

اضطرابات الأكل وعلاقته بصورة الجسم لدى المراهقين

د.سعدية كريم درويش

الجامعة المستنصرية / كلية التربية الاساسية

الفصل الاول

التعريف بالبحث

مشكلة البحث :

تعددت النعوت التي وصف بها هذا العصر الذي نعيش فيه فهو عصر الالة وعصر القلق وعصر الذرة وعصر الكمبيوتر وأخر هذه النعوت وليس أقلها دلالة هو عصر الاضطرابات النفسية ، ذلك أن الانسان المعاصر قد اخذ يظهر من مظاهر السلوك والتفكير ماله ان يكشف عن الخلل والاضطراب في حياته بقدر ماهو تعبير عن وطاة الحياة المعاصرة وصعوبة المساييرة مع متطلباتها (كمال ، 1987 : 98) .

فضلا عن ذلك الى الظروف الاجتماعية والتربوية والاقتصادية الصعبة الناجمة عن الوضع الذي تعرض له المجتمع العراقي الذي ادى الى زيادة عدد المشكلات النفسية والاجتماعية والتربوية لدى شريحة واسعة من ابناء المجتمع ومنها شريحة المراهقين وعلى الرغم من انه لا توجد إحصائيات دقيقة وواضحة عن هذه المشكلات المتعددة إلا ان بعض الدراسات المحلية أشارت الى شيوع بعض مظاهر اضطرابات الشخصية لدى المراهقين.

وتعد صورة الجسم (Body Image) من المفاهيم الحيوية التي نالت اهتمام الباحثين ، اذ عدت بعدا من ابعاد الذات (دوجان ، 2002 : 7) . واذا كانت هناك متغيرات متباينة سواء اكانت نفسية او بيئية خارجية تعوق قدرة الفرد على التواصل الفعال والتوافق السليم ، فان صورة الفرد السلبية عن جسمه او عدم رضاه عنها قد يكون احد هذه العوامل التي تعوق التوافق مع ذاته وبيئته المحيطة به في الوقت نفسه ، وقد

يكون هذا سببا في معاناته من اضطرابات سلوكية تعكس عدم اتزانه وسوء توافقه (كفافي، والنيال ، 1995 : 6) .

ومن المهم ان نذكر ان جميع المراهقين - ولا سيما الفتيات - في مرحلة ما قبل المراهقة والمراهقة - لديهن انشغال طبيعي باجسامهن . وتذكر واينر (Weiner) ان "ادراك الجسم يتغير مع بداية سنوات المراهقة وهو امر صحي . غير ان المراهقة التي تتصارع مع صورة جسمها تشغلها هذه الصورة قبل أي شيء اخر وتقلقها ، وبذلك تكون المراهقة صورة سلبية نحو جسمها" .

وركز الباحثون عموما على مكونين متعلقين بصورة الجسم السلبية ، الاول مكون ادراكي (Perceptual Component) ، ويشار اليه بحجم الدقة الادراكية ، ومكون ذاتي (Subjective Component) ، ويتضمن الاتجاهات نحو حجم الجسم او وزنه او اجزاء الجسم او المظهر الجسمي كله (Thompson, Penner & Altabe, 1990 : 44).

ومع تغير نمط الحياة الاقتصادية والاجتماعية للإنسان يتغير ويتبدل أسلوب حياته وكذلك طريقتة في التعبير عن معاناته جسديا ونفسيا .وفي السنوات الأخيرة كان هناك اهتمام ملحوظ ومتزايد بما يعرف باضطرابات الأكل وقد يكون هناك اتفاق بين الباحثين على أن اضطرابات الأكل قد أصبحت ذات معدلات انتشار كبيرة، وأن معدل تواتر ظهوره في تصاعد مستمر بلغ ذروته خلال العقدين الماضيين (عبد الموجود، ٢٠٠١: ١٥٧)

ويشير العلماء والباحثون في مجال علم النفس إلى أهمية التجارب الأولى في حياة المراهق الانفعالية وتأثيرها على سلوكه وشخصيته في المستقبل، فحين يتعرض المراهق لمواقف إحباط تصدر منه ردة فعل معينة ،قد تأخذ صورة اضطراب وتعد اضطرابات الاكل من اكثر الاضطرابات شيوعا في هذه المرحلة ،وقد تكون ناتجة عن التدليل الزائد ،او الحرمان (6: Mark,2010) .

كما ان المراهقين الذين لديهم تاريخ من الإساءة الجنسية أكثر احتمالا من أقرانهم من غير المتعرضين للإساءة الجنسية لان يخبروا الاكئاب والقلق والأفكار الانتحارية واضطرابات الأكل ،واستعمال المواد المخدرة والمشكلات المدرسية واضطراب في صورة الجسم اذ كانوا قد تعرضوا للإساءة في وقت مبكر من حياتهم .(Chandy & Blum, 1996: 20)

لذلك، وبناءً على ما تقدم، فإن مشكلة البحث الحالي تتحدد بنوعين من المشكلات، ألا وهما: المشكلة الأكاديمية، وهي تتعلق بطبيعة العلاقة بين المتغيرات المدروسة. والمشكلة الاجتماعية، وهذه تتعلق بالآثار السلبية لاضطرابات الأكل على المراهق وصحته النفسية والجسمية .

أهمية البحث:

تعد مرحلة المراهقة ذات أهمية بالغة في عمر الانسان اذ ينتقل فيها من مرحلة الطفولة الى مرحلة تتميز بتحولات شاملة في الجوانب الفسيولوجية والاجتماعية والمعرفية والنفسية مما تؤدي الى تكوين افكار ونوزاع ومشاعر جدلية مع جسده ونفسه من جهة ومع المجتمع من جهة أخرى مما قد ينتج عنه توتر في العلاقات مع الاخرين (يعقوب ، 1978 : 25) .

ولاينظر علم النفس الحديث الى مرحلة المراهقة الى أنها فترة من النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية تدل على الانحراف او العجز عن الملائمة بل يعد كل ما يحدث في هذه الفترة من اضطراب يرجع في اساسه الى ما يلاقه المراهق من مؤثرات بسبب العوامل الاحباطية .

فالمراهقة تربة قابلة لنشوء الاضطرابات نظرا لطبيعة النمو الشامل والتحويلات الممكنة وهذه الازمة تتوقف على كيفية تفاعل المراهق مع الظروف الخارجية فالبيئة الواعية التي تفهم حاجات المراهق وتحفره لمواجهة الحياة إنما تساعده على حل صراعاته وبناء شخصيته ، بعكس البيئة المريضة التي تعرقل عملية النمو وتضع المراهق في وضعيات صراعية لاتساعده على تحقيق النمو المتكامل والاستقرار (يعقوب، 1978: 29) .

ومن بين الاضطرابات التي تحدث في مرحلة المراهقة هي اضطرابات الأكل والتي تمثل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة في الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست بالجديدة، فقد كانت اضطرابات الأكل تصنف ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية، إلى أن صدر الدليل التشخيصي عام ١٩٨٧ ، ومن (DSM-III-R) والإحصائي الثالث المنقح للإضطرابات العقلية (DSM-IV) ثم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية عام ١٩٩٤ اذ وضعها منفصلة تحت عنوان اضطرابات الأكل (شقيير، 1997 : 78)

وتضمنت اضطرابات الأكل في ال (DSM-IV-TR, 2000) كل من الشره العصبي , فقدان الشهية العصبي واضطرابات أكل أخرى غير مصنفة (DSM-IV-TR,2000:263-266).

وتظهر بعض الأبحاث أن اضطراب الشره العصبي يصيب الإناث بنسبة ، تفوق الإصابة به عند الذكور، إذ وجد قيدواني (Gidwani, 2001) أن ٨٠ % من مرضى الشره العصبي إناث. كما أوضحت دراسة أجريت على عينة مكونة من ٢٠٠ امرأة في الولايات المتحدة الأمريكية أن امرأة من كل ثلاث نساء لديها بعض سلوكيات الشره العصبي وقد يعود سبب ارتفاع معدل إصابة الإناث باضطرابات الأكل عن الذكور، إلى كون النحافة مطلب أنثوي، حيث ترى كثير من النساء أن مصدر نجاحهن في الحصول على ما يرغبن مرتبط بتصورهن عن أجسامهن وكيف يتقبلها الآخرون، ولهذا فإن صورة الجسم تشغل مساحة كبيرة من اهتمام الإناث أكثر من الذكور فضلا عن ذلك إلى أن الأنثى تود أن تقدم نفسها بصورة مقبولة وجذابة لدى الذكر الذي سيختارها شريكة لحياته (الفايز, 2007: 3) . وقد فحصت دراسات أجنبية وأخرى عربية عدة، الارتباطات المتبادلة بين اضطرابات الأكل في جانب وبعض متغيرات الشخصية، والاضطرابات النفسية، والمتغيرات الاجتماعية من جانب آخر (الفايز, 2007: 3) .

لقد ساد الاعتقاد لمدة طويلة بأن اضطرابات الأكل ينحصر ظهورها لدى الأشخاص البيض في المجتمعات الغربية الصناعية، وأغفلت جماعات الأقليات والمجتمعات الأخرى، إلى أن ظهرت تقارير عديدة تشير إلى شيوع ظهورها في أنحاء متفرقة من العالم وبنفس خصائصها الإكلينيكية (الفايز, 2007: 3) .

وأشار هال وآخرون (Hall et. al.,1989) في دراسة أجريت على (56) مريضا بالنهام العصبي، و(16) مريضا بالقهم العصبي موازنة بعينة أخرى عددها (86) من المصابين باضطرابات الوجدان، وجد أن حوالي (50 %) من مرضى النهام والقهم لديهم تاريخ للإساءة الجنسية أثناء مرحلة الطفولة مقارنة (28 %) من مرضى الاضطرابات الوجدانية (Hall et.al.,1989:70-79) .

وتشير ناصر (2002) إلى أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مقاييس العصابية تزداد لديهم احتمالية الحصول فيما بعد على تشخيص الاضطراب الاكتئابي الأكبر. كما أن ضعف السيطرة على النزعات والبواعث والاهتمام المفرط في

الأداء الوظيفي الجسدي هي أيضاً ضمن المميزات المصاحبة للعصابية. والأشخاص مرتفعي العصابية يمكن أن يكونوا مستعدين للإصابة باضطرابات الأكل (ناصر، 2002: 7) وقد أشارت دراسة (Cary & Monoll, 2004) الى ان ضعف الرضا عن صورة الجسم وتدني تقبلها قد تؤدي إلى حدوث (اضطراب صورة الجسم) ، وغالبا ما يؤدي هذا الاضطراب إلى سيطرة القلق المستمر والاضطرابات الانفعالية ، والتي بدورها تؤدي إلى أحداث مشكلات اخرى لدى المراهقات مما يولد حالة من الصراع النفسي ، ومن ثم ظهور قسم من الاعراض التي تصيب اجهزة الجسم ووظائفه مثل الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي والتي لا يجدي فيها العلاج الطبي وحده ، بل تحتاج الى علاج طبي نفسي ، والذي ينظر فيه الفرد من حيث المرض والبيئة الاجتماعية والجانب النفسي والعضوي ، وعلى الرغم من ان بعض الادبيات تشير الى ان القلق حول صور اجسامنا والقلق بخصوص مظهرنا الخاص يعد امرا عاديا تماما ومفهوم أي له ما يبرره ، بل ان البعض يشير الى انه قلق مفيد ، الا ان تطرف هذا القلق نحو صور اجسامنا وحيدته عن المعدل الطبيعي تكمن فيه الخطورة وحينها يتحول الى اضطراب يعرف ب (اضطراب او تشوه صورة الجسم).

ففي مرحلة المراهقة تترسخ صورة الجسم اكثر ما يكون ، وان أي انحراف عن المعدل الطبيعي كزيادة الوزن على سبيل المثال قد يكون مصدرا للتوتر في ادراك الفرد لصورة جسمه والفتيات في مرحلة المراهقة اكثر تعرضاً لهذه الحالات والاضطرابات النفسية . (الصواف والجلبي ، 2001 : 80-95) .

وتذكر واكنس كارول (Waklins Carol) ، انه ما بين (30-40%) من المراهقات يشعرن بضعف الرضا عن اجسامهن وان هؤلاء المراهقات اللواتي يكن غير راضيات عن ابدانهن او شكلهن تكون لديهن اعراض خطيرة ، فقد يتوقفن عن الدراسة او يرفضن مغادرة منازلهن وفي حالات قليلة من نوعها وهي حالات خطيرة قد يفكرن في الانتحار (2004:1-4). ([http:// www.bio-behavioral.com/BDD.html](http://www.bio-behavioral.com/BDD.html)) .

وإذا كانت صورة الجسم من السمات التي يتأثر فيها الفرد بالثقافة التي يعيش فيها، لذا فإننا من الصعب أن نعتمد على الدراسات الغربية فقط في هذا الصدد لتعميم نتائج تلك الدراسات على مجتمعاتنا، ذلك أن العادات والتقاليد التي تحكم مجتمعاتنا الشرقية تختلف عما هو شائع بالغرب. ومن بين الدراسات التي اهتمت بدراسة صورة الجسم في

المجتمعات العربية دراسة إبراهيم و النيال (1994) التي ركزت على التعرف على صورة الجسم لدى الإناث في المجتمع القطري، وكشفت النتائج أن الأنثى القطرية تعد النحافة و الرشاقة هي من معايير الجمال والجاذبية وتقبل الآخرين لها، بل أن بعضهن يتصورن أن النحافة الشديدة هي مظهر من مظاهر المرأة العصرية. وفي نفس الإطار اهتمت دراسة كفاقي و النيال (1995) بالمقارنة بين المراهقات المصريات و المراهقات القطريات في صورة الجسم واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين 14-22 عاماً، وقد كشفت نتائج الدراسة عن أن كل من العينتين تهتمان بصورتهم الجسمية. وهكذا يبدو أن هناك تقارب بين الثقافتين العربية والغربية في رؤية الإناث لصورة الجسم بالرغم من اختلاف الثقافات، ولعل مرجع ذلك كون العالم أصبح قرية كونية واحدة بسبب انتشار الأقمار الصناعية والأطباق الفضائية التي أصبحت تقرب بين هذه الثقافات وتزيل الحواجز بين ثقافات المجتمعات. (كفاقي, 1995: 67)

ويؤكد جمس روزن (Jams Rosen) "ان الكثير من النساء والفتيات قد شوهن ادراكهن حول الكيفية التي تبدو عليها اجسامهن ، وان هذا الادراك المشوه قد يقودهن الى التوتر ، وان النساء اكثر استياءً من اجسامهن مقارنة بالرجال ، لذا فان اسرع اختصاصي طبي متنامي هو الجراحة التجميلية وان اكثر يجريها النساء (Rosen, 2002: 2) ويمكن تحديد اهمية البحث الحالي بما ياتي :-

1. على حد علم الباحثة - ندرة الدراسات (لهذه المشكلة) مما يعطي للبحث الحالي أهمية خاصة.

2. تزداد اهمية البحث الحالي من اهمية دراسة شريحة في مرحلة المراهقة ، والتي تتميز بكونها مرحلة ذات حاجة كبيرة الى الرعاية والاهتمام كونها مرحلة انتقالية من الطفولة الى المراهقة وهي مرحلة تغيرات نفسية وجسمية واجتماعية متسارعة .

أهداف البحث :

يستهدف البحث الحالي :-

1. تعرف اضطرابات الاكل لدى المراهقين .
2. تعرف صورة الجسم لدى المراهقين .
3. تعرف العلاقة بين اضطرابات الاكل وصورة الجسم لدى المراهقين .

حدود البحث :-

يتحدد البحث الحالي بدراسة اضطرابات الأكل وصورة الجسم لدى المراهقين من الصف الثاني في المدارس المتوسطة التابعة لمديريات تربية الكرخ الثالثة الدراسة الصباحية فقط في مدينة بغداد للعام الدراسي 2012-2013.

تحديد المصطلحات :-

قامت الباحثة بتحديد المصطلحات الآتية :-

أولاً :- اضطرابات الأكل

وعرفت بعدة تعريفات منها تعريف :-

• مصطفى (2001)

"هي عبارة عن اضطراب غذائي ذو مظاهر متنوعة تشمل رفض الطعام أو الإفراط الطارئ في الطعام لوجود كميات كبيرة من الطعام مع وجود عناية فائقة في الطعام وانعدام الأمراض العضوية، وقد تكون اضطرابات الأكل مصحوبة باجترار الطعام (الترجيع المتكرر للطعام من المعدة مع عدم ميل للقيء أو مرض معدي أو معوي)" (مصطفى، 2001: 37)

• عبيد (2011)

" بأنها اختلال في سلوك تناول الطعام، وعدم الانتظام في تناول الوجبات، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام، والتكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، وقد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد. ويعرف أيضاً اضطراب الأكل بأنه حالة خطيرة تتضمن إجهاد الفرد عن تناول الطعام أو رفضه، مما يؤدي إلى نقص وزنه، وقلة حيويته، وربما وفاته إذا لم يعالج" (عبيد، 2009: 1-2).

