالات بوصفه امتداداً للطقوس العائدية والمتبعة في النظام الغذائي لانقاص الوزن، والذي يشيع لدى صغار الإناث، وتقتصر بداية الاضطراب بالدرجة الأولى على مرحلتين هما: المراهقة (منتصف العقد الثاني من العمر تقريباً) ومن الرشد المبكر، ومن الشائع أن يرتبط فقدان العصبي للشهية بحدوث صورة مشوهة للجسم، والمقصود هنا بطبيعة الحال زيادة تقدير الفرد لأبعاد جسمه، فيتصور الفرد أنه بدين ولكنه في الواقع يكون نحيلاً هزيلاً.

وبصفة عامة يظهر فقدان الشهية العصبي بين 11،35 عاماً، ولكن بدايته الحقيقية تبدأ بين 15،23 عاماً، وورد في بعض المراجع أن الفترة التي يوجد بها أكبر قدر من خطر الوقوع في مرض فقدان الشهية العصبي يتراوح بين أواخر

المراجعة وبداية الثلاثينيات من العمر، بحيث تتركز أكبر خطورة فيمن لديهم صغر
28 عاماً (عبد الخالق، 1997).

وترتبط بداية الاضطراب عادة ببعض أنواع الصراخ الانفعالي، وأكثرها
شيوخاً: الصراخات المنصولة بتقبل دور الأنثى، أو خلال فترة الحطوبة إذا كان لدى
المريضة صراخات شديدة، وذلك في حالة ما إذا كانت تفرض ضخامة مسؤوليات
الزواج. وترتبط صراخات أخرى بالوالدين وخاصة الأم، ويزيد للنظم الغذائي
(الحمية) من حدة الأعراض التي يصاب بها المريض في البداية حتى تصل إلى
انشغال وسواسي مسيطر وكامن بالتحفظ، ويتحقق فقد الوزن عن طريق التقييد
للعنف لكمية السعرات التي يتناولها الفرد أو خلال العرق التي تسبب الإسهال أو
تفريغ محتويات المعدة أو الأمعاء مثل التقييد ومدارات البول، وذلك للتقليل من
السعرات التي يستهلكها الفرد. ومن الشائع أيضاً لدى مرضى فقدان الشهية العصبي
ممارسة الأنشطة البدنية المتطرفة (الزائدة) لتحقيق فقد في الوزن والمحافظة على
ذلك، ويمكن أن يكون هذا الأسلوب علامة مبكرة على فقدان الشهية العصبي، وقد
يبدأ فقدان الشهية العصبي فجأة وبشكل حاد، أو قد يمثل عملية تدريجية عابرة،
تستمر من شهور إلى بضع سنين. وقد يعكس فترة مفردة تحدثها حدود معينة، وتأخذ
شكلاً ثورياً أو دائرياً، ومع تقادم واستفحال ثم شفاء، وقد تتخذ سياتاً مزمناً متواصلاً
غير منقطع مفضياً إلى الموت في النهاية (عبد الخالق، 1997)، ومع المعالجة
يحدث تحسن كامل في 35% من الحالات، وتحسن إلى حد ما في 30% من
الحالات، وبدون معالجة قد تصل نسبة الوفاة إلى 5% (عبد العظيم، الرخاوي،
1999).

2-1-3- التشخيص التفريقي:

1- الأمراض العضوية مثل: السكري، فرط نشاط الترقية، السرطان، سوء
الامتصاص، مرض كرون.

2- الاكتئاب.

3- اللصام.

4-الوسواس القهري. (عبد العظيم،الرخاوي،1999)

2-1-4-نسبة الانتشار:

وجدت الدراسات أن نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى الإناث أكثر من الذكور فبدأ خاصة لدى الإناث عند البلوغ ومن النادر أن يبدأ فقدان الشهية العصبي قبل البلوغ. وأثبتت الدراسات أن 3% من الإناث صغيرات السن في المرحلة المتوسطة مصابات بالاضطراب، كما وجد أن نسبة انتشاره بين التوائم المتماثلة أعلى من التوائم المتأخية. كما وجد في عدد من الدراسات العالمية أن هذا الاضطراب يكثر في المجتمعات الغربية والمتقدمة تقنياً وفي الرافضات والعارضات. (بقبون، 2007)

2-1-5-أسباب الاضطراب:

2-1-5-1-الأسباب النفسية:

- 1-الاستقلالية في مقابل الانتماء، والخوف من فقدان التحكم.
 - 2-تأثير سوء المعاملة الجنسية.
 - 3-انخفاض الوعي بالمشكلات الجنسية.
 - 4-انخفاض تقدير الذات، وصورة الجسم السالبة
- #### 2-1-5-2-الأسباب الاجتماعية:

- 1-التزمت وعدم التعبير عن الانفعالات داخل الأسرة.
- 2-عدم الانسجام مع الأسرة والإحسان بالانعزال عنها.
- 3-صورة الجسم السالبة من وجهة نظر الآخرين.
- 4-مطالبة الآخرين للفرد بالسعي لتحقيق التحفة.
- 5-عدم تجنب الصراع البنّي أو الأسري.

2-1-5-3-الأسباب البيولوجية:

- 1-الاستعداد الوراثي، ونقص الهرمونات.
- 2-زيادة الكورتيزون ونقص هرمون التيروكسين.
- 3-زيادة هرمون النمو، والتغيرات الجسمية الناتجة عن الجوع. (سقيز، 2002)

2-1-6-1-2- علاج فقدان الشهية العصبي:

2-1-6-1-2- العلاج المعرفي السلوكي: علاج مهم وفعال من أجل الوصول إلى الوزن في حالة فقدان الشهية العصبي والعمل على تغيير المعتقدات غير العقلانية وغير التكيفية عن شكل ووزن الجسم. وتشتمل برامج العلاج السلوكي عادة على فنيات تهدف إلى تنظيم وجبات الأكل ومشاهدة التلفزيون والاستماع للراديو والمشي والمراسلة واستقبال الزوار المشجعين للأكل. (بقيون، 2007)

2-1-6-2- العلاج الأسري: وهو أحد أهم أشكال العلاج التي تستخدم للتعامل مع حالات فقدان الشهية العصبي، تقوم العلاج الأسري هو التنبؤ بالصراعات وتحديد مشكلة المريض على أنها مشكلة الأسرة بأكملها، وكذلك تعليم الأسرة طرق التعامل السوي مع أبنائها، وخاصة الأطفال فيما يتعلق بالطعام، ولأنك أن العلاج الأسري سوف يأتي بأفضل النتائج إذا كان أحد الأساليب في خطة علاجية متكاملة تراعي جميع جوانب المشكلة (بقيون، 2007).

