

البحث الخامس

اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة بمدينة عمان وعلاقتها بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأكل الغذائية وبعض العوامل الديموغرافية

د. نسيم داود*

الباحثة ربي فاخوري**

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أشكال اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة في مدينة عمان، وعلاقتها بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأكل الغذائية وبعض العوامل الديموغرافية.

تألفت عينة الدراسة من (٨٤٣) طالبة تراوحت أعمارهن بين (١٤ - ١٦) سنة، وتمثل العينة جميع طالبات الصف العاشر في ١٤ مدرسة اختيرت عشوائياً من مدارس عمان الخاصة.

لتحقيق أغراض الدراسة طور خمسة مقاييس لقياس صورة الذات، واضطرابات الأكل، وممارسة الطالبات للرياضة، والعادات الغذائية للأم، والقلق. وجرى التحقق من صدق هذه المقاييس وثباتها.

أظهرت نتائج الدراسة أن ظاهرة الخوف من السمنة تنتشر لدى ٥٥٪ من أفراد الدراسة، وأن النحافة الشديدة هي أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً لدى الطالبات وقد تصل نسبة إنتشارها إلى ١٧,٥٪، بينما لا تزيد نسبة من يعانين البوليميا على ٦٪ من أفراد الدراسة. كما اشارت النتائج إلى ان نسبة انتشار الخوف من السمنة. والسمنة تزيد بين الطالبات اللواتي يحملن آباءهن وأمهاتهن مؤهلاً علمياً أدنى. ولم تظهر فروق ذات دلالة في نسبة انتشار اضطرابات الأكل وفقاً لمتوسط دخل الأسرة.

كما أشارت النتائج أيضاً إلى علاقة ارتباط دالة بين اضطرابات الأكل لدى المراهقات وكل من صورة الذات، والقلق، وممارسة الطالبات للرياضة، بينما ليس هناك علاقة دالة بين اضطرابات الأكل، فيما عدا النحافة الشديدة، وعادات الأكل الغذائية.

* كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، الأردن.

** كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، الأردن.

١- المقدمة:

لقد زاد إهتمام المجتمعات كما زاد إهتمام الآباء في السنوات الأخيرة بموضوع اضطرابات الأكل. خصوصاً لدى اليافعين واليافعات ولدى النساء في مقتبل العمر، وذلك لأسباب عدة منها: (١) الزيادة الملحوظة في نسبة إنتشار هذه الاضطرابات، وربما زيادة الإهتمام بالكشف عنها. (٢) أعباء ومضاعفات هذه الاضطرابات على المصاين وعائلاتهم والمجتمع، لأن اضطراب إباء الطعام المعروف بالأنوريكسيا قد يحمل مضاعفات شديدة تصل إلى حد الوفاة. وقد تتراوح نسبة الوفيات بين مرضى الأنوريكسيا بين (٥٪ - ٨٪) (Kaplan & Sadock, 1996).

وتشير الدراسات إلى أن هناك اعداداً متزايدة من المرضى الذين يعانون اضطرابات الأكل في البلدان العربية والنامية، على عكس الاعتقاد السائد بأن هذا الاضطراب مرتبط بالثقافة الغربية فقط ويقتصر على أفراد تلك الثقافة (Shuriquie and Abdulhamid, 2005)

وتشير البحوث النفسية إلى ارتباط اضطرابات الأكل باضطرابات مفهوم الذات والثقة بالنفس، واضطرابات القلق والعلاقة المضطربة مع الاهل، وتطور مفاهيم الجنس والتحرر والسيطرة، والسعي إلى الكمال، والاثناط الوسواسية في التفكير (Kaplan and Sadock, 1998). ولما كان تشكيل الهوية الشخصية من أهم المهمات النمائية لمرحلة المراهقة كان فشل المراهق في تكوين الهوية الخاصة به، يؤدي إلى الإمتثال لمعايير خارجية كالاهتمام الزائد بالمظهر، وبصورة الجسد، وبالنحافة، لاعتقاده بأنها طريقه إلى السعادة والقبول الإجتماعي (Levenbron, 2001). ويذكر تيجمان (Tiggemann, 2001) أن الأفراد الذين يعانون الاضطرابات غالباً ما يستخدمون الأكل بوصفه وسيلة في محاولة يائسة للتعويض عن المشاعر السلبية والانفعالات الشديدة، وليشعروا بأنهم مسيطرون على حياتهم. ويصنف الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV اضطرابات الاكل على النحو التالي:

١ - إباء الطعام المعروف بالأنوريكسيا Anorexia Nervosa .