وتعرف الباحثة اضطرابات الأكل تعريفاً نظرياً بأنها :-

اضطرابات في الوزن مصحوب باختلال في صورة الجسم، إذ يبقي المريض خائفاً من زيادة وزنه، ويؤدي اختلالاً واضحاً في إدراكه لصورة وحجم الجسم وتشمل :-

1. الشره العصبي (Bulimia Nervosa) يتسم هذا الاضطراب بنوبات من الأكل الصاخب (binge eating) والتقيؤ المثار ذاتياً، وغالباً ما تصاحبه زيادة في الوزن، ويتسم هذا الاضطراب بمحاولة مستميتة لمنع زيادة الوزن وما يلزمه من اضطرابات نفسية.

2. فقدان الشهية العصبي (anorexia nervosa) وهو الامتناع عن الطعام والشراب على الرغم من الجوع والهزال ومن مواصفاته الأساسية النحول ، الاكتئاب. اما التعريف الاجرائي فانه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب من خلال اجابته على فقرات المقياس .

ثانيا :- صورة الجسم

وعرفت بعدة تعريفات منها تعريف :-

• سكورد وجيرارد (Secord & Jourard, 1953) :

"درجة شعور الفرد بالرضا عن اجزاء جسمه او ضعف الرضا عن اجزاء جسمه ووظائف تلك الاجزاء " (Wylie, 1974 : 236) .

• جوتسمان وكالدول (Gottesman & Caldwell, 1966) :

عبارة عن خبرة شخصية نفسية قابلة للتعديل والتطور من خلال ما يتعرض له الفرد من خبرات ، ومدى ادراكه لجسمه وحساسيته نحوه (Gottesman & Caldwell, 1966 : 20) .

• ابو حطب وفهمي (1984) :

"الافكار والتصورات التي يكونها الفرد عن جسمه في اوضاعه المختلفة وتتكون هذه الصورة لدى الفرد من خصائصه الجسمية صفاته الداخلية فضلا عن ذلك ما يطرا على الجسم من تغيرات عند تعرضه لخبرات انفعالية واجتماعية ، وتتاثر باوهام الفرد عن جسمه وافكاره " (ابو حطب وفهمي ، 1984 : 22) .

• لايتستون (Lightstone, 1999) :

"صورة عقلية يكونها الفرد عن جسمه متضمنة افكاره ومشاعره واحاسيسه واحكامه وادراكه وسلوكه ، تتطور بتفاعل الفرد مع الاخرين والبيئة المحيطة " (Lightstone, 1999 : 4)

• نوثان (Nathan, 2001) :

"الصورة العقلية التي يملكها الفرد حول مظهره ، انها ادراكه وفهمه حول كيفية ظهور جسمه له وللآخرين " (Nathan , 2001 : 1) .

• دوجان (2002)

"الصورة الذهنية التي يكونها الفرد عن خصائص جسمه المادية يدركها ويشعر بها وتعبّر عن اتجاهاته وتعبّر عن هذه الخصائص ككل أو كاجزاء بالرضا عنها أو الانزعاج منها " (دوجان ، 2002 : 93) .

وعرفت الباحثة صورة الجسم بانها التقدير الكلي الذي يقرره الفرد عن مظهره وقدراته والمشاعر والمعتقدات التي يكونها الفرد عن نفسه أو الكيفية التي يدرك بها الفرد نفسه.

اما التعريف الاجرائي فانه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المراهق على مقياس صورة الجسم .

ثالثا :- المراهقة

وعرفت بتعريفات عدة منها :-

• المراهقة لغة :

"رهبق بمعنى تبع فلان فلاناً، أي تبعه فقارب ان يلحقه.ويقال طلبت فلاناً حتى رهفته اي دنوت منه. وقولهم غلام مراهق اي مقارب للحلم, وراهق الحلم اي قاربه , وراهق الغلام فهو مراهق إذا قارب الاحتلام (ابن زكريا , 1979 : 451) .

• هانكس (Hanks,1974)

"انها الفترة الانتقالية بين البلوغ ومرحلة الرشد(53: Hanks,1974)

• محمود (1981)

"المدة التي تلي الطفولة وتقع بين البلوغ الجنسي وسن الرشد وفيها يعتري الفرد فتى او فتاة تغيرات أساسية واضطرابات شديدة في جميع جوانب نموه الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي"(محمود ,1981: 15)

• زيدان (1982)

" هي مرحلة العمر التي تتوسط الطفولة واكتمال الرجولة او الأنوثة بمعنى النمو الجنسي وتحسب بدايتها عادة ببداية البلوغ الجنسي " (زيدان , 1982: 124)

• اسماعيل (1985)

" المرحلة العمرية التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي بالرشد واكتمال النضج وتتخلل المراهقة عمليات بيولوجية وعضوية هذا الى جانب المظاهر النفسية والاجتماعية " (اسماعيل 1985, 146)

• سيركس وآخرون (1988)

"المدة التي تمتد من سن 12 سنة الى سن 18 سنة والتي ينتاب فيها المراهق /المراهقة تغيرات سريعة ومفاجئة في جوانب حياتهم المختلفة الجسمية والنفسية والاجتماعية والعقلية والأسرية " (Davidson, 1998:45)

• فجل ولونك (Vigil &Long, 1990)

" وهي مدة انتقالية من النمو تعد جسراً بين الطفولة وسن الرشد وتمثلُ العقدَ الثانيَ عموماً من الحياة. (Vigil &Long, 1990:34) وقد تبنت الباحثة تعريف سيركس وآخرون للمراهقة .

الفصل الثاني

اطار النظري والدراسات السابقة

اطار النظري

لمحة عن اضطرابات الأكل

اضطراب الشره المرضي او الضور Bulimia او بوليميا ، هو اضطراب من الاضطرابات النفسية ذات العلاقة بالأكل، وتبدو اضطرابات الأكل ظاهرياً على انها مشكلات مرتبطة بمدى الإفراط في تناول الطعام او في الإمتناع عن تناوله، ولكن الأمر ليس كما يبدو في الظاهر، بل ان لهذه الاضطرابات ابعاد نفسية وبدنية عميقة تتجاوز المظاهر البادية للعيان، تخفي تحتها معاناة نفسية من اضطرابات مركبة تفضي الى انماط سلوكية مرتبطة بتناول الطعام . لإضطرابات الأكل خصائص مشتركة، تتمثل في ان جميعها تتمركز حول مشكلة الوزن والبدانة والمظهر الخارجي وقوام الجسم ، وتشارك جميعها في سلوك التحكم بتناول الطعام للتحكم بالأثار النفسية الناجمة عن الخوف والقلق والغضب والضغط النفسي المرافقة لهذه الاضطرابات، وكذلك تشترك في عدد من الأعراض البدنية والنفسية والعقلية والسلوكية، ومن اهم الاضطرابات النفسية المرتبطة

بالأكل، الى جانب اضطراب الشره المرضي، هو اضطراب الخلفة او السيطرة على الشهية Anorexia انوريكسيا ، واضطراب البدانة Obesity ، واضطراب الشعور بالقبح Body Dysmorphic Disorder ، واضطراب الأكل القهري Compulsive Overeating (الشمري، 2011: 1-2)

ولعل في مجتمعاتنا التي ما تزال فيها بقيةً (متناقضةً مع الأسف) من الفطرة السليمة ما يمثل الحماية للكثيرين من الدخول في متاهات عدم الرضا عن صورة الجسد ومتاهات الحمية خاصةً في فئة زائدي الوزن ، أي ما قبل البدانة ، إلا أن من يعانون من مشكلة البدانة يقف منهم الكثيرون على أعتاب اضطرابات الأكل ، ومنهم كثيرون لا يعرفون أنهم مرضى !

لكنّ هذا الرأي لا يمثل أكثر من افتراضٍ لا تدعمه الدراسة ، وربما انطبق على الكبار في مجتمعاتنا أكثر من انطباقه على الشباب والمراهقين والأطفال ، فهذه الشرائح من مجتمعاتنا العربية ما تزال تبتعد من دون أن تدري عن المفاهيم الإسلامية للأكل ، وتقرب مغماةً من الوهم الغربي الذي يقول بأن بإمكاننا تطويع أجسادنا للصورة التي صنعناها وصدقناها للجسد المثالي

النظريات التي فسرت اضطرابات الاكل

نظرية الأنظمة العائلية

والتي تؤكد أن الديناميات الأساسية المسؤولة عن هذه الاضطرابات ترجع إلى الأسرة والعلاقات داخلها، وأكدت أيضاً أن أسرة ذوي اضطرابات الأكل تتسم بأنها أكثر سيطرة وتحكماً ولا تناقش المشكلات الخاصة بالأبناء وخصوصاً الإناث .

أيضاً من الأسباب لاضطرابات الأكل أسلوب التعامل مع الوالدين والعلاقة بينهما، كذلك التأثيرات الاجتماعية واختلال العلاقة الأسرية، والإدراك المشوه للجسم، وتؤكد الدراسات أن الإناث ذوات الإعاقة السمعية تتأثر بهذه الأمور وذلك بسبب افتقارهن للتواصل مع المجتمع المحيط بهن لنظرة المجتمع لهن .

كما تشير الدراسات السيكولوجية إلى أن الإناث ذوات فقدان الشهية العصبي يعانون من اضطرابات أسرية شديدة، فضلاً عن سوء العلاقة مع الأبوين، وارتفاع معدلات القلق لدى الأمهات وزيادة الاكتئاب لدى الآباء إلى جانب صرامة الأنماط السلوكية من قبل الوالدين وجمودها .

وينظر في كثير من الأحيان إلى الأسر التي يعاني احد أفرادها من اضطرابات ما في الأكل على أنها أسرة مريضة، قد يعاني أفرادها من التصلب، وضعف الحب المتبادل أو الحماية الزائدة من قبل الوالدين للأبناء .

في ضوء ما سبق يتضح أن المناخ الأسري يلعب دوراً مهماً في اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي)، بل قد يعد هذا الاضطراب مؤشراً على مرض الأسرة واختلال العلاقات الأسرية فيها، وأكد الباحثون أن الأسرة كنسق اجتماعي يتألف من أعضاء يحدث بينهم تبادل دينامي فيما بينهم، فان حدوث أي ضرر لفرد ما يترتب عليه تأثيرات مباشرة أو غير مباشرة على جميع أفراد الأسرة، فضلاً عن ذلك ان الحالة المدركة لهذا الطفل لن تؤثر فقط على الأم والأب والأبناء ولكن ردود أفعال كل فرد من هؤلاء سوف يؤثر بالتبعية على الآخرين .

وأكدت الكثير من الدراسات على أن اضطرابات الأكل لدى الأبناء في مرحلة المراهقة سواء فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي ترتبط ارتباطاً قوياً بالمناخ الأسري السائد في أسرهم، وبالعلاقات الأسرية والتواصل مع أفراد الأسرة وأساليب المعاملة والصراعات الأسرية .

وتوصلت الدراسات إلى ما يأتي حول اضطرابات الأكل

1. اضطرابات الأكل من الاضطرابات الشائعة، وقد زاد انتشارها حيث أن عدد من يعانون منه قد تضاعف تسع مرات عما كان عليه في السابق .
2. اضطرابات الأكل يشيع انتشارها في سن المراهقة وبداية الرشد والعشرينيات .
3. يكثر انتشار اضطرابات الأكل لدى فئة النساء العاملات والمتزوجات، ولدى فئات الطلاب وخاصة طلاب الجامعة، كما ينتشر لدى الرياضيين وخاصة في الرياضة التي تعتمد على شكل الجسم والوزن والعضلات .
4. بدأ الاهتمام يتزايد بدراسة معدلات انتشار أنواع غير تقليدية لاضطرابات الأكل مثل اضطرابات الأكل الفوضوي والاضطرابات غير المصنفة الأخرى(عبيد، 2011: 4-5)

نظرية ماسلو

على وفق نظرية الدافعية التي وضعها ماسلو فان هناك عدداً من الحاجات التي يولد الشخص مزودا بها بشكل فطري والتي تعد محركات لسلوكه ، وهذه الحاجات الغريزية هي في العادة موروثه ، أما السلوك الذي يتبناه الشخص لإشباعها فهو متعلم أو

مكتسب من بيئته ويتأثر بعوامل مختلفة ، وعلى هذا الأساس فقد وضع ماسلو الحاجات الانسانية الأساسية على شكل بناء هرمي يستند في قاعدته إلى الحاجات الفسيولوجية صعوداً إلى حاجات الأمن والسلامة ، وحاجات الانتماء والحب ، و الحاجة إلى الاحترام والتقدير ، والحاجة إلى تحقيق الذات التي هي قمة الهرم ، ثم أضاف في وقت لاحق إلى سلم الحاجات حاجتين هما : الحاجات المعرفية والحاجات الجمالية (جورارد ، 1988 : 17) ، أما عن أسلوب الإشباع لهذه الحاجات فيجب أولاً إشباع الحاجات الفسيولوجية ثم الانتقال إلى إشباع الحاجات الأعلى فالأنا الأعلى ، أي لا يمكن إشباع الحاجة الأعلى الا بعد إشباع الحاجة الأدنى وهكذا صعوداً إلى قمة الهرم وأعتقد ماسلو بأن حالات الشذوذ في الاكل تنتج عن أحباط الحاجة الأساسية ، وحتى التطور الخطأ ناتج بصورة عامة من إعاقة الحاجات الأساسية . وإن أحباط الحاجة هو عامل رئيس في ظهور اضطرابات الاكل وسبباً أساسياً لحالات الشذوذ في كل الحياة (صالح ، 1987 : 135) .

المدرسة السلوكية

تعدّ هذه المدرسة التعلم هو المحور الرئيس ، وأن السلوك المرضي يمكن إكتسابه ويمكن التخلص منه كما هو الحال في السلوك العادي. فالعملية الرئيسية في كلتي الحالتين ، هي عملية تعلم ، إذ تتكون الارتباطات بين مثيرات وإستجابات (الزبيدي والهزاع ، 1997 : 179) . ويرى السلوكيون بأن اضطرابات الاكل إنما هو سلوك متعلم (Learned Behavior) ، ومع مرور الزمن تتحول العادات السلوكية الى التزامات يتمسك بها الفرد بوصفها أنماطاً مرضية منذ الطفولة . ويكون تعلم الأعراض التي تظهر في سلوك العصابي من البيئة ، ومن مراحل نموه ، ولاسيما مرحلة الطفولة وبهذا فإن المنحى السلوكي ينظر الى اضطرابات الاكل بأنها عادات غير توافقية. (كاشدان ، 1977 : 59) .

ويرى السلوكيون أن اضطرابات الاكل نتيجة لإضطراب في عملية التدريب في الصغر ، مما يعطي الدماغ حالة مزمنة من الإضطراب الوظيفي في العمل . ويضع السلوكيون قاعدة الخطأ في التفاعلات الشرطية التي تسبب اضطرابات الاكل في القشرة الدماغية (كمال ، 1983 : 136-137).

ويرى السلوكيون أن اضطرابات الأكل ما هي إلا عادات خاطئة تكونت تدريجياً من سلاسل معينة من الأفعال المنعكسة الشرطية وأنه لعلاج هذه العادات الشاذة يجب إطفاء هذه الأفعال الشرطية المرضية وتكوين أفعال شرطية جديدة تحل محل العادات الخاطئة (الهابط ، 1985 : 112) .

وقد تبنت الباحثة النظرية السلوكية في تفسيرها لاضطرابات الأكل والتي تعد اطاراً مرجعياً في تفسير النتائج .

لمحة عن صورة الجسم

ليس من السهل تتبع التطور التاريخي لمصطلح صورة الجسم لان استعمالاته موجودة في معارف عدة وتخصصات متنوعة فقد كانت البدايات الاولى لدراسة مفهوم صورة الجسم قد ارتبطت بالرويا الفلسفية اذ اشار اليه ارسطو (Aristotle) صورة الجسم وملامح الوجه ترتبط بوظيفة الشخصية ، كما اكدت الرؤيا الادبية لها على ما لصورة الجسم من ارتباط وثيق بالشخصية ويتضح ذلك فيما عبر عنه شكسبير (Shakespeare) في احدى مسرحياته في وصفه لشخصية قيصر (Caesar) من ان ملامحه تعبر عن مدى خطورته ودهائه (الكفافي والنيال ، 1995 : 8) .