2-1-6-3- العلاج النفسي: بعد العلاج النفسي ضروريا في جميع حالات اضطرابات الأكل وخاصة فقدان الشهية العصبي، وفي جلسات العلاج النفسي يشجع المريض على التنفيس عن رغباته وشعوره وخبراته لكي يتم التوصل إلى العوامل النفسية التي تقف خلف هذا الاضطراب. (بقيون، 2007).

2-1-6-4- العلاج الدوائي: وقد يكون أساسيا أو ثانويا في هذا الاضطراب حيث يتم إجراء الفحوص ويتم حجز المريض بالمستشفى في الحالات الشديدة والمتوسطة ويبدأ العلاج الدوائي لاستعادة الوزن وعلاج مضاعفات الهزال والجفاف خوفا من الوفاة وقد تعطى الفيتامينات والمعدنات والمضادات الاكتئاب (بقيون، 2007).

ولكن لا يمكن الاقتصار على نوع واحد فقط من أنواع العلاج ولكن تستخدم جميعها معا للوصول بالمريض إلى أفضل النتائج.

3-دراسات سابقة:

3-1-الدراسات العربية:

3-1-1-دراسة احمد عبد الخالق ومايسة النبال(1992) بعنوان فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية:

هدفت هذه الدراسة إلى فحص الارتباط بين فقدان الشهية العصبي وكل من الاكتئاب، القلق، الوسواس القهري. طبقت المقاييس التي تكونت من مقياس فقدان الشهية العصبي، قائمة بيك للاكتئاب، مقياس سمة القلق، قائمة الوسواس القهري على عينة مؤلفة من 107 طالبات جامعات. وكشفت نتائج الدراسة عن ارتباطات جوهرية موجبة بين فقدان الشهية وكل من الاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري.

3-1-2- دراسة سيد أبو زيد عبد الموجود(2001) بعنوان اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية:

هدفت هذه الدراسة إلى تقدير معدل انتشار اضطرابات الأكل (الانوريكسيا العصبية، البوليميا العصبية) لدى عينة من المراهقين والشباب من الجنسين، كما تهدف الدراسة إلى التعرف على طبيعة الارتباط بين اضطرابات الأكل وبعض متغيرات الشخصية الهامة وهي صورة الجسد، تقدير الذات، الاكتئاب، القلق، وبجانب ذلك هدفت هذه الدراسة أيضا إلى مقارنة ذوي اضطرابات الانوريكسيا العصبية، وذوي اضطرابات البوليميا العصبية في المتغيرات السابقة. طبقت أدوات الدراسة التي تكونت من مقياس اضطرابات الأكل، ومقياس صورة الجسم، اختبار تقدير الذات للمراهقين والرائدين، مقياس سمة القلق، ومقياس الاكتئاب على عينة الدراسة التي تكونت من مجموعة تم اختيارها بطريقة عشوائية من طلبة وطالبات خمس مدارس ثانوية بمحافظتي القاهرة والقليوبية، وست كليات بجامعة عين شمس والزقازيق، وبلغ عددهم جميعاً 924 في الفئة العمرية من 15 إلى 25 سنة(منهم 690 إناث، 234 ذكور). أسفرت نتائج هذه الدراسة إلى أن معدل انتشار

اضطرابات الأكل باستخدام المعايير التشخيصية الواردة بالـ DSM-IV حوالي 1,84% (منهم 0,86% حالات انوريكسيا عصبية، 0,65% حالات بوليميا عصبية) . كما تبين أيضا أن معدل انتشار اضطرابات الأكل لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور بفارق دال. كما تبين أيضا من هذه الدراسة عدم وجود ارتباط دال بين اضطرابات الأكل وبين الصورة الجسد.

3-1-3- دراسة أحمد سعد الشيخ علي (2005) بعنوان العوامل المرتبطة باضطرابات الأكل لدى عينة من المراهقات في مدارس عمان الخاصة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مقدار التباين الذي تفسره متغيرات تقدير الذات المرتبطة بالأكل والفعالية الذاتية المرتبطة بالأكل واكتئاب الأكل وقلق الأكل والإعلام وتقدير الذات وضغط الرفاق والصراعات الأسرية وصورة الجسد والقلق والاكتئاب منفردة ومجموعة في اضطرابات الأكل ممثلاً بالدرجة الكلية والدرجات الفرعية المتمثلة بالفرع والوعي بالأحاسيس الداخلية والنزعة نحو النحافة. كما هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى مقدار التباين الذي تفسره متغيرات تقدير الذات المرتبطة باضطرابات الأكل والفعالية الذاتية المرتبطة بالأكل واكتئاب الأكل وقلق الأكل والإعلام وتقدير الذات وضغط الرفاق والصراعات الأسرية والقلق والاكتئاب منفردة ومجموعة في صورة الجسد ممثلاً بالدرجة الكلية. كما هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الأثر المباشر وغير المباشر لمتغيرات القلق واكتئاب الأكل وضغط الرفاق والإعلام ومجموعة منفردة في اضطرابات الأكل. وتم تطبيق أدوات الدراسة التي تكوّن من مقياس الأكل متعدد الأبعاد، ومقياس صورة الجسد، ومقياس الصراعات الأسرية ومقياس اضطرابات الأكل، ومقياس تقدير الذات، ومقياس القلق، ومقياس الإعلام، ومقياس ضغط الرفاق، ومقياس الاكتئاب على (715) مراهقة ممن تراوحت أعمارهن بين (15-18) سنة وتم اختيارهن من مدارس عمان الخاصة. أشارت نتائج الدراسة إلى أن صورة الجسد والقلق واكتئاب الأكل وضغط الرفاق والإعلام قد فسرت مجتمعة (66,8%) من التباين في اضطرابات الأكل ممثلة بالدرجة الكلية. وفسر القلق وصورة الجسد

هدفت هذه الدراسة إلى فحص طبيعة العلاقة بين كل من صورة الجسد والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي. كما هدفت لدراسة أيضاً إلى التعرف على ماذا كانت هناك فروق بين الإناث ذوات الدرجات المنخفضة وذوات الدرجات المرتفعة على مقياس فقدان الشهية العصبي في بعض العوامل الأسرية (الاكتئاب لدى الآباء، والعصابية لدى الأمهات). وتم تطبيق أدوات الدراسة التي تكونت من مقياس شكل الجسم، مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس فقدان الشهية العصبي على عينة مكونة من 150 أنثى مراهقة، تراوحت أعمارهن بين 17-19 سنة. أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة موجبة جوهرية بين عدم الرضا عن صورة الجسد وكل من القلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث المراهقات، كما وجد أيضاً أن درجة فقدان الشهية العصبي تزداد بفعل التأثير المشترك لكل من عدم الرضا عن صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى الإناث المراهقات، كما وجدت فروق جوهرية بين الإناث ذوات الدرجات المنخفضة وذوات الدرجات المرتفعة على مقياس فقدان الشهية العصبي في متغيري الاكتئاب لدى الآباء والعصابية لدى الأمهات في جانب الإناث ذوات الدرجات المرتفعة على مقياس فقدان الشهية العصبي.