٢ - شره الطعام المعروف بالبوليميا Bulimia Nervosa .

٣ - الشرهه Binge eating disorder .

٤ - السمنة Obesity .

٥ - اضطرابات أخرى غير محددة بوضوح.

Eating disorders not otherwise specified (APA, 1994).

الأنوريكسيا أو النحافة الشديدة: تذكر ريرسون (2005) Ryerson أن كلمة انوريكسيا يونانية ومعناها "دون شهية" فالشخص المصاب بالانوريكسيا يقوم بتجويع نفسه وإنقاص وزنه بدرجة كبيرة جداً ويصبح هاجسه قلة الأكل والنحافة. ويستمر بالحمية لاعتقاده أن الشيء الوحيد الذي يسيطر عليه في حياته هو جسمه. لذا يحاول الهرب من الأكل حتى عندما يصل وزنه لأقل من المعدل الطبيعي. وقد

يلجأ لأية طريقة لتجويد نفسه سواء أكان بتناول العقاقير التي تؤدي إلى النحافة، أو بممارسة الرياضة والامتناع عن تناول الطعام. إن (٩٠٪) من المصابين بالأنوريكسيا من الإناث اللواتي تتراوح أعمارهن بين (١٢-٣٠) سنة، وللأسف يتوفى زهاء (٢٠٪) منهن. ويحدد دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSMIV معايير الأنوريكسيا بما يلي:

الوزن أقل من المعدل الطبيعي مقارنة بالعمر والطول بزهاء (١٥٪)، خوف شديد من زيادة الوزن، وتشوه في صورة الجسم، فبالرغم من النحافة الشديدة يظل الشخص يرى نفسه سمناً، وانقطاع الطمث عند الإناث.

شره الطعام البوليميا: البوليميا كلمة يونانية معناها "جوع الثور". يبدأ هذا الاضطراب في سن المراهقة فيأكل المريض بشراهة كميات كبيرة في مدة قصيرة ثم يقوم بإفراغ معدته بالسر بأية طريقة ممكنة، وبعدها يشعر بالذنب لعدم سيطرته على سلوك الأكل لديه (Katzaman and Pinhas, 2005) إن معظم الذين يعانون هذا المرض هن من النساء أيضاً وقد يتوفى ما نسبته (٥٪ - ١٠٪) منهن. أما معايير البوليميا وفق دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSMIV فهي كما يلي :

١ - يأكل الشخص بشراهة وبالسر في وقت محدد كميات كبيرة من الطعام. ثم يمتلكه شعور بعدم السيطرة على الأكل، مما يدفعه للقيام بممارسة سلوكيات تعويضية غير ملائمة، كالاستفراغ وأخذ المسهلات.

٢ - تحدث حلقات الشرهات ومظاهر السلوك التعويضية بمعدل مرتين في الأسبوع لمدة لا تقل عن ثلاث أشهر.

٣ - هناك تقييم نفسي سلبي يتأثر بالوزن والشكل.

اضطراب الشرهات: ان الشخص الذي يعاني الشرهات يأكل كميات كبيرة من الطعام بسرعة، وبوقت قصير، وبالسر. ويأكل في معظم الأوقات دون أن يكون لديه شعور بالجوع، بل لملاءمة فراغ عاطفي ثم يشعر بالذنب والخل. ويعاني مريض الشرهات مشاعر مزعجة يعتقد أن الأكل سيؤدي إلى تغييرها. لكن الذي يحدث هو العكس تماماً حيث تزداد المشاعر السلبية لديه، كما ان معظم هؤلاء الأشخاص يعانون السمنة (Katzaman and Pinhas, 2005; Kaplan and Sadock, 1998) أما معايير الشرهات وفق دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات الشخصية DSM IV فهي على النحو التالي:

حلقات متكررة من الشرهات، كآبة شديدة بسبب الشرهات، استخدام غير منتظم لمظاهر السلوك التعويضية غير الملائمة. فضلاً عن سبق، يجب أن ترافق الشرهات مع ثلاثة على الأقل من الشروط التالية: الأكل بسرعة أكبر من السرعة العادية، الأكل حتى الشعور بالتخمة، أكل كميات كبيرة بالرغم من عدم الشعور بالجوع، الأكل وحيداً تفادياً للإحراج، الشعور بالذنب أو الإكتئاب أو الاشمئزاز بسبب الأكل

الرائد .