اما عن الرؤية النفسية فان مراجعة التراث السيكولوجي في هذا المجال تشير الى ان البداية كانت على يد اختصاصي الاعصاب والطبيب النفسي بونير (Bonnier) المساهم الاول في دراسة صورة الجسم ، والذي شرع بدراسة اتجاهات الفرد نحو جسمه قبل مطلع عام (1900) ثم جاء بيك (Pick) الذي درس اضطراب الاتجاه نحو سطح الجسم والاطراف ،وقد مهدت هذه الدراسة الاولى لدراسة صورة الجسم ، اما هنري هيد (Henry Head) وهو اختصاصي الاعصاب البريطاني الذي نشر افكاره عن صورة الجسم في قرابة (1920) ويعد اول من بلور بشكل ملائم النظرية المتعلقة بصورة الجسم، واستنتج من ملاحظاته ان كل فرد يبني تدريجاً صورةً او انموذجاً عن ذاته وجسمه ،وانه من دون هذا الانموذج لن يتمكن من ان ينتقل من وضعية لآخرى بصورة منسقة . (Fisher, 1986 : 3-6) .

وقام ستافيري (Staffieri,1976) ببحوث ودراسات عدة لدراسة صورة الجسم ومعرفة تأثيرها على الفرد وتوصل من خلال نتائج بحوثه الى ان صورة الجسم لها تأثير

بالغ على تفاعل الفرد الاجتماعي ، ويؤثر نتاج هذا التفاعل على نمو وتطور الشخصية ويتضح ذلك من خلال محاولة الافراد الذين يدركون انفسهم على سبيل المثال بانهم ذو قامة قصيرة او ذوات السمنة المفرطة خوفا مما قد يصدره الاخرون عليهم من احكام سلبية . لذا غالبا ما نجدهم بانهم أكثر انطواء وانزواءً وعزلةً ، وأكثر ما يحير سلوكهم هو الخجل والتوتر (Staffieri, 1976 : 154) .

والمتتبع للتطور التاريخي لهذا المفهوم يجد ان هناك باحثين اخرين اكدوا على الجانب العقلي والبيئة الاجتماعية في بنائها وما ينعكس على المشاعر والادراكات والسلوك .

وفي ذلك يذكر لايتستون (Lightston, 1999) ان هذه الصورة هي صورة عقلية يكونها الفرد عن جسمه وتتضمن هذه الصورة افكاره ومشاعره واحاسيسه واحكامه وادراكاته ، وسلوكه ، وتتطور بتفاعل الفرد مع الاخرين والبيئة الاجتماعية المحيطة (Lightston, 1999:4) .

نظريات تناولت صورة الجسم

محاولة آرنست كرتشمير Kretschmer

فقد كان " كرتشمير " أول من استخدم القياس الدقيق في تقدير الصفات الجسمية واعتمد على أدوات من قبيل الكاميرا والمسطرة والفرجار في القياس والتسجيل، وانتهى كريتشمير إلى تصنيف الصفات الجسمية بناء على قائمة صفات لكل أجزاء الجسم وبعد فحصه لعدد كبير من الأفراد قال بإمكانية تصنيف الجسم إلى أربعة أنماط ثلاثة منها رئيسة والنمط الرابع مختلط.

النمط الواهن:

ويتميز صاحب هذا النمط بالطول والضعف العام، كما يتميز بنقص في سمك أجزاء الجسم الذي يبدو بسبب النحافة أطول من المتوسط، كما يتميز صاحب هذا الطراز بالأذرع النحيلة والصدر الطويل الضيق.

النمط الرياضي:

يتميز صاحبه بالبنيان القوي وبنمو الأجهزة العظمية والعضلية والأكتاف العريضة والجذع الذي يضيق كلما اتجه إلى الوسط.

النمط البدني:

يتميز بالبدانة وزيادة محيط الصدر والبطن ، ويتركز الدهن حول الجذع والوجه الناعم العريض والرقبة الصغيرة والبطن البارزة، التي تتسع كلما اتجهنا إلى الأسفل.

النمط المختلط:

وهو الجسم الذي لا يمكن تصنيفه في أحد الأنماط الثلاثة السابقة، لإختلافه عنها واتصافه بصفات تنتمي إليها جميعا (كفافي، 1987: 87)

نظرية أدلر

بدأ أدلر Adler عمله التنظيري بالتركيز على الشعور بالنقص الناتج من نقص عضوي Organic Inferiority (Kaplen,1995,P.498) (Goldman,1995,P.8) ،الذي عانى به نقص يصيب احد أعضاء الجسم من خلال ضعف اكتمال نموه أو توقفه أو ضعف كفايته التشريحية أو الوظيفية أو عجزه عن العمل بعد الولادة ، فهناك من يولد ولديه عوق أو عاهة في احد أعضائه الظاهرة ، وهناك من يولد ولديه ضعف أو خلل في احد أعضائه الداخلية ، وهناك من يولد ولديه عيوب في النطق أو السمع أو في قوة الإبصار ، وهناك من هو هزيل وضعيف البنية ، وهناك من لديه إستعداد كبير للمرض (Boeree,1997, P.6)، وان وجود مثل هذه الأعضاء القاصرة وهذه العيوب الخلقية تؤثر في الحياة النفسية للفرد وفي صورته عن جسمه وادركه لها لأنه يحقره في نفسه ويشعره بضعف كفايته ، لكنه من ناحية أخرى يلهب فيه الجهاد لتأكيد شخصيته ويحفزه على الكفاح من اجل التغلب على نقصه من خلال عملية التعويض Compensation ، وقد استند أدلر في ذلك إلى ما يحصل في العالم العضوي ، إذ ان أعضاء الجسم الأساسية تزيد في النمو أو تحسن أداء وظيفتها إذا أصيب جزء منها أو جانب من الأعضاء الأخرى التي تتصل بها ، فحين تصاب إحدى الرئتين أو إحدى الكليتين وتتعطل عن العمل ، تقوم الأخرى بعمل الاثنتين إلى غير ذلك من الحالات التي يظهر فيها تعويض بعض أجهزة الجسم عن ضعف بعضها الآخر تعويضاً واضحاً يبقي على حياة الكائن الحي ويزيد قدرته على العمل والكفاح ، وهكذا تعمل النفس جاهدة تحت ضغط الشعور بالنقص أو بتأثير العذاب الذي يقاسيه المرء من فكرته عن ضعفه ، للتغلب على هذا الشعور بالنقص والضعف والانتصار عليه (رمزي ، 1981 : 71 ، 91) .

فمنذ اللحظة الأولى التي ينفصل فيها الفرد عن جسد أمه تبدأ أعضاء جسمه كلها بما فيها الأعضاء التي فيها قصور أو عيب ما جهادها ضد العالم الخارجي ، وهو جهاد اشد وأقسى مما تقوم به الأعضاء السوية إذ تدفع بالفرد إلى تكوين الكثير من الوظائف الجديدة وأشكال النشاط العالية حتى تصبح هذه الأعضاء ينبوعاً لا ينضب من العناصر التي يستطيع الفرد ان يعمل على تحسينها والاستفادة منها لكي يوافق بينها وبين ظروف الحياة ، فإذا بلغ في ذلك غاية كبيرة من النجاح ، فذلك يعود لمهارته في ترويض هذه الأعضاء من جهة، ولقدرة هذه الأعضاء نفسها على التغير والتحول ولطاقاتها الكبيرة التي تدفعها إلى النماء ، فضلاً عن ما يؤدي إليه الانتباه والتركيز الداخلي من تقدم كبير في العقدة العصبية النفسية التي تتصل بتلك الأعضاء ، وقد بين أدلر ان إصابة احد الأعضاء بالقصور تلزم المسالك العصبية التي تتصل به كما تلزم الكيان النفسي ببذل جهود كبيرة من طبيعتها ان تؤدي إلى تعويض تقوم به النفس في الحالات التي يكون فيها التعويض ممكناً (رمزي ، 1981 : 72) .

وقد ذكر صالح 1987 ان أدلر قد بين ان الفرد الذي يمتلك عضواً قاصراً أو ضعيفاً يعوض ضعفه هذا من خلال بذل جهود خاصة لتقوية ذلك العضو أو لتطوير أعضاء أخرى ، وان الذي يؤدي إلى بذل الجهود والكفاح ليس هو عجز العضو أو ضعفه بحد ذاته ، بل اتجاه الفرد نحو ذلك العجز و الضعف ، وقد إستعمل أدلر مصطلح الاتجاه Attitude على انه نزعه أو ميل متعلم بالاستجابة للأشياء والمواقف بشكل ثابت وبطريقة مقبولة أو غير مقبولة ، والمثال التقليدي الذي قدمه على هذه الحالة هو ديموستين Demosthenes الذي كان يعاني في طفولته من عيوب في النطق ، وعندما بذل جهوداً كبيرة للتغلب على هذه العيوب أصبح خطيب اليونان المشهور ، وقد أراد أدلر ان يؤكد بفكرته الرئيسة هذه ان العضو الجسمي الذي فيه قصوراً أو ضعفاً يؤثر في نمو الشخصية وتطورها لان اتجاه الفرد نحوه يجعله يكافح ويبذل جهوداً كبيرة ليعوض هذا النقص أو الضعف (صالح ، 1987 ، 95) .

النظرية البيولوجية

تتحد معالم الجسم بشكل كبير بالعوامل البيولوجية والوراثية ، وبالتالي قد تلعب الخصائص البيولوجية والوراثية دوراً مهماً في نمو صورة الجسم، كما أن بعض

الإضطرابات العصبية أو الخصائص البيولوجية يمكن أن تؤثر علي طريقة إدراك الأفراد لأجسامهم مثل الطول وصفات الجلد أو البشرة، وحجم الصدر، وتقاطع الوجه والبشرة. وفي مرحلة المراهقة تحدث العديد من التغيرات الجسمية السريعة وتجعل النساء مدركات لمظهرهن وغير آمانات وقلقات بشأن أجسامهن. فالبلوغ والسّمات الأخرى من النضوج الجسمي في المراهقة تزيد مشاعر الإرتباك والرّهبة، وهذه التغيرات البيولوجية تجعل الأمر صعباً على نمو الأنثى بالذات، لتوجه كيف تتعامل مع جسمها في مجتمع جسم الأنثى فيه يخضع لمعايير يحددها المجتمع للجسم المقبول.

لذا المحدد البيولوجي لحجم وشكل الجسم يمكن أن يؤثر على إدراك الفرد لجسمه، كما يؤثر على العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤدي فعلاً الى صورة الجسم السلبية، فمظهر الشخص محدد بالوراثة والبيئة، فالطريقة التي يبدو بها الجسم تقرر بشكل رئيس بالجينات الموروثة من الآباء و الأجداد (العزاوي، 2005: 35)

نظرية اريكسون Erikson:

يعد اريكسون Erikson أحد المحللين النفسيين ممن إهتم بالانا Ego وركز على نموها ووظائفها، وقد كان اقل إهتماماً بما اسماه فرويد بالهو Id والانا الأعلى Super ego، فالانا في نظره تستحق كل الاهتمام فيما يخص تطور الفرد على الرغم من تأكيده أثر العوامل البيئية والاجتماعية في هذا التطور، ذلك لان أي ظاهرة نفسية لايمكن فهمها إلا من خلال التفاعل المتبادل بين هذه العوامل (Hjelle&Ziegler,1976,P. 113)، كما أكد اريكسون اثر العوامل والقوى الاجتماعية والحضارية بدلا من تأكيده الدوافع الغريزية لوحدها، وقد وصف نمو الانا Ego Development بمرحل ثماني، وكلما نما الطفل واجه علاقات انسانية واسعة وتعرض لمهمات مختلفة، وان طبيعة الحلول للمشكلات المحددة لكل مرحلة من هذه المراحل النفسية الاجتماعية الثماني تحدد مدى تكيف الفرد (Mischel,1976,P.48)، فالنمو ما هو الا عملية طرح حلول متقدمه للصراعات بين حاجات الفرد والمطالب الغريزية له (الحمداني، 1985، ص 63)، وان النمو أيضا هو عملية تمتد على مدى الحياة ولا تقتصر على السنين الأولى منها (Mischel,1976,P.48).

وقد افترض اريكسون ان كل مرحلة من هذه المراحل النفسية الاجتماعية تمثل ازمه نفسية تتطلب الحل قبل ان يتمكن الفرد من الانتقال إلى المرحلة الأخرى بسلام،

وان هذه المراحل لا ترتبط بالنظام العضوي وانما ترتبط بشكل كبير مع خبرات التعلم التي يتعرض لها الفرد في أثناء حياته (عدس ، 1993 : 75) ، وهذه المراحل هي :

أ- الثقة الأساسية - ضعف الثقة الأساسية Basic Trust- Basic Mistrust

تبدأ هذه المرحلة منذ الولادة إلى نهاية العام الثاني من عمر الطفل وتقابل مرحلة الطفولة ، إذ ان إمداد الطفل بالحب والحنان وتغذيته بصورة جيدة ينمي في نفسه الشعور بالثقة والأمان والتفاؤل ، أما إذا وجد معاملة سيئة فانه يفتقد الثقة والأمان ، وتمثل هذه المرحلة الازمة الأولى التي تواجه الطفل (عدس ، 1993 : 76) .

ب- الاستقلالية الذاتية ، الخجل والشك Autonomy-Shame, Doubt .

لاشك في انه بعد ان توضع بذور الإحساس بالثقة على أساس قوي ومتمين ، فان الطفل يبدأ بالانتقال إلى المرحلة الثانية ، وهي إحساسه بالاستقلالية ، إذ تمتد هذه المرحلة إلى منتصف السنة الثالثة وتنصرف فيها معظم طاقة الطفل إلى توكيد الذات من خلال الأفعال التي يقوم بها كونه انسان عاقل وله اراده خاصة ، وتعد هذه المرحلة حاسمة في نمو الانا لما يوجد فيها من صراع بين الحب والكرهية ، وبين التعاون والعناد، وبين حرية التعبير عن الذات وقمع الذات (الفيومي ، 1985 : 224) .

ج- المبادأة - الذنب Initiative-Guilt

تبدأ هذه المرحلة من نهاية المرحلة الثانية وتمتد طوال سنوات ما قبل المدرسة، وفي هذه المرحلة يتعلم الطفل ان يلعب بنشاط وان يوسع من مهاراته ويزداد عنده حب الاستطلاع بشدة ويرتبط بأقرانه ممن هم في سنه ويتعاون معهم فضلاً عن ذلك نمو الضمير لديه ، إذ تكون بداية نشوء الأخلاق لديه في هذه المرحلة (الفيومي ، 1985 : 224)

د- الاجتهاد - الشعور بالنقص Industry-Inferiority

ان الخط الأساس في هذه المرحلة يكمن في إحساس الطفل بضعف الكفاية والنقص ، وقد يرجع ذلك إلى فشله في تنمية الشعور بالمبادأة في المرحلة السابقة أو إلى شعوره بالعجز في الاندماج مع الزملاء ، وتمتد هذه المرحلة طوال سنوات المدرسة الابتدائية وجزء من المدرسة المتوسطة ، وبما ان المدرسة أو مكان العمل يوفران من المثيرات والخبرات ما يتحدى قدرات الطفل الكامنة فان النجاح قد يصبح احد العوامل التي تساعد الانا على ان تنمو بصورة صحيحة وتتخطى هذه المرحلة بسلام (الفيومي ، 1985 : 225) .

وطبقاً لـ (Erickson, 1963) ففي هذه المرحلة ينمو الطفل على المثابرة والاجتهاد أو الدونية (عقدة النقص) إن الطفل في سن المدرسة يختبر مهاراته في مقابل جماعة الأقران وإذا لم يستطع الكلام أو الأداء مقارنة بالأطفال الآخرين، فقد يعد نفسه أقل من أقرانه، وتحتوي هذه المرحلة على النمو السريع، وفي هذه السن يميل الطفل إلى التركيز على جسمه وكيف يبدو للآخرين، على حين يميل الطفل الأصغر إلى أن يكون أكثر تركيزاً على ذاته، وأن الأطفال الصغار من 8 إلى 9 سنوات تنمي وجهات نظر ضارة لإدراك الجسم، وأن الصغار في عمر 7 سنوات يبدون غير مرتاحين لشكل مظهرهم. كما كشفت دراسات عدة أن الأطفال قبل المراهقة والمراهقين يواجهون تشويهاً صورة الجسم، هذه الدراسات تميل إلى تأكيد أن عدم الرضا عن الجسم ينمو فيما قبل المراهقة ولاحظت هذه الدراسات أن مشكلات صورته الجسم يمكن أن تبدأ بحدود عمر سبع سنوات.