3-2-دراسات الأجنبية:

3-2-1- دراسة تيجمان (Tiggeman, 2001) بعنوان تأثير مخاوف الحياة لدى المراهقات والأنشطة الترفيهية على الرضا عن الجسد، الأكل المضطرب وتقدير الذات:

The Impact of adolescent girls' life concerns and leisure activities on body dissatisfaction, disordered eating, and self-esteem.

هدفت الدراسة إلى تعرف العلاقة بين عدم الرضا عن الجسد واضطرابات الأكل وتقدير الذات لدى المراهقات. طبقت أدوات الدراسة التي تكونت من مقياس مخاوف الحياة، مقياس عدم الرضا الجسدي، مقياس الأكل المضطرب، ومقياس تقدير الذات على عينة مكونة من (306) مراهقة بعمر 16 سنة. وقد أظهرت

النتائج أن تركيز الإناث على الشعبية ارتبط بعدم الرضا عن الجسد، كما أظهرت النتائج أن الانخراط في ممارسة الأنشطة الرياضية يؤدي وظيفة وقائية. كما تبين أن المراهقات اللاتي لديهن اهتمام مرتفع بالنحافة لديهن انخفاض عام في تقدير الذات.

3-2-2- دراسة تولغيس ونيميزوري (2004) Tolgyes & Nemessury بعنوان دراسات وبائية حول سلوكيات اتباع نظام غذائي واضطرابات الأكل بين الشباب في هنغاريا:

Epidemiological studies on adverse dieting behaviors and eating disorders among young people in Hungary.

هدفت هذه الدراسة إلى تقصي معدلات انتشار فقدان الشهية العصبي والشره العصبي واتجاهات الحمية وسلوكيات الأكل لدى طلبة المدارس الثانوية والجامعة في بودابست .

طبقت أدوات الدراسة التي تكونت من اختبار اتجاهات الأكل، قائمة بيك للاكتئاب على عينة مكونة من 36 إناث و 30 ذكور من طلبة المدارس الثانوية في بودابست. أظهرت النتائج أن 3% من عينة الإناث كشفت عن نزعة أو ميل أو قابلية لفقدان الشهية العصبي، ولكن لا توجد حالات فعلية تم الكشف عنها على أنها مصابة بفقدان الشهية العصبي، كما وجد أن 25% من طلاب الباليه توافرت لديهم معايير فقدان الشهية العصبي.

3-2-3- دراسة كاسترو وجيلا (2005) Castro & Gila بعنوان فقدان الشهية العصبي لدى المراهقين الذكور: صورة الجسد، اتجاهات الأكل والسمات النفسية:

Anorexia Nervosa in male adolescents, body image, eating attitudes and psychological traits.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم صورة الجسد وعلاقتها بالسمات النفسية والسلوكية المرتبطة بفقدان الشهية العصبي لدى الذكور المصابين بفقدان الشهية العصبي. تم تطبيق أدوات الدراسة التي تكونت من استبيان التأثير على نموذج

شكل الجسم، اختبار اتجاهات الأكل، قائمة اضطرابات الأكل على عينة من 30 مرافقا من الذكور المصابين بفقدان الشهية العصبي وتمت مقارنتهم مع 421 مرافقا ليس لديهم فقدان شهية عصبي من نفس مجتمع البحث. أظهرت نتائج الدراسة أن المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي حصلوا على أعلى متوسط في اختبار اتجاهات الأكل، وكذلك حصلوا على أعلى متوسط في مقياس عدم الرضا الجسدي في قائمة اضطرابات الأكل. في مجموعة المرضى بفقدان الشهية العصبي كانت هناك ارتباطات عالية وسلبية بين التقدير المبالغ فيه للجسم ومؤشر كتلة الجسم، كما كان هناك ارتباط مرتفع ولكن موجب بين التقدير المبالغ فيه واختبار اتجاهات الأكل ومقياس الانتفاخ نحو الهزال الموجود في قائمة اضطرابات الأكل.

3-2-4- دراسة كوستا وآخرين (Costa et al., 2010) بعنوان تأثير العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية على اتجاهات الأكل المضطربة لدى طالبات الجامعة في البرازيل:

Influence of Biological, Social and Psychological Factors on Abnormal Eating Attitudes among Female University Students in Brazil

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم اتجاهات الأكل المضطربة لدى طالبات جامعة القديسة كاترينا في جنوب البرازيل. طبقت أدوات الدراسة التي تكونت من اختبار اتجاهات الأكل، استبيان شكل الجسم، ومؤشر كتلة الجسم على عينة مؤلفة من 220 طالبة. وقد أوضحت النتائج أن انتشار أعراض اتجاهات الأكل المضطربة وعدم الرضا عن صورة الجسم يشكل 8,3% و 20% على التوالي. وقد تبين أن هناك ترابط مستقل بين عدم الرضا عن الجسم واتجاهات الأكل المضطربة مما يشير إلى وجود أعراض فقدان الشهية العصبي.

4-مشكلة البحث:

انطلقت مشكلة البحث من خلال اطلاع الباحثة على عدة دراسات وأبحاث حول فقدان الشهية العصبي، وهذا ما ولد لديها ميلاً لدراسة هذا الاضطراب والتعمق فيه لدى طلبة الجامعة بالإضافة إلى ملاحظتها للمحاولات الحثيثة التي يقوم بها طلبة الجامعة للوصول إلى مقاييس جسمية مثالية من ناحية الوزن والشكل .
ومما عزز هذا الميل لدى الباحثة ذلك التيار العالمي القوي في الأونة الأخيرة والمتمثل بالتحافة التي تقدمها العديد من الشخصيات الإعلامية البارزة على أنها المعيار المثالي لشكل الجسم، ندرجة أصبحت معها التحافة مطلباً ثقافياً فالانجاء نحو التحافة يعتبر هدفاً رئيسياً للأشخاص الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي" (النسوفي،2006).