السمنة: يدمج العديد من المختصين في الصحة النفسية السمنة كمشكلة مع اضطرابات الأكل. وغالباً ما تظهر السمنة لدى الأفراد الذين يعانون الشراهة (عبد الرحمن، ١٩٩٩). ويعرف كابلان وسادوك (Kaplan and Sadock 1998) السمنة بأنها التراكم المتزايد للدهن في الجسم. مما يؤدي إلى زيادة وزن الجسم بمقدار (٢٠٪) عن المعدل الطبيعي مقارنة بالعمر والطول. ويتراكم الدهن عادة عندما يأخذ الجسم طاقة من الأكل أكثر مما يصرف من هذه الطاقة. وتقاس السمنة بمقياس مؤشر كتلة الجسم ("BMI" Body mass index) تساوي وزن الجسم بالكغم مقسوماً على طول الشخص بالمتر. فإذا كان مؤشر كتلة الجسم أقل من ١٨، فهذا يعني أن الشخص يعاني قلة الوزن، وإذا كان بين (١٨-٢٥) فهذا يعني أن الشخص يتمتع بوزن مثالي، وإذا كان بين (٢٠-٣٠) فهذا يعني أن الشخص يعاني السمنة من الدرجة الأولى، وإذا كان (٣٠ فما فوق) فهذا يعني أن الشخص يعاني السمنة المفرطة التي تهدد حياته (Gowers, 2001).

إما أكثر الأشخاص عرضة لاضطرابات الأكل فهم الاناث، لأن (٩٠٪) من المراهقين الذين يعانون هذه الاضطرابات هم من الإناث. والفترة الأكثر خطورة على البنات هي ما بين عمر (١٤-١٨) سنة (Katzman and Pinhads, 2005)، وأبناء الطبقة الإجتماعية الاقتصادية المتوسطة والعليا (Boskind- White and White 2000)، والأشخاص الذين يتبعون الحمية الغذائية، حيث يطور (٢٠-٢٥٪) من الذين يتبعون حميات غذائية اضطرابات أكل في النهاية، فكل الذين عانوا اضطرابات الأكل، كانوا قد جربوا الحمية الغذائية (Heato006E and Strauss, 2005)، ممن عانوا السمنة في مرحلة الطفولة: حيث يشير شيفر وميلمان (٢٠٠١) إلى أن زهاء نصف الراشدين الذين يعانون السمنة بدأت عندهم مشكلة زيادة الوزن منذ الطفولة الباكرة. او ممن لديهم استعداد وراثي للسمنة، من لديهم تقدير ذات متدن حيث يرتبط تقدير الذات المتدني بالسمنة منذ مرحلة الطفولة مما يؤدي بصاحبه إلى اضطرابات الأكل (Katzman and Pinhas, 2005).

اما العلاقة بين الصفات الشخصية واضطرابات الأكل فتشير الدراسات إلى أن اضطرابات الأكل تنتشر بين المراهقين الذين لديهم الصفات التالية:-

النزعة نحو الكمال: تؤكد بوسكند وايت ووايت (Boskind- White and White 2000) أن النساء المهووسات بالوزن المثالي والجسم المثالي لديهن رغبة شديدة في أن يكن كاملات لذا يحاولن السيطرة على أجسامهن من خلال الامتناع عن تناول الطعام أو اتباع الحميات الغذائية أو غيرها، مما يؤدي في النهاية إلى الإصابة باضطرابات الأكل.

البلوغ المبكر: عندما تكبر البنت قبل زميلاها يزيد وزنها، وتزيد كمية الدهن في جسمها. لهذا

تحاول إخفاء ذلك عن طريق حسارة الوزن حتى تستعيد المظهر الطفولي السابق بغض النظر عن الطريقة المتبعة في ذلك (Katzman and Pinhas, 2005).

الرياضة: قد يلجأ بعض الأشخاص لممارسة الرياضة المفرطة لحسارة وزهم وبلوغ الوزن الذي يرغبون به، خاصة إذا كانوا ممن يمارسون رياضة تركز كثيراً على شكل الجسم كالجمباز والباليه (Heaton and Strauss, 2005).

المهنة: يتعرض الممثلون وعارضو الأزياء لخطر اضطرابات الأكل بسبب كثرة الضغوط المهنية والاجتماعية عليهم بهدف النحافة (Oltmanns and Emery, 2004).