هـ- الإحساس بالهوية - اضطراب الدور Ego Identity-Role Confusion

تمتد هذه المرحلة طوال سن المراهقة حتى نهاية العقد الثاني من عمر الفرد ، وتظهر في هذه المرحلة مشكلات عدة بسبب التغيرات الجسمية والفسولوجية السريعة ، إذ يصبح الفرد فيها أكثر انشغالا بمظهره أمام الآخرين ويبدأ بطرح الأسئلة على نفسه ، إذ يعد ذلك دلالة على بداية الإحساس بهوية الانا لديه ، فهو يريد معرفة من هو ومادوره في المجتمع ، كما يتمثل خطر هذه المرحلة في اضطراب الدور وارتباك التغيرات التي تحدث للفرد (Wolman,1977,P.253).

و- الإحساس بالألفة - العزلة Intimacy-Isolation

نتيجة للنجاح في المرحلة السابقة يشعر الفرد في هذه المرحلة بالصدقة الحميمة والألفة في علاقاته مع الآخرين ويحاول الاندماج معهم ، على حين يؤدي الفشل في الوصول إلى هذه الألفة إلى العزلة والوحدة (عدس ، 1993 : 76) .

ز- الانتاجية - الجمود Generativity-Stagnation

يتطلب النمو النفسي السوي في مرحلة الشباب تعلم الانتاج والعطاء في جوانب الحياة كافة ، على حين يقود الفشل في ذلك إلى الانغماس في الذات والركود وضعف الانطلاق (عدس ، 1993 : 77) .

ح- تكامل الانا - اليأس Ego Integrity- Despair

ان هذه المرحلة لا تتميز بظهور أزمة نفسية اجتماعية خاصة بها ، وانما تتميز بالجمع والإدماج والتقييم لجميع المراحل السابقة الخاصة بنمو الانا

(Wolman,1977,P.256) ، فإذا مرت المراحل السبع الماضية بسلام فإن الشاب الناضج يصل إلى قمة التكيف المتمثل بالنمو المتكامل ، بينما يقود الفشل في المراحل ذاتها إلى اليأس ، إذ إن الفرد المتكامل النمو يثق بنفسه ويشعر بالاستقلال ويعمل بجديّة ويجد لنفسه دوراً محدد في الحياة وينمي في نفسه مفهوماً ثابتاً عن ذاته ويكون سعيداً بهذا المفهوم ويصبح ودود من دون توتر أو شعور بالذنب أو بالنقص ، كما يصبح فخوراً بما ينتج في حياته المهنية والاجتماعية (عدس ، 1993 : 78) وقد تبنت الباحثة نظرية أريك أريكسون في تفسير صورة الجسم .

دراسات السابقة

الدراسات التي تناولت صورة الجسم واضطرابات الأكل

دراسة ديوركن وكبير (Dworkin, &Kerr, 1987) :

قارن (Dworkin & kerr) بضعة تداخلات علاجية مع عينة من الطالبات الجامعيات ، عرفن أنفسهن بأنهن ذوات وزن زائد ، أو غير جذابات ولكنهن يقعن ضمن نسبة الـ(20%) من المدى الوزني الموصى به. ووزعت (77) طالبة ممن لديهن صورة جسم معتدلة إلى عالية السلبية عشوائياً إلى واحد من التداخلات العلاجية الثلاثة الآتية : العلاج المعرفي (Cognitive therapy) ، والعلاج السلوكي المعرفي (Behavior Cognitive therapy)، والعلاج التأملي (Reflective therapy) وفي جميع التداخلات خضعت الطالبات الجامعيات إلى (6) جلسات إرشادية فردية أمد كل منها (30) دقيقة. وركز التداخل العلاجي المعرفي على تغيير العبارات الذاتية إلى أخرى أكثر الإيجابية ، وطبق المرشد مقياس معتقدات صورة الجسم (Body Image Beliefs Inventory) إذ عرض طرائق تغيير هذه المعتقدات غير عقلانية للطالبات وأعطى الطالبات (المصابات) واجباً بيتياً راقبت المصابات الأفكار الذاتية السلبية واستبدالها بأخرى أكثر إيجابية. وتشابه العلاج السلوكي المعرفي مع العلاج المعرفي عدا الأساليب السلوكية الإضافية القائمة على معززات الذات والتمرين التخيلي الموجه الذي يطلب من المصابة تصور نفسها كشخصية جذابة وفي هذه الحالة عرض المرشد كيفية تغيير المعتقدات إلى أخرى أكثر إيجابية. وعلى النقيض من العلاج المعرفي والعلاج السلوكي المعرفي ، لم يتضمن العلاج التأملي تغيير المعتقدات السلبية غير العقلانية و إنما ركز على استكشاف المشاعر الخاصة بصورة الجسم في أثناء الحقب التطورية الرئيسية مثل الطفولة والمراهقة وفي هذه الحالة

كان الواجب البيتي الذي تكلف به الطالبات المصابات تسجيل مشاعرهن في دفتر يوميات ، وتبين ان العلاج المعرفي هو الاكثر فاعلية في تحسين صورة الجسم ولكنه ليس اكثر فعالية من العلاجات الاخرى في تحسين درجات مفهوم الذات ، وكان العلاج السلوكي المعرفي مكافئاً للعلاج التأملي . وتقتصر النتائج ان مدة قصيرة جداً من العلاج المعرفي يمكنها ان تتفوق في زيادة الرضا عن صورة الجسم وتقدير الذات من الحالات المعتدلة الى الشديدة أي من عدم الرضا او ضعفه عن صورة الجسم إلى الرضا والقبول عن تلك الصورة.

دراسة بيترس وكاش (Butters, & Cash, 1987):

فقد اختبر (Butters & Cash) فاعلية العلاج السلوكي المعرفي مع (32) طالبة جامعية لهن اوزان طبيعية ولكنهن اظهرن انخفاض في درجة الرضا عن صور اجسامهن على استبانة العلاقات ما بين الجسم والذات (Body – Self Relations Questionnaire) وتكون البرنامج من 10 جلسات وكان زمن كل جلسة ساعة واحدة . تتضمن بروتوكولا علاجيا متنوعا (اعادة التركيب المعرفي) والاسترخاء، والتغيير المنضم للاحاساس والتغيير الموجه للاحاساس امام مرآة. وواجبات الاتقان البدني واساليب التدعيم ضد الاجهاد ولمنع النكوص. ويلتقي المرشد او المعالج مع كل طالبة لمدة من (10-15) دقيقة لمناقشة الواجب البيتي ، وتقديم موضوع الجلسة ، ثم تتلقى الطالبة تداخلا مسجلا على جهاز تسجيل سمعي لمدة (30) دقيقة يختلف في كل جلسة . وفي بقية الجلسة ، يراجع المعالج النقاط الرئيسية في التداخل العلاجي ويتعرف من الطالبة على الجوانب المهمة شخصيا لها .. ويحدد واجبا بيتياً لها. وتجري الواجبات الخاصة بالجانب الادراكية والانفعالية والاتجاهية لصورة الجسم في المرحلة القبلية للاختبار وتعاد بعد اسبوعين وسبعة اسابيع من العلاج وبينت نتائج هذه الدراسة ان مجموعة العلاج اوردت انشغالا اقل ورضا اكبر بالمظهر الجسمي وتقدير ذات اكبر وتحسنا في الاهتمام الجنسي ، وتقويما ايجابيا للكفاية الجسمية . وتقويما اكثر دقة لحجم الجسم وجاذبيته ، وبقية هذه النتائج الايجابية دون تغيير بعد سبعة اسابيع من العلاج.

دراسة روزن وسلتبرج وسربنيك (Rosen, Seltberg, & Srebnik, 1989):

استعملت هذه الدراسة التفحص التجريبي لفاعلية العلاج السلوكي المعرفي لعدم الرضا عن صورة الجسم . اذ ازاد كل من (Rosen , Salzberg & Srebnik) بعداً

سلوكياً لمعرفة استقرار التأثيرات العلاجية لذلك تضمن التصميم العلاجي التجريبي مكوناً ادراكياً ومعرفياً وسلوكياً. فضلاً عن ذلك كان الطرف العلاجي الضابط عبارة عن علاج متدني يوافر للنساء العلاج ولكن من دون العناصر المعينة في العلاج السلوكي المعرفي. واستعمل هذا النوع من المجموعة الضابطة لتحديد ما اذا كان العلاج السلوكي المعرفي مكافئاً للطرف الضابط غير الامري كما وجده (Dworkin & Kerr, 1987).

بلغت عينة هذه الدراسة (23) امرأة جامعية طبيعية الوزن ممن لا يشكين من اضطراب الطعام ولكنهن سجلن درجات صورة جسم سلبية على استبانة شكل الجسم (Body Shape Questionnaire) والتي أعدها (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987) وتضمن التداخل السلوكي المعرفي إعادة التدريب في إدراك الحجم والوزن، وتعديل الأفكار السلبية المشوهة حول المظهر، وترديد عبارات ذاتية ايجابية، وممارسة التعرض للمواقف المجهددة، وعلى النقيض وفر التداخل غير الامري دعماً ومعلومات. ولكنه لم يقدم تمارين منظمة لتصحيح المدركات والأفكار الوظيفية الهادفة. وتكونت كل مجموعة علاجية من (6) جلسات تستغرق كل واحدة منها (ساعتان) ويقودها طالب جامعي في المراحل المنتهية من تخصص علم النفس وطالب دراسات عليا في السنة الأولى في تخصص علم النفس الإكلينيكي أما نتائج البعدية للعلاج (بعد شهرين) فقد وصفت بأنها (مدهشة تماماً).

ونتيجة للعلاج السلوكي المعرفي حصل نقصان في المبالغة بتقدير حجم الجسم، ونقصان في التحاشي (التجنب) السلوكي، وانخفاض في درجات الرضا عن صورة الجسم في المدى المرضي إلى الطبيعي.

وثبت ان العلاج السلوكي المعرفي بانه اكثر فعالية من العلاج غير الامري على الابعاد الثلاثة جميعاً أي (ادراك صورة الجسم والمعرفة والسلوك). واخفق التداخل غير الامري في انتاج تغيرات دالة اكلينيكياً في سمات صورة الجسم. واستنتج (Rosen et al, 1989) الاتي " وهكذا، يبدو ان التعليم والدعم وحدهما لا يكفيان لتحسين صورة الجسم السلبية، وان فوائد العلاج السلوكي المعرفي ليست دالة للتأثيرات غير المعنوية للانتباه العلاجي".

دراسة وكتر وايرن (Waggoner, & Irene, 1998) :

استهدفت الدراسة اختبار مدى فاعلية التداخلات العلاجية في تحسين ادراك صورة الجسم وتقدير الذات لدى البنات في مرحلة المراهقة المبكرة وتمت الدراسة في مدرسة متوسطة غرب جورجيا . وتم استبعاد قسم من البنات من العينة في ضوء المحكات الآتية:

- وجود تاريخ مرضي ل احد اضطرابات الاكل .
- المعاناة من مشكلات صحية اخرى .
- الالتحاق بفصول التربية الخاصة .
- ان يكون الوزن غير عادي او شاذ .
- ان لاتكون البنت من الجنس القوقازي .

وقد تضمنت العينة النهائية (23) بنتا بمتوسط عمر (11-12) سنة ، تم تقسيمهن بشكل عشوائي على ثلاث مجموعات تلقت الاولى (ن=8) برنامجا للعلاج السلوكي المعرفي وتلقت الثانية (ن=8) برنامجا للعلاج المعرفي ، على حين كانت الثالثة (ن=7) ضابطة لم تتلق برنامجا علاجيا ولكنها تلقت معلومات دراسية عن اضطراب صورة الجسم وتم تقديمها لهن في الفصل الدراسي (الصف) . وضمت المقاييس المستعملة عدة مقاييس تتناول المكونات الثلاثة لاضطراب صورة الجسم والمجال الوجداني المرتبط بها ، وهذه المقاييس هي:

- مقياس انخفاض درجة الرضا عن صورة الجسم ، وهو مقياس اضطرابات الاكل (المكون المعرفي) .

- استبانة تجنب صورة الجسم (المكون السلوكي).

- مقياس التقديرات البصرية لحجم الجسم (المكون الادراكي) .

وتضمن البرنامج العلاجي 12 جلسة تم التركيز خلالها وذلك في البرنامجين المستعملين على موضوعات: المظهر الجسمي ، وصورة الجسم ، والدور الذي تلعبه الاعتقادات في صورة الجسم ، والاختفاء المعرفية ، والتحصين ضد الضغوط الجوانب السلوكية لصورة الجسم ، ومنع حدوث انتكاسة. ووضحت نتائج القياس البعدي حدوث تحسن دال في المكونات الثلاثة ، كما اوضحت ايضا ان العلاج السلوكي المعرفي قد ادى الى حدوث تحسن دال في الجانب السلوكي لادراك صورة الجسم.

دراسة سترومر (Stromer,1998) :

استهدفت الدراسة التحقق من استجابة كلا الجنسين لبرنامج يتعلق بصورة الجسم فضلا عن التعرف على الفرق في اثر البرنامج على كل من الذكور والاناث وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين احدهما ضابطة ضمت (124) مفحوصا من الجنسين (53 ذكور ، 71 اناث) اما المجموعة الاخرى فكانت تجريبية وضمت (120) مفحوصا في الجنسين (47 ذكور ، 73 اناث) وخضعت لبرنامج العلاج السلوكي المعرفي الذي يعتمد في الاساس على فنية التعليم النفسي بعد استعمال تكتيك جديد لتوافر المعلومات اللازمة عن الصورة المثالية للجسم الذي يعتمد على الجاذبية المثالية والشكل المثالي للجسم ، كما تقدمه وسائل الاعلام مع استعمال رسوم بيانية بالكمبيوتر تتناول هذا الموضوع ، وتم عرض هذه المعلومات على المفحوصين بالمجموعة التجريبية وذلك من خلال جلسة استمرت نصف ساعة مع مناقشتهم في تلك المعلومات وتضمنت المقاييس المستعملة :

- مقياس القلق المرتبط بصورة الجسم (Body Image Anxiety measure) .
- مقياس اضطراب صورة الجسم (Body Image disorder measure) .
- مقياس التقدير الكمي المرتبط بصورة الجسم (Figure rating scale meure) .

وكانت النتائج التي تم الحصول عليها في الاتجاه المتوقع بالنسبة للمجموعة التجريبية اذ قل معدل القلق المرتبط بصورة الجسم ، وقل كثيرا درجة تدني الرضا عن المظهر الجسمي ولاسيما من جانب الاناث ، وقد اتضحت هذه الفروق بين القياسين القبلي والبعدي ذي المجموعة التجريبية ، وكانت هذه الفروق في طبيعة الحال لصالح القياس البعدي ، كما ظهرت فروق دالة في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية ، وذلك فيما يتعلق بالوعي بصورة الجسم وباستدخال الصورة المتضمنة للجاذبية المثالية كما تقدمها وسائل الاعلام وان لم يكن هذا الاستدخال ذا مستوى مرتفع ، كما كشفت الدراسة فضلا عن ذلك حدوث زيادة في تقدير الاناث بالمجموعة التجريبية من دون الضابطة للجسم المثالي المدرك للجنس الاخر وذلك من خلال الاحكام المتعلقة بالجاذبية بين الجنسين ، ووضحت نتائج الدراسة التتبعية ان انخفاض معدل استدخال المثال الاجتماعي الثقافي من جانب المجموعة التجريبية قد استمر مع مرور الوقت ، وان المستويات الاولية العليا لهذا الاستدخال من جانب الاناث قد انخفضت الى معدل يكافئ نظيره لدى الذكور في التقييم النهائي.

دراسة مطر (2004)

استهدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى ارتباط اضطرابات الأكل بالمناخ الأسرى السائد في أسر المراهقين المعاقين سمعياً كما يدركونه وتكونت العينة من (200) من المراهقين المعاقين سمعياً منهم (100) من الصم ، (100) من ضعاف السمع بالمرحلة الثانوية بمدارس الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق ، وبنها ، وشبرا المظلات ، تراوحت أعمارهم بين (15-19) عاماً ، وتضمنت الأدوات مقياس اضطرابات الأكل للمعاقين سمعياً، ومقياس المناخ الأسرى كما يدركه المعاقون سمعياً ، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين المناخ الأسرى كما يدركه المراهقون المعاقون سمعياً من الصم وضعاف السمع واضطرابات الأكل لديهم بنوعها (فقدان الشهية العصبي، والشهية العصبي)، وتأكدت تلك العلاقة بوجود فروق دالة إحصائياً بين المراهقين المعاقين سمعياً الذين حصلوا على درجات مرتفعة والذين حصلوا على درجات منخفضة في اضطراب فقدان الشهية العصبي (المقياس الفرعي لمقياس اضطرابات الأكل) في المناخ الأسرى كما يدركونه سواء في الدرجة الكلية أو الأبعاد الخمسة للمقياس ، وكانت الفروق لصالح الذين حصلوا على درجات منخفضة في فقدان الشهية العصبي ، كانت الفروق في المناخ الأسرى كما يدركه المعاقون سمعياً مرتفعي و منخفضي الشهية العصبي دالة وذلك لصالح الذين حصلوا على درجات منخفضة في اضطراب الشهية العصبي ، وكذلك عدم وجود فروق بين المعاقين سمعياً مرتفعي فقدان الشهية العصبي ، ومرتفعي الشهية العصبي في المناخ الأسرى كما يدركونه ، وايضاً وجود فروق في اضطرابات الأكل بين الصم وضعاف السمع لصالح الصم، ووجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في اضطرابات الأكل لصالح الإناث (مطر، 2004 : 1-78).