و بعد فقدان الشهية العصبي واحداً من اضطرابات الأكل حسب DSM-IV,1994 وأكثرها شيوعاً وهو عبارة عن رفض الفرد المحافظة على وزن الجسم الطبيعي مع خوف شديد من زيادة الوزن، وظهور اضطرابات جوهرية في إدراك شكل وحجم الجسم، إضافة إلى ذلك يظهر رفض الطعام وعدم الرغبة فيه أو الإقبال عليه (بقيون،2007).

"إن هذا الاضطراب ينتشر لدى الفتيات الشابات بين عمر (15-25) سنة ولدى الأطفال بين عمر (10-12) سنة وعند النساء بين عمر (45-50) سنة (الزباد،2000)، وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن معدل انتشار هذا الاضطراب في تزايد مستمر، حيث وصلت النسبة المئوية لانتشاره بين طالبات الجامعة إلى 15.45% حسب دراسة زينب شقير(1999)، بينما يرى عادل عبد الله محمد(2000) أن نسبة انتشار هذا الاضطراب وصلت إلى 20% بين طالبات الجامعة، كما يرى هوك Hoek(1995) أن فقدان الشهية العصبي ينتشر بشكل غير متساوي بين الجنسين ويفروق حادة، فأقل من 10% من فائدي الشهية ذكور" (النسوفي،2006).

وفقدان الشهية العصبي الذي يعتبر أحد أكثر أشكال اضطرابات الأكل شيوعاً وخطورة يظهر لدى الإناث والذكور ولكنه يشاهد لدى الإناث أكثر منه لدى

الذكور بنسبة تصل إلى الضعف' (عبد الرحمن، 1999)، فالذكور أيضا يقعون تحت تأثير الضغوط الإعلامية والاجتماعية لكي يحصلوا على معايير الجسد الذكوري المثالي وبالتالي أن يكونوا أكثر نحافة فالمطلب الثقافي يؤكد على الشكل والقوام المشوق للذكر، لذلك يشعر الذكور برغبة قوية في الوصول إلى الشكل المرغوب فيه' (السوقي، 2006).

ولكن العديد من الدراسات التي أجريت في مجتمعات مختلفة تشير إلى زيادة في معدل انتشار فقدان الشهية العصبي لدى الإناث مقارنة بالذكور حيث تبلغ نسبة مقدارها 95% من المصابات بفقدان الشهية العصبي من النساء' (راينكر، 2009) ، وربما يرجع السبب في ذلك إلى أن الإناث يمتن أكثر من الذكور إلى اتباع نظام غذائي يوصل بعضهن إلى فقدان الشهية بطريقة مرضية كما يتعلق ذلك أيضا بعوامل أخرى مثل الخوف من زيادة الوزن، وتشوه صورة الجسم، كما أن الاستجابة للضغط المفروض على النساء من قبل المجتمع لكي يكن رشقات من عوامل انتشار هذا الاضطراب' (السوقي، 2006).

إن الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي أو تكون لديهم أحد مؤشرات هذا الاضطراب يقومون بمحاولات كثيرة ومتنوعة لإنقاص وزنتهم، ويكون لديهم خوف مرضي من زيادة الوزن على الرغم من كونهم ذوي أوزان منخفضة، حيث ينظر الأفراد الذي يعانون من فقدان الشهية العصبي إلى أنفسهم على أنهم ذوي وزن زائد على الرغم من أنهم يعانون من النحافة ومن سوء التغذية وينجحون جيداً في إنقاص أوزانهم إلى الحد الذي يعرضون فيه حياتهم للخطر' (السوقي، 2006)، هؤلاء الأفراد يكون لديهم اختلال في الطريقة التي يدركون بها وزن الجسم وشكله، بالإضافة إلى تأثير غير مناسب لوزن الجسم وشكله على تقييم الذات أو إنكار خطورة الوزن المنخفض للجسم، ويعتبر الاضطراب في إدراك شكل الجسم منحا أساسيا في فقدان الشهية العصبي' (يوسف، 2000).

وقد أوضحت نتائج دراسات عديدة أن حوالي 5% - 8% من الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يلقون حتفهم نتيجة لمضاعفاته المختلفة كما أنه يصبح مزمناً ويصعب علاجه إذا ترك لأكثر من عامين بدون علاج (السوقي، 2006).
ومن خلال ما تقدم يمكن القول إن مشكلة البحث الحالي تتمثل في الأسئلة التالية:

- هل توجد فروق على مقياس فقدان الشهية العصبي تبعاً لمتغير الجنس لدى عينة البحث؟

- ما هي نسبة انتشار مؤشرات فقدان الشهية العصبي لدى عينة البحث؟
- ما هي نسبة انتشار مؤشرات فقدان الشهية العصبي لدى عينة البحث تبعاً لمتغير الجنس؟

5- أهمية البحث:

تتضح أهمية البحث النظرية والتطبيقية من خلال ما يلي:

5-1- الأهمية النظرية:

بعد هذا البحث هو أول بحث في الجمهورية العربية السورية يلقي الضوء على اضطراب فقدان الشهية العصبي - وذلك ضمن حدود علم الباحثة- هذا البحث من شأنه المساعدة في مواكبة الدراسات العلمية الحديثة في مجال الاضطرابات النفسية، فقد تمت دراسة هذا الاضطراب في كثير من بلدان العالم الأوروبية، الأمريكية والعربية مثل مصر، والسعودية.

5-2- الأهمية التطبيقية:

تتجلى أهمية البحث من الناحية التطبيقية من خلال ما يلي:

- 1- التعرف إلى مدى انتشار مؤشرات فقدان الشهية العصبي لدى طلبة السنة الثانية في كلية الفنون الجميلة جامعة دمشق.
- 2- التعرف إلى الفروق في مؤشرات فقدان الشهية العصبي وفقاً لمتغير الجنس لدى عينة البحث.

3- يمكن أن تشكل نتائج هذا البحث أرضية مناسبة لبقاء برنامج إرشادي لعلاج الحالات التي تعاني من فقدان الشهية العصبي.

6- أهداف البحث:

يهدف البحث إلى تعرف ما يلي:

1- الفروق على مقياس فقدان الشهية العصبي تبعاً لمتغير الجنس لدى عينة البحث.