دراسة الخضير (2009)

استهدفت الدراسة إلى اكتشاف العلاقة بين اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الوسواس القهري. كما هدفت الدراسة إلى اكتشاف الفروق في اضطراب فقدان الشهية العصبي وفقاً لاختلاف الحالة الاجتماعية وفي سبيل التحقق من فروض الدراسة، تم استعمال مقياس فقدان الشهية العصبي ، إعداد: زينب شقير (٢٠٠٢) ، مقياس بيل-براون لاضطراب الوسواس القهري المعدل على البيئة السعودية، ترجمة الخضير (٢٠٠٤) ، ومقياس لوم الذات، والمبالغة في التعميم من مقياس الأخطاء المعرفية لأمل الراجح

(٢٠٠٤) على عينة بلغ حجمها ٦٨١ طالبة من طالبات الأقسام الأدبية في جامعة الملك سعود بالرياض ، وقد بلغ متوسط أعمار أفراد عينة الدراسة ٣٠,٢٠ ع = (٦٩, ١) وقد قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات وفقاً للحالة الاجتماعية (غيرمتزوجات، متزوجات، مطلقات)ولقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين اضطراب فقدان الشهية العصبي،واضطراب الوسواس القهري ببعديه السلوكيات الوسواسية ، والأفعال القهرية . وبين كل من اضطرابي فقدان الشهية العصبي والوسواس القهري وبعدي التحريفات المعرفية) :لوم الذات ،والمبالغة في التعميم .كما كشفت النتائج عن وجود فروق دالة بين مجموعات الدراسة الثلاث:غير متزوجات، متزوجات، ومطلقات في اضطراب فقدان الشهية العصبي؛ إذ كان متوسط درجات المتزوجات أكثر ارتفاعاً من متوسط المجموعتين الأخريين (الخضير, 2009 : 1 - 46)

دراسة راضى (2011)

استهدفت الدراسة إلي التعرف علي صورة الجسم لدي المعاقين جسدياً مقارنة بالعاדיين، وكذلك تحديد الفروق في صورة الجسم بين المعاقين والمعاقات جسدياً ، وبين ذوي الإعاقة الجسدية الظاهرة وغير الظاهرة ، كما استهدفت الدراسة الي التحقق من طبيعة العلاقات بين صورة الجسم لدي المعاقين جسدياً وكل من الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة .

تكونت عينة البحث من (240) من المعاقين جسدياً و(240) من العاדיين تراوحت أعمارهم الزمنية بين 13 - 19 سنة استجابوا لمقاييس صورة الجسم والاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة .

وقد أشارت نتائج التحليل التمييزي إلي أن المعاقين جسدياً - مقارنة بالعاديين - لديهم تقدير سلبي لصورة الجسم اتضح في مظاهر عديدة أهمها : عدم الشعور بالرضا عن المظهر الجسمي ، محاولة إخفاء بعض العيوب الجسمية عن الآخرين ، العلاقة السيئة مع الآخرين بسبب نقص الجاذبية الجسمية ، الشعور بالقلق الزائد بشأن رأي الآخرين في المظهر الجسمي ، الرغبة في تغيير أشياء كثيرة مرتبطة بالمظهر الجسمي .

كما تبين أن المعاقات جسدياً - مقارنة بالمعاقين جسدياً - لديهن صورة جسم أكثر سلبية اتضحت في مظاهر عدة منها : الشعور بالقلق إزاء بعض العيوب الجسمية ، الرغبة في تغيير أشياء كثيرة مرتبطة بالمظهر الجسمي ، الاعتقاد بأن الجاذبية الجسمية

بالغة الأهمية في العلاقات الاجتماعية ، الشعور بالخجل في صحبة الآخرين بسبب الوزن، انشغال البال بمحاولة تغيير الوزن .

كذلك أشارت نتائج البحث إلي أن ذوي الإعاقة الجسدية الظاهرة - مقارنة بذوي الإعاقة الجسدية غير الظاهرة - لديهم تقدير سلبي لصورة الجسم اتضح في مظاهر عدة أهمها : عدم الشعور بالرضا عن المظهر الجسمي ، محاولة إخفاء بعض العيوب الجسمية عن الآخرين ، تجنب النظر إلي بعض أجزاء الجسم، عدم الإعجاب بالمظهر الجسمي ، العلاقة السيئة مع الآخرين بسبب نقص الجاذبية الجسمية .

كما اتضح وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين درجات المعاقين جسدياً علي مقياس صورة الجسم ودرجاتهم علي مقياس الاكتئاب علي حين وجدت علاقات موجبة دالة إحصائياً بين درجاتهم علي مقياس صورة الجسم ودرجاتهم علي مقياس تقدير الذات والرضا عن الحياة (راضي, 2011 : 1-56)

مناقشة الدراسات

1. الأهداف :

تباينت الدراسات في أهدافها ، فالبعض منها أهتم بتعرف فاعلية العلاج السلوكي المعرفي لعدم الرضا عن صورة الجسم . والبعض الآخر اهتم بمعرفة اثر تداخلات علاجية مع عينة من الطالبات الجامعيات ، عرفن انفسهن بأنهن ذوات وزن زائد، والتباينات التي تكون متعلقة بالاختلافات في الشخصية والجنس وأهتمت دراسات أخرى الي معرفة العلاقة بين صورة الجسم واضطرابات الاكل وبعض المتغيرات مثل القلق والاكتئاب والدراسة الحالية تعرف العلاقة بين اضطرابات الاكل وصورة الجسم وقياس كل منهما .

2. العينات :

تراوح عدد أفراد عينات الدراسات السابقة بين (23-240) من طالبات وطلاب المرحلة الجامعية والمراهقين وذوي الإعاقات الجسمية والسمعية وبأعمار مختلفة متزوجين وغير متزوجين ومطلقات أما البحث الحالي فقد أقتصر على عينة من المراهقين في المدارس المتوسطة .

3. أدوات القياس :

اعد بعض الباحثين مقياس لقياس متغيرات الدراسات السابقة ومنها اضطرابات الأكل وصورة الجسم وبرامج لعلاج الاضطرابات وصورة الجسم المشوهه وقد قامت الباحثة في البحث الحالي باعداد اداتين احدهما لقياس اضطرابات الأكل والاخرى لقياس صورة الجسم لدى المراهقين

4. الوسائل الاحصائية :

تباينت الدراسات السابقة في إستعمالها للوسائل الاحصائية ، تبعاً لأهداف تلك الدراسات فبعض الدراسات التي قامت بإعداد الأداة إستخرجت الصدق الظاهري وصدق البناء ، وإستخراج الثبات ، ومعامل ارتباط بيرسون وقد استعانت الباحثة في دراستها الحالية ببعض تلك الوسائل الاحصائية منها معامل ارتباط بيرسون والنسبة المئوية .

5. النتائج :

لقد تباينت نتائج الدراسات على وفق الأهداف المختلفة .

الفصل الثالث

إجراءات البحث

يتضمن هذا الفصل عرضاً للإجراءات التي اعتمدها البحث الحالي لتحقيق أهدافه من حيث تحديد المجتمع واختيار عينة ممثلة له وأعداد مقاييس لها صفتا الصدق والثبات وإجراءات تطبيقها على عينة البحث وتحديد الوسائل الإحصائية الملائمة لتحليل البيانات ، وكما يأتي :-

أولاً: مجتمع البحث

تحدد مجتمع البحث الحالي بطلبة الصفوف الثانية من المرحلة المتوسطة للعام الدراسي (2012-2013) ، اذ بلغ عددهم (24539) طالباً وطالبة بواقع (14586) من طالبا ، و(9953) من طالبة⁽¹⁾ موزعين على مدارس الكرخ الثالثة في محافظة بغداد .

ثانياً: عينة البحث :

استعملت الباحثة الأسلوب المرحلي العشوائي في اختيار عينة البحث ،فبعد أن تم تحديد مديرية الكرخ الثالثة في بغداد. بعدها اختارت الباحثة المدارس المتوسطة بصورة عشوائية ومن كل مدرسة تم اختيار (50) طالبا من كل مدرسة بصورة عشوائية ، اذ تم اختيار(200) طالب وطالبة من (4)مدارس وبواقع (100)طالب و(100)طالبة والجدول (1)يوضح ذلك

الجدول (1)

توزيع أفراد عينة التطبيق الأساسي حسب المدارس المتوسطة ومتغير النوع(ذكور -إناث)

المجموع	عدد طلبة الصف الثاني		المدارس
	ذكور	إناث	
50	50	-	متوسطة الامام علي
50	50	-	متوسطة العدالة
50	-	50	متوسطة فذك
50	-	50	متوسطة السيدة حكيمة
200	100	100	المجموع

1- حصلت الباحثة على أعداد الطلبة من قسم التخطيط التربوي /شعبة البحوث والدراسات في وزارة التربية

ثالثاً: أدوات البحث

من اجل قياس المتغيرات التي شملها هذا البحث وهي اضطرابات الاكل وصورة الجسم فقد اعدت الباحثة مقياس اضطرابات الاكل ومقياس صورة الجسم وفيما يأتي استعراض لطبيعة اعداد الأداة الأولى و الثانية وكما يأتي :

1- مقياس اضطرابات الاكل

لغرض بناء أداة لقياس اضطرابات الاكل قامت الباحثة بالإجراءات الآتية:
من خلال اطلاع الباحثة على بعض الدراسات والأدبيات ذات العلاقة باضطرابات الاكل تمت الافادة من مقاييس هذه الدراسات منها
تم اعداد الفقرات التي تلائم عينة البحث ، وقد روعي عند أعدادها ان تكون الفقرات شاملة لأغلب السلوكيات التي تصدر في الحياة اليومية.وفي ضوء ذلك أعدت الباحثة مقياس اضطرابات الاكل ، وبذلك تضمن المقياس (44) فقرة تضم اضطرابين من اضطرابات الأكل هما :-

1. الشره العصبي (Bulimia Nervosa) يتسم هذا الاضطراب بنوبات من الأكل الصاخب (binge eating) والتقيؤ المثار ذاتيا ، وغالبا ما تصاحبه زيادة في الوزن، ويتسم هذا الاضطراب بمحاولة مستميتة لمنع زيادة الوزن وما يلزمه من اضطرابات نفسية ويضم (22) فقرة ..

2. فقدان الشهية العصبي (anorexia nervosa) وهو الامتناع عن الطعام والشراب على الرغم من الجوع والهزال ومن مواصفاته الأساسية النحول ، الاكتئاب ويضم (22) فقرة.

ولاستخراج صدق الفقرات عرضت الأداة بصورتها الاولية والبالغ عدد فقراتها (44) فقرة (الملحق 1) على عدد من الخبراء والمتخصصين في التربية وعلم النفس (الملحق 2) إذ أشار ايبيل (Ebel) الى ان الوسيلة المفضلة للتأكد من الصدق الظاهري لأداة القياس ، هي ان يقوم عدد من الخبراء المتخصصين بتقرير صلاحية الفقرات لقياس الصفة التي وضعت من اجل قياسها . (Ebel , 1972 : 555) وفي ضوء آراء الخبراء تم حذف وتعديل عدد من الفقرات ، اذ عدت الفقرة التي نالت نسبة اتفاق 80% من الخبراء فاكثراً صادقة ، وفي ضوء ذلك تم استبعاد فقرتين وبذلك أصبح المقياس يحتوي على (42) فقرة ، والجدول (2) يمثل آراء الخبراء في صلاحية المقياس .

الجدول (2)

آراء المحكمين في صلاحية فقرات مقياس اضطرابات الأكل

ت	الفقرات	الموافقون		المعارضون	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
1	1 ، 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 7 ، 8 ، 9 ، 10 ، 11 ، 12 ، 13 ، 14 ، 15 ، 16 ، 20 ، 23 ، 24 ، 25 ، 26 ، 27	10	100%	-	-
2	17 ، 18 ، 19 ، 21 ، 22 ، 28 ، 30 ، 32 ، 29 ، 33 ، 31 ، 34 ، 36 ، 37 ، 38 ، 39 ، 40 ، 41 ، 42 ، 44	8	80%	2	20%
3	15 ، 43	4	40%	6	60%

3- التحليل الإحصائي لل فقرات

يشير المختصون في القياس النفسي الى اهمية التحليل الإحصائي لل فقرات لانه يكشف دقة المقياس في قياس ما أعد لقياسه ، فضلاً عن ان التحليل الاحصائي للدرجات التجريبية التي يتم الحصول عليها من خلال استجابات عينة من الافراد تكشف عن دقة الفقرات في قياس ما وضعت لاجل قياسه (عبدالرحمن، 1987: 441).

أ - القوة التمييزية لل فقرات:

من أجل الابقاء على الفقرات المميزة في المقياس واستبعاد غير المميزة ينبغي ان يكون لكل فقرة من فقرات الاختبار مؤشراً عالياً للتمييز قدر الامكان (عبدالرحمن، 1987: 441). ولقد اختيرت عشوائياً مدرستين. وبذلك بلغ عدد افراد عينة التمييز (180) طالبا وطالبة بواقع (90) طالب و(90) طالبة من طلبة المرحلة المتوسطة .

وزع مقياس اضطرابات الاكل بفقراته البالغة (42) فقرة بعد استبعاد الفقرات التي استبعدتها المحكمون على الطلبة ،وبعد تصحيح الإجابات وإعطاء الدرجات لكل استمارة رتبت الاستمارات تنازلياً من أعلى درجة الى أوطأ درجة حددت المجموعتان العليا والدنيا في الدرجة الكلية بنسبة 27% فأصبح عدد أفراد كل مجموعة (48) وباستعمال الاختبار التائي t- test لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفرق بين المجموعتين العليا والدنيا في درجات كل فقرة من فقرات المقياس عدت القيمة التائية المحسوبة مؤشراً لتمييز كل فقرة من خلال مقارنتها بالقيمة التائية الجدولية، وقد اتضح ان فقرات مقياس اضطرابات الاكل دالة باستثناء الفقرات (6,17,7). والجدول (4) يوضح ذلك . اذ بلغت القيمة التائية الجدولية (1,960) وبدرجة حرية (178) عند مستوى دلالة (0,05) وبعد استبعاد الفقرات غير المميزة أصبح عدد فقرات المقياس (39) فقرة.

الجدول (3)

القوة التمييزية لفقرات مقياس اضطرابات الأكل باستخدام أسلوب العينتين المتطرفتين

القيمة التائية المحسوبة	ت	القيمة التائية المحسوبة	ت	القيمة التائية المحسوبة	ت
5.07	29	12.43	15	5,54	1
10.15	30	12.09	16	6.21	2
10.31	31	0.15	*17	7.08	3
9,38	32	5.71	18	8.25	4
10.42	33	5.5	19	9.25	5
9.75	34	9.31	20	1.17	*6
8.64	35	5.07	21	1.58	*7
10.08	36	10.15	22	8.17	8
8.33	37	12,54	23	9.83	9
8,32	38	12.09	24	8.46	10
9.83	39	9.15	25	4.69	11
10.83	40	5.71	26	7.57	12
3.57	41	5.53	27	10,98	13
2.98	42	9.31	28	10.42	14

* غير دالة عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (178) اذ بلغت القيمة التائية 1.960

ب - علاقة الدرجة الكلية بدرجة كل فقرة:

لاستخراج معامل ارتباط درجة كل فقرة بالدرجة الكلية لكل مقياس من المقاييس استخدم معامل ارتباط بيرسون، ووفقاً لمعيار (Ebel, 1972) الذي يؤكد على ان الموقف يكون مميزاً اذا كانت قوته التمييزية اكبر من (0.19) وقد تبين ان معاملات الارتباط للفقرات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,05) ما عدا الفقرات (6,7,17) غير دالة . والجدول (4) يوضح ذلك.

الجدول (4)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية ودرجة كل فقرة على مقياس اضطرابات الأكل

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.48	29	0.54	15	0.29	1
0.47	30	0.48	16	0.43	2
0.47	31	0.09	*17	0.39	3
0.43	32	0.39	18	0.42	4
0.42	33	0.35	19	0.47	5
0.46	34	0.37	20	0.12	*6
0.41	35	0.49	21	0.16	*7
0.34	36	0.44	22	0.45	8
0.39	37	0.43	23	0.47	9
0.43	38	0.39	24	0.47	10
0.28	39	0.49	25	0.32	11
0.34	40	0.47	26	0.50	12
0.41	41	0.48	27	0.49	13
0.46	42	0.39	28	0.52	14

ج :- مؤشرات الصدق

يعد الصدق خاصية مهمة يجب توافرها في المقاييس النفسية ، كما يشير ستانلي وهوبكنس (Stanley & Hopkins) الى أن المقياس الصادق هو المقياس الذي يحقق الوظيفة التي وضع من اجلها بشكل جيد. (Stanley & Hopkins , 1972: 101) وقد تحقق في المقياس الحالي نوعان من الصدق هما :-

أ - الصدق الظاهري :

يقصد بالصدق الظاهري ، ان الاختبار يبدو صادقاً بالنسبة للمفحوص او لمن ينظر اليه (الظاهر ، 1999 : 137) وقد تحقق ذلك في المقياس الحالي خلال عرض فقرات المقياس على مجموعة من المحكمين والأخذ في آرائهم حول صلاحية تعليمات مقياس اضطرابات الاكل للطلبة وملاءمتها لمجتمع البحث .

ب - صدق البناء : Construct Validity

يقصد بصدق البناء ، هو مدى قياس الاختبار لسمة او ظاهرة سلوكية معينة ، وفي هذا الصدد اشارت انستازي (Anastasi) الى ان ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية على المقياس مؤشراً على ان المقياس يعد صادقاً بنائياً . (Anastasi , 1976:154)

د - الثبات Reliability

يعطي الثبات مؤشراً آخر على دقة المقياس ، اذ يشير الى ان المقياس على درجة عالية من الدقة والاتساق بما يزودنا به من بيانات حول المفحوصين (أبو حطب، عثمان، 1976:77) . فالمقياس الثابت يعطي النتائج نفسها اذا أعيد تطبيقه على افراد العينة انفسهم، وتحت الظروف نفسها (سمارة وآخرون، 1989: 114). ولأجل التحقق من ثبات مقياس الغضب استعملت الباحثة طريقتين لذلك هما:

1- طريقة التجزئة النصفية Split Half Method

تعتمد هذه الطريقة في حساب معامل ثبات المقياس على أساس تجزئته الى نصفين متساويين وحساب معامل الارتباط بين درجات النصفين ، ومن الأساليب الشائعة في التجزئة اجراء فرز العبارات التي تحمل تسلسلاً فردياً عن العبارات التي تحمل تسلسلاً زوجياً. ويمثل معامل الارتباط بين النصفين ثبات المقياس بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان برون Spear-Man Brown (فرج، 1980: 364).

ولاستخراج معامل ثبات مقياس الغضب تمت عملية فرز الفقرات الفردية عن الفقرات الزوجية تم احتساب معامل ارتباط بيرسون وقد بلغ (0.78) وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان براون بلغ الثبات (0.84).

2 - طريقة الفا كرونباخ Cronbach Alpha

يسمى معامل الثبات المحسوب بهذه الطريقة بمعادلة الاتساق الداخلي للمقياس وهو الثبات الذي يبين قوة الارتباط بين فقرات المقياس (ثورندايك وهجين، 1989: 78). وتمثل معادلة (الفا كرونباخ) متوسط المعاملات الناتجة عن تجزئة الاختبار الى أجزاء مختلفة وبذلك فهو يمثل معامل بين اي جزأين من أجزاء الاختبار (أبو علام، 1989: 158). وتطبيق معادلة الفا كرونباخ على البيانات المستعملة في الثبات بطريقة التجزئة النصفية تم استخراج معامل ثبات البالغ (0,90).

هـ- تصحيح المقياس :

تضمن مقياس اضطرابات الأكل ، (39) فقرة بصورته النهائية ، وقد تم تصحيح المقياس بوضع الدرجة المناسبة لكل فقرة. وقد استعملت البدائل الآتية لكل فقرة (موافق ,موافق الى حدما ,غير موافق). وحددت الدرجات (3، 2، 1) على التوالي لتصحيح المقياس.

مقياس صورة الجسم

لغرض تحديد فقرات المقياس قامت الباحثة بالإجراءات الآتية:

1. إعداد فقرات المقياس :

لغرض إعداد فقرات مقياس صورة الجسم استلزم الرجوع الى الأدبيات والدراسات في مجال صورة الجسم ضمن إطار نظري محدد ,وبناءً على ذلك واتساقاً مع الإطار النظري الذي اعتمده الباحثة في دراسة هذا المتغير وبالإستعانة بالأدبيات والدراسات السابقة التي جاءت فيه ، تم جمع (35) فقرة واعتمدت الباحثة على المدرج الثلاثي (موافق ,موافق الى حدما ,غير موافق) للتقدير الذي وضع أمام كل فقرة وكانت الأوزان تتراوح من (1-3) ، وعليه كلما زادت الدرجات التي يحصل عليها الفرد في عينة البحث يزداد تقبله لصورة جسمه .

2. اعداد تعليمات المقياس :

لقد حرصت الباحثة على أن تكون تعليمات المقياس بسيطة ، وواضحة ، وقد تم التأكيد فيها على أن إجابات المفحوصين سوف تكون سرية وسوف لن يطلع عليها أحد سوى الباحثة ، وأن الغرض الحقيقي منها هو البحث العلمي فقط ، كذلك تأكيد عدم ذكر أسم المستجيب .

3. إستطلاع آراء الخبراء :

لبيان صلاحية كل فقرة في المقياس وللتعرف على وضوح التعليمات ، عرضت الباحثة المقياس بتعليماته وبمجالاته وبطريقة تصحيحه (ملحق / 4) على مجموعة من الخبراء المتخصصين في علم النفس .

وبعد أن أبدى الخبراء استجاباتهم وملاحظاتهم على فقرات المقياس ، قامت الباحثة بتحليل هذه الاستجابة من خلال استعمال النسبة المئوية وفي ضوء آراء الخبراء تم حذف فقرتين ، حيث عدت الفقرة التي نالت نسبة اتفاق 80 % من الخبراء فأكثر صادقة والجدول (5) يمثل آراء الخبراء في صلاحية المقياس .

الجدول (5)

آراء المحكمين في صلاحية فقرات مقياس صورة الجسم

ت	أرقام الفقرات	الموافقون		المعارضون	
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
1	1,4,5,6,7,8, 11,13,14,15,16,17,19,20,21, 23,24,25,18,22,26,	10	%100	-	-
2	2,10,12,28,29,30,31,33,32,34,35	8	%80	2	%20
3	9,27	7	%70	3	%30

4. الإجراءات الإحصائية لتحليل الفقرات (Item Analysis) :

لحساب القوة التمييزية لفقرات مقياس صورة الجسم ، تم تطبيق المقياس على عينة التميز لمقياس اضطرابات الأكل والبالغ عددها (180) طالب وطالبة من مدرستين ، وقد تم حساب القوة التمييزية بطريقتين هما :

أ. أسلوب المجموعتين المتطرفتين (Extreme Groups Method) :

بهدف تحليل فقرات مقياس صورة الجسم ، طبقت الباحثة المقياس على عينة بلغ عددها (180) طالبا وطالبة من طلبة المرحلة المتوسطة ، وبعد جمع درجات اجابات كل

مفحوص على فقرات المقياس لاستخراج الدرجة الكلية لكل فرد من افراد العينة، تم ترتيبها تنازلياً ابتداءً من اعلى الدرجات وانتهاءً بأدناها. ولغرض الحصول على مجموعتين تتميزان بأكبر حجم واقصى تباين ممكن بينهما ، ويقتررب توزيعها من التوزيع الطبيعي ، تم اختيار نسبة ال (27%) من الاستثمارات التي حصلت على اعلى الدرجات ونسبة ال (27%) من الاستثمارات التي حصلت على ادنى الدرجات . وبما ان مجموع عينة التحليل بلغ (180) استمارة ، فقد كانت نسبة ال (27%) هي (48) استمارة في كل مجموعة ، وبذلك فان عدد الاستثمارات التي خضعت للتحليل هي (96) استمارة .وبعد ان حللت فقرات المقياس باستعمال الاختبار التائي (T- test) لعينتين مستقلتين لاختبار الفرق بين المجموعتين العليا والدنيا، ولكل فقرة من فقرات المقياس ، قورنت القيمة التائية المحسوبة لكل فقرة بالقيمة التائية الجدولية .وقد تم حذف فقرتين لضعف القوة التمييزية لهما . وكما موضح في الجدول (6) .

الجدول (6)

القوة التمييزية لفقرات مقياس صورة الجسم باستخدام أسلوب العينتين المتطرفتين

القيمة التائية المحسوبة	ت	القيمة التائية المحسوبة	ت	القيمة التائية المحسوبة	ت
13.53	25	9.40	13	2.62	1
10.20	26	7.54	14	7.44	2
7.28	27	7.08	15	7.35	3
8.38	28	4.47	16	7.28	4
8.84	29	15.65	17	11.25	5
9.50	30	0.89	*18	7.03	6
6.56	31	4.96	19	8.26	7
10.70	32	7.78	20	5.78	8
11.53	33	4.86	21	4.74	9
		8.22	22	5.12	10
		3.48	23	1.35	11*
		12.82	24	8.28	12

* غير دالة عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (94) اذ بلغت القيمة التائية 1.960

ب. طريقة الاتساق الداخلي (Internal Consistency Method) :

لاستخراج الاتساق الداخلي للفقرة بهذه الطريقة ،تم استعمال معامل ارتباط بيرسون لقياس العلاقة الارتباطية بين درجات كل فقرة من فقرات المقياس، والدرجة الكلية للمقياس كله، ووفقاً لمعيار (Ebel, 1972) الذي يؤكد على ان الموقف يكون مميزاً اذا كانت قوته التمييزية اكبر من (0.19) وقد تبين ان معاملات الارتباط دالة ما عدا الفقرات (11,18) غير دالة والجدول (7) يوضح ذلك.

الجدول (7)

معاملات الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	0.33	13	0.45	25	0.58
2	0.32	14	0.32	26	0.34
3	0.36	15	0.29	27	0.39
4	0.30	16	0.46	28	0.47
5	0.48	17	0.47	29	0.33
6	0.31	*18	0.07	30	0.26
7	0.37	19	0.22	31	0.47
8	0.22	20	0.34	32	0.59
9	0.25	21	0.27	33	0.50
10	0.27	22	0.47		
11*	0.13	23	0.74		
12	0.34	24	0.55		

5. مؤشرات الصدق (Validity Indexes) :

لقد تحقق لمقياس صورة الجسم الصدق الظاهري (Face Validity) ، ولقد تحقق هذا النوع من الصدق لمقياس صورة الجسم عندما تم عرض فقرات هذا المقياس بفقراته، وتعليماته وبدائله على مجموعة من الخبراء المختصين في علم النفس والارشاد النفسي ، الذين وافقوا على صلاحية فقرات المقياس وتعليماته وبدائله وكما تمت الاشارة الى ذلك .

6. مؤشرات الثبات (Reliability Indexes) :

يقصد بثبات المقياس الأتساق في النتائج ، ويعد المقياس ثابتاً إذا أعطى نتائج متسقة عند إعادة تطبيقه (Marshall , 1972: 104) ، وقد إستخرج الثبات لمقياس صورة الجسم بطريقتين هما :

أ. إعادة الاختبار (Test -Retest) :

استعملت الباحثة طريقة إعادة الاختبار لاستخراج معامل الثبات ، فقد جرى سحب عينة عشوائية مؤلفة من (50) طالباً وطالبة من طلبة المرحلة المتوسطة أعيد عليها تطبيق المقياس بعد مضي إسبوعين من بداية التطبيق الأول ، إذ تشير الأدبيات الى أن المدة بين التطبيق الاول والتطبيق الثاني تمتد بين أسبوع الى أسبوعين وبحسب طبيعة الظاهرة . وبعدها أوجدت العلاقة بين درجات التطبيقين باستعمال معامل ارتباط بيرسون، إذ بلغ (0.82) ، وتعد هذه القيمة مقبولة لأغراض البحث العلمي .

رابعا :- التطبيق النهائي:

بعد التأكد من صلاحية أدوات البحث الحالي ملحق (5/6) تم تطبيقها على عينة البحث التي تم اختيارها والتي قوامها (200) طالب وطالبة من الصف الثاني متوسط، حرصت الباحثة على ان يتم توزيع استمارات المقاييس تحت اشرافها وبعد ان تأكدت الباحثة من فهم الطلبة لتعليمات المقاييس طلبت منهم قراءتها بشكل دقيق والاجابة عنها باختيار احد البدائل بحسب ما ينطبق عليهم من فقرات وبكل حرية لان اجاباتهم لن يطلع عليها احد سوى الباحثة وان اجابتهم سوف تسهم في مساعدة الباحثة والبحث العلمي.

خامسا:- الوسائل الإحصائية:

لغرض تحقيق الأهداف والتوصل الى نتائج البحث فقد اعتمدت الوسائل الإحصائية الآتية:

1. الاختبار التائي لعينة واحدة: استعمال للتعرف على اضطرابات الاكل وصورة الجسم، باستعمال الحاسب الالي (Spss).
2. الاختبار التائي لعينتين مستقلتين (t-test): استخدم في حساب القوة التمييزية للفقرات بين المجموعتين المتطرفتين في الدرجة الكلية باستخدام برنامج الحاسب الالي (Spss).
3. معامل ارتباط بيرسون Pearson's correlation coefficient: استعمال لاستخراج معامل الاتساق في الثبات، ومعاملات الارتباط ودرجات الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، باستعمال برنامج الحاسب الالي (Spss).
4. النسب المئوية.
5. معامل الفا للاتساق الداخلي Alpha coefficient for Internal consistency : لاستخراج الثبات بطريقة تحليل التباين (Nunnally,1978:214).

الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها

نتائج البحث :

قبل أن نأتي الى عرض النتائج لابد من الوقوف عند المؤشرات الإحصائية للبيانات الواردة في البحث ، حيث بلغ عدد أفراد العينة ممن خضعت بياناتهم للتحليل (200) طالب وطالبة، وسوف يتم عرض ومناقشة النتائج بصورة تفصيلية في ضوء أهداف البحث :

1: تعرف اضطرابات الأكل لدى المراهقين .

ولاجل تحقيق الهدف الأول الذي كان يرمي الى قياس درجة اضطرابات الأكل لدى طلبة المرحلة المتوسطة . لدى أفراد العينة بشكل عام . تم استعمال الاختبار التائي لعينة واحدة من اجل مقارنة المتوسط المتحقق مع المتوسط النظري للمقياس المستعمل في القياس و يتبين من نتائج التحليل الإحصائي للكشف عن دلالة الفرق بين المتوسط المتحقق والبالغ (99.876) درجة ، والمتوسط النظري البالغ (78) درجة ، ان القيمة التائية المحسوبة تساوي (24.443) وهي اعلى من القيمة الجدولية البالغة (1.960) عند درجة حرية (199) ومستوى دلالة (0.05) وكان الفرق لصالح المتوسط المتحقق، والجدول (8) يوضح ذلك .

الجدول (8)

يبين نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط المتحقق والمتوسط النظري لاضطرابات الأكل

مستوى الدلالة	القيمة التائية		المتوسط النظري	الانحراف المعياري	المتوسط المتحقق	العدد	المتغير
	الجدولية	المحسوبة					
0.05	1.960	24.443	78	12.657	99.876	200	اضطرابات الأكل

من ملاحظة الجدول اعلاه يتضح بان هناك فروق دالة احصائيا في اضطرابات الأكل لدى عينة البحث ،وتعود هذه النتيجة الى ان هناك دور للعوامل الوراثية و الاجتماعية في حدوث اضطرابات الأكل فالرغبة في النحافة تعم المجتمعات ، والسمنة تعد غير جذابة وغير صحية وغير مرغوبة، وحتى الأطفال قبل المراهقة يدركون هذا التوجه وأكثر من نصف البنات قبل المراهقة يتبعون نظام غذائي ، أو غير غذائي للمحافظة على وزنهم ونسبة بسيطة من هؤلاء البنات يتطور عندهم الأمر ويحدث لهم فقدان الشهية العصبي وعوامل أخرى مثل الاستعداد النفسي ، يحتمل أن يهيئ بعض الأشخاص لحدوث اضطرابات الأكل.

2. تعرف صورة الجسم لدى المراهقين .