2- نسبة انتشار مؤشرات فقدان الشهية العصبي لدى عينة البحث.

3- نسبة انتشار مؤشرات فقدان الشهية العصبي لدى عينة البحث تبعاً لمتغير الجنس.

7- أسئلة البحث:

1- ما هي نسبة انتشار أعراض فقدان الشهية العصبي لدى عينة البحث؟

2- ما هي نسبة انتشار أعراض فقدان الشهية العصبي لدى عينة البحث تبعاً لمتغير الجنس؟

8- فرضيات البحث:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس فقدان الشهية للعصبي تبعاً لمتغير الجنس.

9- تعريف مصطلحات البحث:

أ- التعريفات النظرية لفقدان الشهية العصبي:

يُعرف بأنه فقد خطير في الوزن مصحوب باختلال في صورة الجسم، حيث يبقى المريض ختفاً من زيادة وزنه، ويؤدي اختلالاً واضحاً في إدراكه لشكل وحجم الجسم (عبد الرحمن، 1999).

كما يعرف أيضاً بأنه اضطراب نفسي فيزيولوجي، أو عصاب نفسي، أو ربما سلوك إجرائي يلجأ إليه البعض بتأثير الضغوط الانفعالية، ويطلق عليه أحياناً اسم القهم والقمة أيضاً (بفتح القاف والهاء والمخيم) ويقال

للشخص النافذ تشييته لسبب نفسي أنه قام أو فهم (يفتح انفاق وكسر المييم أو الهاء) (الحقني، 1999).

كما يعرف أيضاً بأنه "إضاعة مرضية لتسمية الطعام وهي عرض شائع في الاضطرابات النفسية وعكسها المبرود" (علاق، 2003).

ب- التعريف الإجرائي لفقدان الشهية العصبي: وهو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس العربي لفقدان الشهية العصبي.

10- إجراءات البحث:

10-1- منهج البحث:

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي "فالبحوث الوصفية تسعى إلى وصف الأوضاع أو الأحداث أو الظروف الحالية. فالبحث الوصفي يستكشف (يتعرف ظاهرة ما، أو يتوصل إلى استنتاجات جديدة)، أو يصف (يتذكر نسبة الحدوث، أو التوزيع، أو الخصائص لمجموعة ما أو لموقف ما) أو يفسر ويتنبأ (يدرس العلاقات بين المتغيرات). وتجمع المعلومات في البحث الوصفي باستخدام الاستبيانات أو المقابلات أو الاختبارات." (الخطيب، 2006).

المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع وبيهم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو تعبيراً كمياً، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيقدم لنا وصفاً رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى (زايد، 2007).

10-2- حدود البحث:

10-2-1- الحدود الزمنية: تم تطبيق البحث في الفترة بين 2010/10/15 ولغاية 2010/12/20، نفذت هذه الدراسة خلال الفصل الدراسي الأول من العام 2010.

10-2-2- الحدود المكانية: طبقت الدراسة في كلية الفنون الجميلة بجامعة دمشق.

10-2-3- الحدود البشرية: تتمثل بطلبة السنة الثانية بكلية الفنون الجميلة، جامعة دمشق والبالغ عددهم للعام الدراسي 2010-2011 (259) طالباً وطالبة.

10-3- متغيرات البحث: تحددت متغيرات البحث كالآتي:

10-3-1- المتغير المستقل: الجنس.

10-3-2- المتغير التابع: فقدان الشهية العصبي.

10-4- المجتمع الأصلي وعينة البحث: تكون المجتمع الأصلي للدراسة من جميع الطلبة في السنة الثانية المسجلين للعام الدراسي 2010-2011 في كلية الفنون الجميلة بجامعة دمشق، والذين بلغ عددهم 259 طالباً وطالبة موزعين على خمس تخصصات (جدول رقم 1)

الجدول رقم (1) يوضح توزيع أفراد المجتمع الأصلي

| الجنس | | العدد الكلي | التخصص |
|-------|------|-------------|-------------------|
| إناث | ذكور | | |
| 21 | 21 | 42 | الرسم والتصوير |
| 21 | 16 | 37 | النحت |
| 30 | 13 | 43 | الحفر والطباعة |
| 37 | 27 | 64 | العمارة الداخلية |
| 50 | 18 | 68 | الاتصالات البصرية |
| 159 | 95 | 254 | المجموع |

وقد سحبت العينة بالطريقة العشوائية العرضية وقد بلغ عدد أفرادها (149) حيث بلغ عدد الذكور (64) والإناث (85). والعينة العرضية هي عينة

عشوائية ومستقلة تم سحب من فئة مناسبة ومتوافرة، والفئة المختارة بموجبها ليست هي أفضل الفئات بل هي أكثرها توافراً (حمصي، 1991، 119). بالإضافة إلى عينة البحث فقد تم سحب عينة فرعية تتكون من (50) طالباً وطالبة جرى سحبها من طلبة السنة الثانية بكلية الفنون الجميلة جامعة دمشق في قسم الاتصالات البصرية، لحساب الخصائص السيكومترية للمقياس المستخدم. (جدول رقم 2)

الجدول رقم (2) يوضح توزيع أفراد العينة

| العدد | عينة الدراسة | | العدد الكلي | التخصص |
|-------|--------------|------|-------------|------------------|
| | إناث | ذكور | | |
| 34 | 18 | 16 | 42 | الرسم والتصوير |
| 32 | 17 | 15 | 37 | النحت |
| 33 | 22 | 11 | 43 | الحفر والطباعة |
| 50 | 28 | 22 | 46 | العمارة الداخلية |
| 149 | 85 | 64 | 168 | المجموع |

10-5-أداة البحث:

1-5-1-المقياس العربي لفقدان الشهية العصبي:

اعتمد البحث الحالي على المقياس العربي لفقدان الشهية العصبي إعداد أحمد عبد الخالق ومايمة النبال. ويتألف المقياس من (15) عبارة صيغت صياغة عربية فصحة، كل عبارة تتضمن خمس بدائل إجابية (لا، نادراً، أحياناً، كثيراً، دائماً)، تصحح كالآتي: لا(1)، نادراً(2)، أحياناً(3)، كثيراً(4)، دائماً(5).