أظهرت نتائج المقارنة بين المتوسط المتحقق البالغ (38.2700) درجة والمتوسط النظري لمقياس صورة الجسم البالغ (62) درجة باستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة .

ان القيمة التائية المحسوبة تساوي (-39.826) وهي اصغر مقارنة بالقيمة الجدولية البالغة (1.960) عند درجة حرية (199) ومستوى دلالة (0.05) ولما كان الفرق لصالح المتوسط النظري فان ذلك يعني ان مستوى صورة جسم منخفض لدى افراد العينة عالياً ، والجدول (9) يوضح ذلك .

الجدول (9)

يبين نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط المتحقق والمتوسط النظري صورة الجسم

مستوى الدلالة	القيمة التائية		المتوسط النظري	الانحراف المعياري	المتوسط المتحقق	العدد	المتغير
	الجدولية	المحسوبة					
0.05	1.960	39.826 -	62	9.84692	38.2700	200	صورة الجسم

ويتضح من الجدول اعلاه وجود انخفاض او تشوه في صورة الجسم ويعود انخفاض درجة الرضا او ضعف تقبل صورة الجسم والتي تصل احيانا الى حد الاضطراب اكثر ما تظهر في مرحلة المراهقة تلك المرحلة التي تتميز بصفات نفسية ، واضطرابات وجدانية ناتجة عن كونها مرحلة انتقالية بين الطفولة باحلامها وبراعتها ففي مرحلة المراهقة تترسخ صورة الجسم اكثر ما يكون ، وان أي انحراف عن المعدل الطبيعي كزيادة الوزن على سبيل المثال قد يكون مصدرا للتوتر في ادراك الفرد لصورة جسمه.

3- تعرف العلاقة بين اضطرابات الاكل وصورة الجسم لدى المراهقين .

ولمعرفة فيما اذا كان هناك علاقة دالة بين متغيرات الدراسة (اضطرابات الاكل وصورة الجسم) ، لجأت الباحثة الى استخدام معامل ارتباط بيرسون وسيلة احصائية في المعالجة، وتبين وجود ارتباطات دالة بين متغيرات البحث ، وكما هو موضح في الجدول (10) .

الجدول (10)

معاملات الارتباط بين اضطرابات الأكل وصورة الجسم للعينة ككل

معامل الارتباط مع اضطرابات الاكل			المتغير
صورة الجسم	فقدان الشهية العصابي	الشهره العصبي	
0.88	0.35		الشهره العصبي
0.91		0.35	فقدان الشهية العصابي
	0.91	0.88	صورة الجسم

ونلاحظ من الجدول أعلاه الآتي :

1. وجود علاقة ايجابية دالة بين درجات افراد العينة على مقياس اضطرابات الاكل(الشراه العصابي) ودرجاتهم على مقياس صورة الجسم ، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (0.88) وهي دالة عند مستوى دلالة (0.05).
2. وجود علاقة ايجابية دالة بين درجات افراد العينة على مقياس اضطرابات الاكل (فقدان الشهية العصابي) ودرجاتهم على مقياس صورة الجسم ، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (0.91) وهي دالة عند مستوى دلالة (0.05) .

التوصيات :-

بناء على النتائج التي تم التوصل اليها فان الباحثة تضع التوصيات الآتية :-

1. إنشاء وحدات متخصصة للعلاج السلوكي - المعرفي في مستشفيات الطب النفسي وتخصيصا في العيادات الاستشارية لهذه المستشفيات.
2. ضرورة تركيز وزارة التربية والتعليم على برامج الإرشاد النفسي من خلال رفد المدارس بالمزيد من المرشدين والأخصائيين النفسيين وتكثيف ساعات العمل لهم بهدف تطويق ومحاصرة مختلف الاضطرابات النفسية وعلاجها.

المقترحات :-

بناء على النتائج التي تم التوصل اليها فان الباحثة تضع المقترحات الآتية :-

1. اجراء دراسة تستهدف تعرف علاقة صورة الجسم بنمط الشخصية .
2. اجراء دراسة تستهدف تعرف علاقة الذكاء الجسدي باضطرابات الاكل .
3. اجراء دراسة تستهدف تعرف فاعلية العلاج النفسي لذوي صورة الجسم المنخفضة من المصابين باضطرابات الاكل .
4. اجراء دراسة تستهدف علاقة الخجل الاجتماعي بصورة الجسم .
5. اجراء دراسة تستهدف تعرف علاقة الاضطرابات النفسجسمية بصورة الجسم .

المصادر

1. ابن زكريا ، ابي الحسين احمد بن فارس (1979) : معجم مقاييس ، القاهرة : شركة عيسى الحلبي وأولاده .
2. أبو حطب ، فؤاد، وفهمي ، محمد سيف الدين ، (1984) : معجم علم النفس والتربية ، القاهرة ، مجمع اللغة العربية .

3. ابو حطب، فؤاد، وعثمان، سيد احمد (1976): **التقويم النفسي**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
4. ابو علام، رجاء محمد؛ وشريف، نادية (1989): **دراسة في التحليل العاملي لابعاد اختبار الشخصية العاملي، المجلة التربوية، المجلد السادس، العدد 21، جامعة الكويت.**
5. اسماعيل، علي فهمي (1985) **مدخل علم النفس العام**، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
6. ثورندايك، روبرت؛ و اليزابيث، هجين (1989): **القياس والتقويم في علم النفس والتربية**، ترجمة عبد الله زيد، الاردن.
7. جورارد، سيدني، م، وتيد لنزمن (1988): **الشخصية السليمة**، ترجمة حمد دلي الكربولي وموفق الحمداني، جامعة بغداد، مطبعة التعليم العالي.
8. الخضير. ميسون بنت أحمد بن حسن (2009): **فقدان الشهية العصبي وعلاقته باضطراب الوسواس القهري والتحريفات المعرفية لدى طالبات جامعة الملك سعود**، (رسالة ماجستير غير منشورة) كلية التربية، جامعة عين شمس.
9. دوجان، خالد ابراهيم، (2002): **تطور الفرد عبر المراحل العمرية**، اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، ابن رشد، جامعة بغداد.
10. **راضى، فوقيه محمد محمد (2010): صورة الجسم وعلاقتها بالاكنتاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة لدى المعاقين جسدياً**، كلية التربية - جامعة المنصورة
11. رمزي، اسحق (1981): **علم النفس الفردي**، الطبعة الثالثة، القاهرة، دار المعارف
12. الزبيدي، كامل علوان، والهزاع، سناء مجول (1997): **بناء مقياس للصحة النفسية لطلبة الجامعة**، بحث منشور، **مجلة العلوم التربوية والنفسية**، العدد (22)، بغداد.
13. زيدان، محمد مصطفى، منصور حسين (1982): **الطفل والمراهق**، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ط1
14. سمارة، عزيز وآخرون (1989): **مبادئ القياس والتقويم**، ط2، الاردن، دار الفكر، عمان.
15. شقير، زينب محمود (1997): **الضغوط النفسية والاحترق النفسي لدى طالبات الجامعة**، مجلة الارشاد النفسي بجامعة عين شمس، العدد (6).
16. الشمري، جمال (2011) **اضطراب الشره المرضي**، بحث منشور على شبكة الانترنت
17. صالح، قاسم حسين (1987): **الانسان من هو**، بغداد، مطبعة جامعة بغداد.
18. الصواف، الجلي قتيبة (2001): **الصحة النفسية للمرأة العربية**، الاسكندرية: مؤسسة حورس للنشر.
19. الظاهر، زكريا محمد وآخرون (1999): **مبادئ القياس والتقويم في التربية**، ط1، مكتبة دار الثقافة، عمان الاردن.
20. عبد الرحمن، سعد (1987): **القياس والتقويم**، الكويت، مكتبة الفلاح.
21. عبید، ماجدة السيد (2009) **ذوي الاحتياجات الخاصة واضطرابات الأكل**

22. عدس، محمد عبد الرحمن (1993) : الشخصية ، عمان ، الاردن ، دار الفكر العربي
23. العزاوي، سهير أحمد حسين (2005) : برنامج إرشادي في تقبل صورة الجسم لدى طالبات المرحلة المتوسطة ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة بغداد.
24. الفايز، حنان بنت محمد علي (2007) : العلاقة بين اضطراب الشره العصبي للطعام وكل من عوامل الشخصية الخمسة الكبرى والحالة الاجتماعية لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود ، كلية التربية -جامعة الملك سعود
25. فرج، صفوت (1980): التحليل العاملي في العلوم السلوكية، القاهرة، دار الفكر العربي
26. الفيومي ، محمد محمد عيسوي (1985) : عرض وتحليل لنظرية اريكسون النفسية الاجتماعية ، مجلة العلوم الاجتماعية ، مجلد 13 ، العدد الأول مصر .
27. كاشدان ، شيلدون (1977): علم نفس الشواذ، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، الكويت ، دار القلم .
28. كفاي ، علاء الدين (1987): الصحة النفسية ، القاهرة ، الطبعة الثانية.
29. كفاي ، علاء الدين ، والنيال ، مايسة احمد ، (1995) ، صورة الجسم وبعض المتغيرات الشخصية ، القاهرة ، دار المعرفة .
30. كمال ، علي (1983) : النفس ، الطبعة الثانية ، بغداد ، دار واسط للنشر ، مطبعة الدار العربية
31. كمال ، علي . (1987) : فصام العقل ، الطبعة الاولى - لندن.
32. محمود ، إبراهيم وجيه (1981) : المراهقة خصائصها ومشكلاتها ، القاهرة دار المعارف
33. مصطفى، عبد المعطي حسن (2011) : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة ... الأسباب - التشخيص - العلاج" ، الطبعة الأولى.
34. مطر، عبد الفتاح رجب (2004): المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعاقين سمعياً ، المجلد الثاني، المؤتمر السنوي الحادي عشر للإرشاد النفسي القادم بجامعة عين شمس .
35. ناصر ، اشواق صبر (2002) : بعدا الشخصية الانبساط الانطواء والعصابية وعلاقتهما باضطراب الشخصية التجنبية ،(رسالة ماجستير غير منشورة) كلية الاداب ،جامعة بغداد .
36. الهابط ، محمد السيد (1985) : التكيف والصحة النفسية ، الامراض النفسية - الامراض العقلية ، مشكلات الطفل وعلاجها . الاسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث .
37. يعقوب ، غسان . (1978) : أزمة المراهقة والشباب ، بيروت ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر .
38. A.P.A. (2000): DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

39. Anastasi, A. (1976): Psychological Testing, New York, Macmillan Publishing.
40. Boeree,C(1997) : Personality Theories. WWW. Boeree Org /webart144.Htm.
41. Butters,J.W.& cash,T.f.(1987):"Cognitive-behavioral treatment of women's body image dissatisfaction" in college women. Journal of consulting and clinical psychology.55.88-897.
42. Chandy, J. M., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1996): Genderspecific outcomes for sexually abused adolescents. Journal of Child Abuse & Neglect,n 20.
43. Davidson, Tish(1998): Sibling Rivalry : Finding Peace ,Adapted from Kids today .
44. Dworkin, s. H. & akerr, B. A. (1987): "Comparision of intervention for women experiencing body Image problems", jounal of counseling psychology. 34. 136-140 .
45. Ebel, R.L. (1972): Esentials of Educational measurement, 2nd Ed NewYork, Prentice Hull Inc.
46. Fisher,s.(1986): "Deveelopment and structure of the body image" (vol. 182). Hillsdale, N,j. Erlbum .
47. Goldman, H. (1995) : General psychiatr.4ed ,U.S.A .
48. Gottesman, E & Cladwell, W. (1966): "The body Image, identifica test : Aquantitative projective techniue to study aspect of body Image" The Journal of Genetic psychology, No(108)(pp:19-33)
49. HallR C.,Tice L.,Beresford TP.,Wooley B and hall AK.(1989): sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia .psycho somatics .
50. Hanks ,p.(1974) :Encyclopedia world dictionary Beirut the Hamlyn publishing croup.
51. Hjelle ,L.A. & Ziegler , D. (1976) : Personality theory: Basic assumption , research and application . First edition , McGraw- Hill, Kogakushk .
52. [http:// www.bio-behavioral.com/BDD.html](http://www.bio-behavioral.com/BDD.html).(2004:1-4).
53. Kaplen ,I. H. (1995) : Comprehensive Text book of Psychiatry .Vol 1 , 6ed , U.S.A.
54. Lightstone,Judy.(1999): "Improving Body Image".
<http://www.Edrefferral.com/bodyimage,htm>.
55. Mark S.K.,(2010) :Oppositional Defiant Disorder, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v45 n4 .
56. Marshal , J. C (1972) : Essential of Testing . California , U.S.A.
57. Mischel ,W.(1976) : Introduction to Personality .2nd edition, New York : Hort Rinehard and Winston Co.
58. Nathan, Dorrell. (2001): "Body Esteem, How Do you yourself",
<http://cder.concordia.ca/cuD/Transitions/body.htm/>.
59. Nunnully , J. C.(1978) : Psychometric theory . 2nd edition , New York: Mc Graw -Hill.

60. Rosen, J.c.(1989): "Body Image disturbances in eating disorders". In cash & T pruzinsky (Eds.). Body Images: Development, deviance and change(pp.190-214) New yourk: the cuilford press.
61. Rosen, James. (2002): "women's Body image". <http://www.wellesley.edu/Hehealth.BodyImage/definition.html>
62. Staffieri, J.R.(1976): "Astudy of social stereotypes of body image in children", Journal of personailty and social psgychology, 7, 101-104.
63. Stanley , C & Hopkins , K (1972) : Educational and Psychological measurement and evaluation . N.J.Prentice – Hall .
64. Stromer, susan-Marie: (1998):the cross gender effects of an experimental media-focused psychoeducation program(body image)". Unpublished ph.D. thesis, university of south Florida, 1998(Dis,Abs. Int., vol. 59. 11B, P(6080).
65. Thompson, j.k.,Penner L.A.& Ahabe, M.N(1990): "procedures, problems, and progress in the assessment of body image". in T.F. cash & pruzinsky(Eds.), Body images: Development, deviance and change (pp. 21-44). New york: The cuilford press.
66. Vigil, J.D. and Long, J.M.(1990):"Emic and Etic Perspectives on Gang Culture". In Gangs in America, edited by C.R. Huff. Newbury Park, CA: Sage Publications.
67. Waggoner, Irene R., (1998): "cognitive behavior and cogitive therapy for body image awareness in sixth grade females". Unpublished ph.D.thesis, Auburn university, (Dis. Abs. Int. : 1998. vol-59, 11A , P4060).
68. Wolman, B.B.(1977) : International encyclopedia of psychiatry , psychology ,psychoanalysis and neyrology, Ausculapius publishers, Inc.
69. Wylie, Rutbc. (1974) : The self – councebt . London : University of Nebaska press

ملحق (1)

مقياس اضطرابات الأكل بصيغته الأولية المقدم إلى الخبراء

الجامعة المستنصرية - كلية التربية الأساسية

الأستاذ الفاضل المحترم

تحية طيبة :

تروم الباحثة اجراء بحثها الموسوم (اضطرابات الأكل وعلاقتها بصورة الجسم لدى المراهقين)ومن متطلبات البحث أعداد أداة لقياس اضطرابات الأكل ,ولذلك اعدت الباحثة مقياس لقياس اضطرابات الأكل تضمن المقياس (44) فقرة تضم اضطرابين من اضطرابات الأكل هما :-

1. الشره العصبي (Bulimia Nervosa) يتسم هذا الاضطراب بنوبات من الأكل الصاخب (binge eating) والتقيؤ المثار ذاتيا ، وغالبا ما تصاحبه زيادة في الوزن ، ويتسم هذا الاضطراب بمحاولة مستميتة لمنع زيادة الوزن وما يلزمه من اضطرابات نفسية ويضم (22) فقرة .

2. فقدان الشهية العصبي (anorexia nervosa) وهو الامتناع عن الطعام والشراب على الرغم من الجوع والهزال ومن مواصفاته الاساسية النحول ، الاكتئاب ويضم (22) فقرة علما أن بدائل المقياس هي (موافق ,موافق الى حد ما ,غير موافق) وبالنظر لما تتمتعون به من خبرة وسعة إطلاع . فان الباحثة تود الإفادة من آرائكم السديدة في الحكم على مدى صلاحية الفقرات لقياس ما وضعت لأجله أو عدم صلاحيتها ،وإذا كانت الفقرات تحتاج إلى تعديل فيرجى اقتراح التعديل المناسب .