10-5-1-1-الخصائص السيكومترية للمقياس الأصلي:

قام أحمد عبد الخالق ومايسة النبال بوضع هذا المقياس ليناسب التطبيق على طابقت الجامعة المصرية. وقد استمد وعاء البنود لهذا المقياس من التراث السيكولوجي والسيكياتري الإكلينيكي، فضلاً عن الخبرة العامة لواقعي هذا المقياس. وصيغ اعتماداً على ذلك ثمان وعشرون بنداً صياغةً عربيةً فصحةً سهلة، ثم قدمت الصيغة المبدئية لعدد من المحكمين المتخصصين في مجالي علم النفس والطب النفسي (أعضاء هيئة تدريس ومساعدون بجامعة الإسكندرية)، وطلب منهم أن يضعوا أمام كل عبارة درجة من خمس تتراوح بين 1 - لا علاقة لها بفقدان الشهية العصبي، 5 - ترتبط بشدة بها. وحذفت نتيجة لذلك ثلاث عبارات. ووضعت للمقياس تعليمات بسيطة بحيث يطلب من المفحوص الاستجابة اعتماداً على مقياس خماسي يتراوح بين: "لا، كثيراً جداً". ثم طبق المقياس على عينة من طابقت الجامعة (ن-107)، وحسب معامل ارتباط بيرسون للترجات الخام بين كل بند والترجة الكلية على المقياس، وتراوحت الارتباطات بين 0.328 و 0.657 وجميعها جوهرية عند مستوى دلالة 0.01. ووصل معامل ثبات المقياس بطريقة التقصيف إلى 0.68 (بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون) ويشير هذا المعامل إلى اتساق داخلي مقبول للمقياس رغم قصره.

10-5-1-2 الخصائص السيكومترية للأداة في البحث الحالي:

أ- عينة الدراسة السيكومترية: تم تطبيق المقياس العربي لفقدان الشهية العصبي (الملحق رقم 2)، على عينة من طلبة السنة الثانية بكلية الفنون الجميلة بلغ عددهم (50) طالباً وطالبة في قسم الاتصالات البصرية.

1- المقياس العربي لفقدان الشهية العصبي: (الملحق رقم 2)

أ- صدق المقياس:

1- صدق المحتوى: تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (8) من الأساتذة في كلية التربية جامعة دمشق (انظر الملحق رقم 1) وذلك لتحديد مدى صلاحية البنود وانتماءها للمجال الذي يتم قياسه ومدى ملاءمتها للبيئة السورية. واعتمدت نسبة اتفاق بين المحكمين 80% حداً أدنى معياراً لاعتماد البند أو تعديله.

وقد أجريت التعديلات التي اقترحها المحكمون وأعد المقياس في صورته الصالحة للاستخدام.

2-الصدق بطريقة الاتساق الداخلي: معامل ارتباط درجة كل مجال بالدرجة الكلية(الجدول رقم3)

الجدول(3) التالي يوضح ذلك:

| الأبعاد | أرقام العبارات | الارتباط بالدرجة الكلية |
|-----------------------|----------------|-------------------------|
| التعلق من زيادة الوزن | 8-9-7-13-11-10 | 0.973 |
| كراهية الطعام | 5-6-4-2 | 0.927 |
| أعراض فقدان الشهية | 1-15-12-3 | 0.945 |
| الإنقاص المتعمد للوزن | 13-14-8 | 0.922 |

ومن خلال الجدول يتضح لدينا أن ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية عالي، حيث بلغت قيمة معامل ألفا-كرونباخ 0.959، وعليه فإن المقياس يتمتع بصدق اتساق داخلي مما يجعله صالحاً للاستخدام.

ب-ثبات المقياس:

1- الثبات عن طريق الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا-كرونباخ: بلغت قيمة ألفا-كرونباخ للمقياس الكلي 0.957، وهي قيمة مقبولة مما يدل على الاتساق الداخلي للمقياس ومن ثم ثباته.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية: بلغت الدرجة الكلية لمعادلة سبيرمان-يراون للأصناف المتساوية 0.966، كما بلغت الدرجة الكلية لمعادلة جتمان للتجزئة النصفية 0.961 مما يدل على أن معاملات الثبات بالتجزئة النصفية جيدة وتدل على ثبات المقياس، مما يجعله صالحاً للاستخدام والتطبيق.

10-6-المعالجة الإحصائية: قامت الباحثة بإدخال نتائج تطبيق أداة البحث في الحاسب الآلي، تمهيداً لمعالجتها بواسطة الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) النسخة (15) لاستخراج التحليلات الإحصائية المناسبة، وتم استخدام معامل الارتباط بيرسون للتحقق من صدق الاتساق الداخلي، كما تم استخدام معادلة

سيرمان - براون للأصناف المتساوية ومعادلة جتمان للتحقق من الثبات بالتجزئة النصفية، ومعادلة ألفا-كرونيباخ للتحقق من الثبات بالاتساق الداخلي. كما تم استخدام (T.TEST) ستودنت لتحديد دلالة الفروق بين المتغيرات، والنسبة المئوية (Percentage) لتحديد نسب الانتشار.

11- عرض نتائج البحث وتفسيرها:

11-1- الإجابة على أسئلة البحث:

الإجابة على السؤال الأول وتفسيره:

ماهي نسبة انتشار أعراض فقدان الشهية العصبي لدى عينة البحث؟

تم استخدام النسبة المئوية للإجابة على هذا السؤال، وبعد المعالجة الإحصائية تبين أنه يوجد (31) طالباً وطالبة من أصل (149) لديهم أعراض ومؤشرات فقدان الشهية العصبي أي بنسبة مئوية تبلغ (20.8%). وبمقارنة نتيجة هذه الدراسة مع غيرها من الدراسات التي عُنيت بتحديد نسب انتشار فقدان الشهية العصبي وجد أن النسبة التي توصلت إليها الدراسة الحالية (20.8%) هي نسبة مرتفعة مقارنة بدراسة سيد أبو زيد عبد الموجود (2001) حيث بلغت نسبة انتشار أعراض فقدان الشهية العصبي في تلك الدراسة (0.86%)، ودراسة Costa et al., (2010) حيث بلغت نسبة انتشار اتجاهات الأكل المضطربة ومن ضمنها اضطراب فقدان الشهية العصبي 8.3%.

يمكن أن يفسر ذلك بأن أعراض ومؤشرات فقدان الشهية للعصبي تبدأ بالظهور في المرحلة العمرية التي تمتد بين 11، 35 عاماً. ولكن بدايته الحقيقية تبدأ بين 15، 23 عاماً. ولأنه أن التقدم المذهل في وسائل الإعلام والاتصال وما يقابله من اندفاع الشباب نحو تقليد أقرانهم قد أسهم في سرعة انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي بصورة خاصة وغيره من اضطرابات الأكل بصورة عامة،

بالإضافة إلى تركيز تلك الوسائل على برامج الحماية والوزن المثالي وغيرها من الأمور التي تؤكد على النحافة والجسد النحيل كمقياس للشكل المثالي.