اولا: التعليمات

غير صالحة	صالحة	التعليمات
		عزيزي الطالب .. عزيزتي الطالبة : فيما ياتي بعض المواقف التي صيغت بشكل أسئلة عن الطريقة التي تسلك بها وتشعر وتعمل والمرجو منك قراءتها بامعان، ثم اختيار البديل الذي يناسبك من بدائلها وذلك بوضع علامة (√) في الحقل المقابل للفقرة، والذي يمثل البديل المناسب حاول الاجابة بسرعة فنحن نريد استجابتك الاولى، ولا نريد الاجابة بعد عملية تفكير طويلة وحاول ان لا تترك أي سؤال دون اجابة. كما انه ليس هنالك اجابة صحيحة واخرى خاطئة كما ان الاجابة سوف تستخدم لاغراض البحث العلمي فقط ولن يطلع عليها احد سوى الباحثة ولذلك لاداعي لذكر الاسم.

ثانياً :- المقياس

مقياس الشره العصبي (Bulimia Nervosa)

ت	الفقرات	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
1.	اكل كثيرا وبدون وعي			
2.	عندما اكل فاني لا اعرف كمية الطعام التي تناولتها			
3.	انا ضعيف جدا امام الطعام			
4.	حتى وان كان الاكل لا يعجبني فاني اتناول منه الكثير			
5.	عندما اتناول الطعام فاني اعمد الى التقيؤ			
6.	اجبر نفسي على تقيؤ الطعام الذي تناولته			
7.	اخاف كثيرا من زيادة وزني			
8.	يصعب علي ضبط شهيتي للطعام			
9.	اخشى ان ينظر لي الاخرين على اني بدينة			
10.	اتطلع الى المرأة كثيرا كي اعرف كم ازداد وزني			
11.	بالرغم من انني اعرف ان الاكل الكثير يضر بالصحة الا انني اكل كثيرا .			
12.	حتى وان كنت غير جائعة فاني اكل كثيرا			
13.	احاول اتباع حمية رغم رغبتني الكبيرة في الطعام			
14.	استيقظ في الليل واذهب الى الثلاجة واتناول كمية كبيرة من الطعام .			
15.	استفرغ ما اكله بالرغم من الاذى الذي يسببه لي الاستفراغ .			
16.	استخدم الملينات ومدرات البول للتخلص مما اكلته .			
17.	تضطرني حالتي النفسية الى تناول كمية كبيرة من الطعام			
18.	اشعر بالذنب بعد تناول كمية كبيرة من الطعام			
19.	من الصعب بالنسبة لي ان اتخلص من عاداتي في الاكل			
20.	اجد المتعة في تناول كمية كبيرة من الاطعمة			
21.	اشعر بالتعاسة بسبب عاداتي الخاطئة في الاكل			
22.	إن وزن جسمي في صورته غير الصحيحة بسبب ما اتناوله من طعام .			

مقياس فقدان الشهية العصبي (anorexia nervosa)

ت	الفقرات	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
23.	وزني قليل لكني اشعر بانني بدينة			
24.	اتبع حمية قاسية كي لا ابدو بدينة			
25.	ليس لدي اي رغبة في الطعام			
26.	احاول كثيرا تجنب زيادة وزني			
27.	يبدو الضعف والوهن على كل انحاء جسمي			
28.	رغم ان الاخرين يقولون بانني نحيفة الا اني اشعر بالسمنة المفرطة			
29.	افقد شهيتي للطعام دون سبب واضح			
30.	أنا شخص سيء في نظر نفسي .			
31.	أنا غير راضي عن شكلي الحالي لذلك الجا الى الحمية القاسية			
32.	حتى وان كنت جائع فأنتني ارفض تناول الطعام			
33.	أهتم بجسدي كثيراً .			
34.	اشعر بالغثيان عندما ارى منظر الطعام			
35.	أشعر بالخوف والارتباك عندما تظهر على جسمي علامات السمنة			
36.	لا اجد صعوبة في البقاء بدون طعام ليومين او ثلاثة			
37.	أشعر بالحزن يسيطر علي طوال اليوم .			
38.	أشعر بالتعب وأن لم أفعل شيئاً .			
39.	تقل سرعة استجابتي لما يدور حولي من أحداث .			
40.	يصفني الآخرون بانني نحيل جدا			
41.	الخوف من السمنة يسيطر على تفكير			
42.	نظامي الغذائي غير متزن			
43.	ارغب في ان يبدو منظر جسمي متناسق دائما لذلك اتبع حمية قاسية			
44.	اشعر بالاكتئاب بسبب منظر جسمي			

ملحق (2)

أسماء الخبراء المحكمين في صلاحية المقاييس مرتبة حسب اللقب والحروف الهجائية

ت	اللقب العلمي	اسم الخبير	الاختصاص الدقيق	الكلية	الجامعة
1.	أستاذ دكتور	نشعة كريم عذاب	أرشاد نفسي	تربية أساسية	مستصرية
2.	أستاذ مساعد دكتور	ايمان عباس علي	علم النفس التربوي	تربية أساسية	مستصرية
3.	أستاذ مساعد دكتور	راهبة عباس عبود	علم النفس التربوي	تربية أساسية	مستصرية
4.	أستاذ مساعد دكتور	عدنان غائب	تربية خاصة	تربية أساسية	مستصرية
5.	أستاذ مساعد دكتور	هناء محمود القيسي	أرشاد نفسي	تربية أساسية	مستصرية
6.	أستاذ مساعد دكتور	ناجحة سلمان	علم اجتماع	تربية أساسية	مستصرية
7.	مدرس دكتور	اشواق صبر ناصر	علم النفس الاكلينيكي	تربية أساسية	مستصرية
8.	مدرس دكتور	حنان جمعة	أرشاد نفسي	تربية أساسية	مستصرية
9.	مدرس دكتور	علي العبيي	أرشاد نفسي	تربية أساسية	مستصرية
10.	مدرس دكتور	ميسون ظاهر	علم النفس التربوي	تربية أساسية	مستصرية

ملحق (3)

مقياس اضطرابات الأكل بصيغته النهائية

عزيزي الطالب .. عزيزتي الطالبة :

فيما يأتي بعض المواقف التي صيغت بشكل أسئلة عن الطريقة التي تسلك بها وتشعر وتعمل والمرجو منك قراءتها بامعان، ثم اختيار البديل الذي يناسبك من بدائلها وذلك بوضع علامة (√) في الحقل المقابل للفقرة، والذي يمثل البديل المناسب حاول الاجابة بسرعة فنحن نريد استجابتك الاولى، ولا نريد الاجابة بعد عملية تفكير طويلة وحاول ان لا تترك أي سؤال دون اجابة. كما انه ليس هنالك اجابة صحيحة واخرى خاطئة كما ان الاجابة سوف تستخدم لاجراض البحث العلمي فقط ولن يطلع عليها احد سوى الباحثة ولذلك لاداعي لذكر الاسم.

ت	الفقرات	موافق	موافق الى حدما	غير موافق
1.	اكل كثيرا وبدون وعي			
2.	عندما اكل فاني لا اعرف كمية الطعام التي تناولتها			
3.	انا ضعيف جدا امام الطعام			
4.	حتى وان كان الاكل لا يعجبني فاني اتناول منه الكثير			
5.	عندما اتناول الطعام فاني اعتمد الى التقوي			
6.	يصعب علي ضبط شهيتي للطعام			
7.	اخشى ان ينظر لي الاخرين على اني بدينة			
8.	اتطلع الى المراة كثيرا كي اعرف كم ازداد وزني			
9.	بالرغم من انني اعرف ان الاكل الكثير يضر بالصحة الا انني اكل كثيرا .			
10.	حتى وان كنت غير جائعة فاني اكل كثيرا			
11.	احاول اتباع حمية رغم رغبتني الكبيرة في الطعام			
12.	استيقظ في الليل واذهب الى الثلاجة واتناول كمية			

اضطرابات الأكل وعلاقتها بصورة الجسم لدى المراهقين د.سعدية كريم درويش

			كبيرة من الطعام .
			13. استخدم المليينات ومدرات البول للتخلص مما اكلته .
			14. اشعر بالذنب بعد تناول كمية كبيرة من الطعام
			15. من الصعب بالنسبة لي ان اتخلص من عاداتي في الاكل
			16. اجد المتعة في تناول كمية كبيرة من الاطعمة
			17. اشعر بالتعاسة بسبب عاداتي الخاطئة في الاكل
			18. إن وزن جسمي في صورته غير الصحيحة بسبب ما اتناوله من طعام .
			19. وزني قليل لكنني اشعر بانني بدينة
			20. اتبع حمية قاسية كي لا ابدو بدينة
			21. ليس لدي اي رغبة في الطعام
			22. احاول كثيرا تجنب زيادة وزني
			23. يبدو الضعف والوهن على كل انحاء جسمي
			24. رغم ان الاخرين يقولون بانني نحيفة الا اني اشعر بالسمنة المفرطة
			25. افقد شهيتي للطعام دون سبب واضح
			26. أنا شخص سيء في نظر نفسي .
			27. أنا غير راضي عن شكلي الحالي لذلك الجأ الى الحمية القاسية
			28. حتى وان كنت جائع فأنتني ارفض تناول الطعام
			29. أهتم بجسدي كثيراً .
			30. اشعر بالغثيان عندما ارى منظر الطعام
			31. أشعر بالخوف والارتباك عندما تظهر على جسمي علامات السمنة
			32. لا اجد صعوبة في البقاء بدون طعام ليومين او ثلاثة
			33. أشعر بالحزن يسيطر علي طوال اليوم .
			34. أشعر بالتعب وأن لم أفعل شيئاً .
			35. تقل سرعة استجابتي لما يدور حولي من أحداث .
			36. يصفني الآخرون بانني نحيل جدا
			37. الخوف من السمنة يسيطر على تفكير
			38. نظامي الغذائي غير متزن
			39. اشعر بالاكنتئاب بسبب منظر جسمي

ملحق (4)

مقياس صورة الجسم المقدم الى الخبراء

الأستاذ الدكتور..... المحترم

التخصص :-

تجربة طبية

تروم الباحثة اجراء بحثها الموسوم (اضطرابات الاكل وعلاقتها بصورة الجسم لدى المراهقين)ومن متطلبات البحث أعداد أداة لقياس صورة الجسم وقد اعدت الباحثة مقياس لقياس صورة الجسم وتضمن المقياس (35)فقرة و نظراً لما تتمتعون به من خبرة علمية ومقدرة منهجية في البحث العلمي في مجال البحوث النفسية والتربوية . تلتبس الباحثة مساعدتكم من خلال ملاحظاتكم السديدة والقيمة عن مدى صلاحية فقرات المقياس وصدقه ، والتي من شأنها أن تغني البحث بقيمة علمية عالية .وقد وضعت الباحثة تعريف لصورة الجسم " انه التقدير الكلي الذي يقرره الفرد عن مظهره وقدراته والمشاعر والمعتقدات التي يكونها الفرد عن نفسه أو الكيفية التي يدرك بها الفرد نفسه.

أستاذي الفاضل أرجو التكرم بوضع علامة + أمام الفقرة الصالحة ، وعلامة × أمام الفقرة الغير الصالحة ، كما وأرجو التكرم بملاحظاتكم حول التعديل للفقرة إذا كان ذلك أصوب علماً إن بدائل الفقرات

البدائل	موافق	موافق الى حدما	غير موافق
الدرجة	3	2	1

ت	الفقرات	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
1.	معظم أصدقائي يبدوون في مظهر أفضل مني			
2.	أقارن مظهري وملامح جسمي بالآخرين			
3.	أفكر فيما حدث لي من تغيرات في مظهري أو معالم جسمي			
4.	أصبحت مقيد الحركة بسبب جسمي			
5.	أشعر بأنني غير راض عن جسمي			
6.	يقلقني التغير في مظهر جسمي			
7.	تزعجني التشوهات الموجودة في جسمي			
8.	أسعى لاجراء عملية لاستعادة التناسق المفقود في جسمي			

اضطرابات الأكل وعلاقتها بصورة الجسم لدى المراهقين د.سعدية كريم درويش

			9. أشعر بالإحراج من جسمي أمام الناس
			10. أحاول إخفاء إعاقتي من الناس
			11. أصبحت أهتم بنظرات الناس وعلامات وجوههم أكثر من حديثهم
			12. أتضايق من مظهري
			13. أشعر أن القيام بواجباتي سيكون أقل بسبب التغيير في شكل جسمي
			14. لا يعجبني المظهر الذي أبدو عليه
			15. أشعر وكأنني روح بلا جسد
			16. ينتابني شعور بأنني لا أصلح لشيء
			17. ينتابني شعور بأنني أقل كفاءة مما كنت عليه سابقا
			18. أنظر إلى جسمي نظرة سلبية
			19. أحزن عندما أفكر في شكلي
			20. أشعر أن شكلي منفر
			21. أشعر بأن الناس يبتعدون عني لشعورهم بأن جسمي غريب
			22. يضايقتني روية نفسي في المرأة
			23. لا أبالي برأي الآخرين بخصوص شكلي
			24. مظهري يسبب لي الإحراج أمام الناس
			25. أفضل العمل بمفردي بسبب شكلي المختلف عن الناس
			26. أرفض الذهاب للأماكن العامة حتى لا يرى مظهري
			27. أشعر بأن الناس ينظرون لي بشفقة بسبب حالتي
			28. أتفادى حضور المناسبات الإجتماعية كالأفراح أو المناسبات الأخرى
			29. لا أستطيع البقاء طويلا في مكان
			30. حالتي تمنعني من التواصل مع الآخرين
			31. أخشى أن أبدو مثيرا للسخرية أمام الآخرين
			32. تؤلمني نظرات الناس لي
			33. اشعر بانني غير متناسق الجسم
			34. ابدو وكاني اكبر من عمري
			35. كنت اتوقع مظهرا غير الذي انا عليه

ملحق (5)

مقياس صورة الجسم بصيغته النهائية

عزيزي الطالب .. عزيزتي الطالبة :

فيما يأتي بعض المواقف التي صيغت بشكل أسئلة عن الطريقة التي تسلك بها وتشعر وتعمل والمرجو منك قراءتها بامعان، ثم اختيار البديل الذي يناسبك من بدائلها وذلك بوضع علامة (√) في الحقل المقابل للفقرة، والذي يمثل البديل المناسب حاول الاجابة بسرعة فنحن نريد استجابتك الاولى، ولا نريد الاجابة بعد عملية تفكير طويلة وحاول ان لا تترك أي سؤال دون اجابة. كما انه ليس هنالك اجابة صحيحة واخرى خاطئة كما ان الاجابة سوف تستخدم لاجراض البحث العلمي فقط ولن يطلع عليها احد سوى الباحثة ولذلك لاداعي لذكر الاسم.

ت	الفقرات	موافق	موافق الى حدما	غير موافق
1.	معظم أصدقائي يبدون في مظهر أفضل مني			
2.	أقارن مظهري وملامح جسمي بالآخرين			
3.	أفكر فيما حدث لي من تغيرات في مظهري أو معالم جسمي			
4.	أصبحت مقيد الحركة بسبب جسمي			
5.	أشعر بأنني غير راض عن جسمي			
6.	يقالقتي التغير في مظهر جسمي			
7.	تزعجني التشوهات الموجودة في جسمي			
8.	أسعى لاجراء عملية لاستعادة التناسق المفقود في جسمي			
9.	أحاول إخفاء إعاقتي من الناس			
10.	أنتصايق من مظهري			
11.	أشعر أن القيام بواجباتي سيكون أقل بسبب التغير في شكل جسمي			
12.	لا يعجبني المظهر الذي أبدو عليه			
13.	أشعر وكأنني روح بلا جسد			
14.	ينتابني شعور بأنني لا أصلح لشيء			
15.	ينتابني شعور بأنني أقل كفاءة مما كنت عليه سابقا			
16.	أحزن عندما أفكر في شكلي			
17.	أشعر أن شكلي منفرد			
18.	أشعر بأن الناس يبتعدون عني لشعورهم بأن جسمي غريب			
19.	يضايقتني روية نفسي في المرأة			
20.	لا أبالي برأي الآخرين بخصوص شكلي			
21.	مظهري يسبب لي الإحراج أمام الناس			
22.	أفضل العمل بمفردي بسبب شكلي المختلف عن الناس			
23.	أرفض الذهاب للأماكن العامة حتى لا يرى مظهري			
24.	أنفادي حضور المناسبات الإجتماعية كالأفراح أو المناسبات الأخرى			
25.	لا أستطيع البقاء طويلا في مكان			
26.	حالي تمنعني من التواصل مع الآخرين			
27.	أخشى أن أبدو مثيرا للسخرية أمام الآخرين			
28.	تؤلمني نظرات الناس لي			
29.	اشعر بانني غير متناسق الجسم			
30.	ابدو وكأنني اكبر من عمري			
31.	كنت اتوقع مظهرا اخر غير الذي انا عليه			