الإجابة على السؤال الثاني وتفسيره:

ماهي نسبة انتشار أعراض ومؤشرات فقدان الشهية العصبي لدى عينة البحث؟

الجدول رقم (4) نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي تبعاً لمتغير الجنس .

| الجنس | العدد | عدد أفراد العينة الذين تتوافر لديهم أعراض فقدان الشهية العصبي | نسبة الانتشار |
|--------|-------|---|---------------|
| الإناث | 85 | 30 | 35.3% |
| الذكور | 64 | 1 | 1.6% |

تم استخدام النسبة المئوية للإجابة على هذا السؤال، ويتضح من الجدول رقم (4) أنه من أصل (85) أنثى لدينا (30) أنثى تتوافر لديها أعراض ومؤشرات فقدان الشهية العصبي أي بنسبة وفترها (35.3%) ، كما يتضح أيضاً أنه من أصل (64) ذكر لدينا (1) ذكر واحد فقط تتوافر لديه أعراض ومؤشرات فقدان الشهية العصبي أي بنسبة وفترها (1.6%). كما ويتبين أن نسبة انتشار أعراض ومؤشرات فقدان الشهية العصبي لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور ويفرق واضح لصالح الإناث. وقد اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة سيد أبو زيد عبد الموجود (2001) حيث توصلت تلك الدراسة إلى أن معدل انتشار اضطرابات الأكل ومن ضمنها فقدان الشهية العصبي أعلى لدى الإناث مما هو عليه لدى الذكور ويفرق دال.

يمكن أن يفسر هذا الفرق بأن الإناث أكثر انشغالا وتأثراً من الذكور بوزن الجسم وشكله، بالإضافة إلى أنهن أكثر تأثراً من الذكور أيضاً بما تبثه وسائل الإعلام حول الحمية و المعايير المثالية للوزن والنحافة، والتي تكون بأغلبها موجهة للإناث حيث يتم الترويج للجسد النحيل على أنه الجسد المثالي للأفنى، بالإضافة إلى

أن وسائل الإعلام والرفاق والأسرة جميعها مؤثرات يمكن إدراكها بشكل أكبر لدى الإناث مما هو عليه لدى الذكور.

2-11 عرض فرضية البحث وتفسيرها:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس فقدان الشهية العصبي تبعاً لمتغير الجنس"

| الجنس | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | (t) المحسوبة | مستوى الدلالة | القرار |
|--------|-------|-----------------|-------------------|--------------|---------------|--------|
| الإناث | 85 | 49.35 | 11.614 | -14.829 | 0.000 | ذال |
| الذكور | 64 | 24.61 | 7.573 | | | |

لإختبار الفرضية تم استخدام اختبار (t-test) لدراسة الفروق بين الذكور والإناث على مقياس فقدان الشهية العصبي، حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة (- 14.829) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وذلك بعد مقارنة مستوى الدلالة (0.05) < 0.000، وبناء عليه نرفض فرضية العدم، وبالتالي توجد فروق بين الذكور والإناث على مقياس فقدان الشهية العصبي لصالح الإناث.

ويفسر هذا الفرق بأن الإناث أكثر انشغالاً من الذكور بوزن الجسم وشكله، بالإضافة إلى أنهن أكثر تأثراً من الذكور أيضاً بما تبثه وسائل الإعلام حول الحمية و المعايير المثالية للوزن والنحافة والتي تكون بأغلبها موجهة للإناث أكثر من الذكور حيث يتم الترويج للجسد النحيل على أنه الجسد المثالي للأُنثى. ويمكن تفسير ذلك أيضاً بأن وسائل الإعلام والرفاق والأسرة جميعها مؤثرات يمكن إدراكها بشكل أكبر لدى الإناث مما هو عليه لدى الذكور ، جميع هذه المؤثرات وخاصة وسائل الإعلام تشجع الإناث على فقد الوزن والوصول إلى تلك المعايير الجسمية المثالية التي تقدمها تلك الوسائل.

مقترحات البحث:

خلصت الدراسة إلى التوصيات التالية:

- 1- إجراء المزيد من الدراسات حول فقدان الشهية العصبي وعلى فئات عمرية أخرى.
- 2- إجراء دراسات لتحديد العوامل التي يمكن أن تسهم في ظهور أعراض ومؤشرات فقدان الشهية العصبي بشكل خاص واضطرابات الأكل بشكل عام.
- 3- تقديم البرامج الإرشادية الوقائية التي تأخذ بعين الاعتبار العوامل التي يمكن أن تسهم في ظهور مؤشرات وأعراض فقدان الشهية العصبي.

المراجع:

قائمة المراجع العربية:

- أبو أسعد أحمد عبد الطيف، 2011- العملية الإرشادية. الطبعة الأولى، عمان، دار المسيرة، 1-361.
- بقبون سمير، 2007- الطب النفسي - طبعة العربية، عمان، دار الأثوري، 146-151.
- حمصي أنطون، 1991- أصول البحث في علم النفس. دمشق، مديرية الكتب الجامعية، 1-119.
- الحفني عبد السميع، 1999- موسوعة الطب النفسي. المجلد الثاني، الطبعة الأولى، القاهرة، مكتبة المدبولي، 1143-1147.
- الخاني محمد، 2006- المرشد إلى فحص المريض النفسي. بيروت، منشورات الحلبي الحقوقية، 1-81.
- الخطيب جمال ، 2006- إعداد الرسالة الجامعية وكتابتها. الطبعة الأولى، عمان ، دار الفكر، 9-200.
- الدسوقي مجدي ، 2006- فقدان الشهية العصبي. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، 44-76.
- الدسوقي مجدي ، 2007- اضطرابات الأكل. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، 9-581.
- راينكر هانس ، 2009 - علم النفس الإكلينيكي أشكال من الاضطرابات النفسية في من الرشد. ترجمة سامر جميل رضوان، الطبعة الأولى، العين، دار الكتاب الجامعي، 407-435.
- الرخاوي يحيى، عبد العظيم سعيد، 1999- المرشد في الطب النفسي. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 206-204.

- زايد فيد خليل، 2007- أساسيات منهجية البحث في العلوم الإنسانية. الطبعة الأولى، عمان، دار الفائق، 1-69.
- الزباد فيصل، 2000- الأمراض النفسية- الجسدية. الطبعة الأولى، بيروت، دار الفائق، 213-215.
- شفيق زينب، 2002- احذر اضطرابات الأكل. المجلد الثاني، الطبعة الأولى، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، 103-165.
- الشيخ علي أحمد سعد، 2005- العوامل المرتبطة باضطرابات الأكل لدى عينة من المراهقات في مدارس عمان الخاصة. رسالة دكتوراه، الجامعة الأردنية، كلية الدراسات العليا، 1-139.
- شيفر شارلز، ميلمان هوردي، 1996- مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. ترجمة نسيم داود ونزيه حدي، الطبعة الثانية، عمان، الجامعة الأردنية، 1-302.
- عادل فاخر، 2003- معجم العلوم النفسية، الطبعة الأولى، حلب، شعاع نشر والعلوم، 9-676.
- عبد الخالق أحمد، التيال مابسة، 1992- فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية. مجلة دراسات نفسية، يناير، 2، ج1، ص: 57-74.
- عبد الخالق أحمد، 1997- فقدان الشهية العصبي. الطبعة الأولى، الكويت، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، 19-169.
- عبد الرحمن محمد السيد، 1999- علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب- الأعراض-التشخيص-العلاج). الجزء الثاني، القاهرة، دار فباء، 225-257.
- عبد المعطي حسن، 2003- الأمراض السيكوسوماتية، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، 1-43.
- عبد الموجود سيد أبو زيد، 2001- اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية. مجلة علم النفس، العدد 59، ص: 156-163.

أ. د. محمد الشيخ حمود - أسيجة من ظافر

- فأخوري ربي عيسى، 2006- اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة لمدينة عمان وعلاقتها بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل الديموغرافية. رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، كلية الدراسات العليا، 1-102.

- فايد حسين، 2008- دراسات في السلوك والشخصية. الطبعة الأولى، القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر، 153-215.

- وغروست غوريس- 2004- دليلك إلى ترشافة سينتري. ترجمة أحمد رمو. الطبعة الأولى، دمشق، دار علاء الدين، 1-19.

- ويليس جيمس، ماركس جون، 1999- الطب النفسي المبسط. ترجمة طارق بن علي الحبيب، الرياض، النشر العلمي والمطابع، جامعة أمك سعود، 221-227.

- يوسف جمعة سيد، 2000- الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة، دار غريب، 100-109.

المراجع الأجنبية:

- 1- CASTRO, J. GILA, A., 2005- **Anorexia Nervosa in male adolescents, body image, eating attitudes and psychological traits.** *Journal of adolescent health*, (36) 3, 221-226.
- 2- COSTA, L.VASCONCELOS, F.PERES, K., 2010- **Influence of Biological, Social and Psychological Factors on Abnormal Eating Attitudes among Female University Students in Brazil.** *Journal of Health, Population & Nutrition*, (2) 28,173-181.
- 3- American Psychiatric Association, 2000- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. FOURTH EDITION.DSM-IV-TR,** Washington, DC, pp 589-590.
- 4-TIGGEMANN, M., 2001-**The Impact of adolescent girls' life concerns and leisure activities on body dissatisfaction, disordered eating ,and self-esteem.***The Journal of Genetic Psychology*, (2) 162, 133-134.
- 5-TOLGYES, T.N EMESSURY, J., 2004- **Epidemiological studies on adverse dieting behaviours and eating disorders among young people in Hungary.** *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 647-654.

الملاحق

ملحق رقم (1) ملحق بأسماء السادة المحكمين

| اسم المحكم | التخصص |
|------------------------|--|
| أ. د. سامر جميل رضوان | الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق |
| أ. د. امطانيوس ميخائيل | الأستاذ في قسم التقويم والقياس، كلية التربية، جامعة دمشق |
| د. كمال بلان | الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق. |
| د. ليلى الشريف | المدرسة في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق. |
| د. فهد سعود | المدرسة في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق. |
| د. رنا قوشحة | المدرسة في قسم التقويم والقياس، كلية التربية، جامعة دمشق |
| د. هيفاء بقاعي | المدرسة في قسم التقويم والقياس، كلية التربية، جامعة دمشق. |
| د. عزيزة رحمة | المدرسة في قسم التقويم والقياس، كلية التربية، جامعة دمشق. |
| د. ضحى عبود | المدرسة في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق |

ملحق رقم (2)

المقياس العربي لفقدان الشهية العصبي

(عداد الدكتور أحمد عبد الخالق)

| | بنود المقياس | | | | |
|-------|--------------|--------|-------|----|---|
| دائما | كثيرا | أحيانا | نادرا | لا | |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 شهييتي للطعام سيئة |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 يمكنني أن استمر فترة طويلة دون تناول طعام |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 3 أشعر بالخمول ونقص الحيوية |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 الطعام هو آخر شيء أفكر فيه |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 5 أكره الحديث عن الطعام |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 6 أساء من الأقران الذين يتناولون الطعام بكثرة |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 7 أحاول أن أكون أكثر تحافة من المحيطين بي |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 8 استخدم عقاقير لإنقاص وزني (حبوب للتخفيف) |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 أشعر بالمعادة عندما يقول الآخرون بأنني نحيف |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 10 أحاول إنقاص وزني حتى لو شعرت بالجوع |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 11 أشعر بقلق شديد عندما يزداد وزني |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 12 لئون بشرفي صاحب |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 13 أتابع كل ما يكتب عن التخفيف |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 14 أتقيا عن عمد حتى لا يزداد وزني |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 15 أشعر بالذئاب |

**Anorexia Nervosa And Its Relationship with Gender
Among the sample from Second year students in the
Faculty of Fine Arts, Damascuse university**

P.D. Mohamad Ashekh Hamoud
Ausima Maan Zafer

Abstract

This study aimed to identify the differences between males and females on anorexia nervosa scale, and identifying spread percentages of anorexia nervosa indexes among the sample.

The sample, which was randomly selected from second year students in the faculty of fine arts, consisted of (149) students, (85) females and (64) males.

The researcher applied anorexia nervosa scale prepared by Ahmad abdukhalek and Maesa Alnaeal (1992).

The study yielded the following results:

1. There are statistically significant differences between males and females on anorexia scale in favor of females.
2. The spread percentages of anorexia nervosa indexes among the sample is % 20.8.
- 3- The spread percentages of anorexia nervosa indexes among the sample of females is % 35.3, while the sample of males is %1.6.