استضعاف الزملاء للطفل: ترتبط السمعة عند الطفل الذي ينعت زملاؤه بالسمين، بالشكل القبيح والمشاعر السلبية فيحاول التخلص من السمعة بأي ثمن وبأي شكل مما يؤدي به إلى اضطراب الأكل (Katzman and Pinhas, 2005).

الأمراض المزمنة: فالأطفال الذين يعانون امراضاً مزمنة كالسكري، يتعرضون لاضطرابات الأكل. وذلك لأن مرض السكري يجعلهم يهتمون كثيراً بالطعام. كما أن الأنسولين قد يزيد في وزهم، مما يؤدي إلى اضطرابات الأكل (Katzman and Pinhas, 2005).

الضغوط الثقافية والاجتماعية: يصور الإعلام المرأة النحيفة بأنها المرأة المثالية وكلما قلت نسبة الدهون في جسمها كانت أجمل وأكثر جاذبية، وبالتالي أكثر سعادة. فالإعلام يربط الجمال والجاذبية بالنحافة والسعادة وصغر السن (Boskind- White and White, 2001).

صورة الذات: عندما ينظر الشخص الذي يعاني اضطرابات الأكل إلى نفسه، فهو ينظر إلى جسده فقط. أي أنه لا يرى إلا شكل الجسد الخارجي. وتتمحور حياته كلها على شكل الجسم ووزنه ورشاقته. ولكن للأسف تكون نظرة الأشخاص المصابين باضطرابات الأكل لأجسادهم مشوهة وينعكس ذلك على نظرهم لأنفسهم (Mitchell and Peterson, 2005 ; Costin, 1999).

وتبدأ النظرة المشوهة للجسد عند الإناث منذ عمر مبكر، وذلك بسبب القيم الثقافية التي يعززها الإعلام في أيامنا هذه. فتبدأ البنت بالنظر لنفسها وبالتحديد لجسدها بمقارنته بأجسام عارضات الأزياء ونجمات السينما والتلفزيون.

وتضيف ميوسل وزملاؤها (Mussel et al. (2000. أن الإعلام يؤدي دوراً كبيراً في حث المرأة على النحافة الشديدة غير الواقعية. لذا فهي تحاول الوصول لمستوى النحافة غير الواقعي الذي تستحسنه وتؤكد كده الثقافة السائدة. وعندما تفشل في ذلك تبدأ بالنظر إلى نفسها وبالأخص إلى جسدها بوصفه العدو. والأخطر من ذلك لأن عدم الرضا الجسدي واضطرابات الأكل عند المراهقة يتزامن مع التغيرات الفسيولوجية السريعة في هذه المرحلة. وتؤكد جيلر وجولدنر (Geller and Goldner 2000). أن الأهمية التي تعلقها المراهقة على شكلها ووزنها تعدّ متنبأ قوياً بتطور اضطرابات الأكل لديها.

ومع أن للرياضة فوائد جسمية ونفسية كثيرة، لكن المهم هو المحافظة على التوازن بين الأكل والرياضة. لأن افراط الشخص الذي يعاني اضطراب الأكل بممارسة الرياضة له آثار جسمية سلبية جداً وقد تنتهي بالموت (Villapiano and Goodman, 2001). ويعد الهوس بالرياضة من الصفات المشتركة عند الذين يعانون الأنوريكسيا والذين يعانون البوليميا (Costin, 1999). وتؤكد ذلك كوستين (1999) Costin وتقول عندما نصل إلى حد التطرف في الأكل فنأكل أكثر مما يجب أو اقل مما يجب نظور اضطرابات أكل. وكذلك الأمر عندما نصل إلى حد التطرف في ممارسة الرياضة، نصل إلى اضطراب الرياضة Activity disorder، وعندها تصبح الرياضة إدماناً لا يستطيع الشخص إيقافه. وتظهر اضطرابات الرياضة عند الأشخاص الذين تظهر عليهم الأعراض التالية: الهوس بالسمنة، وعدم الرضا عن صورة الجسد، والأكل بشراهة، واتباع الحميات الغذائية، والذين يقومون بمظاهر سلوك تعويضية بعد الأكل الشره لحرق السعرات الحرارية التي اكتسبها الجسم.

القلق: عرف شيفر وميلمان (١ . ٢) القلق بأنه حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بمحادث المستقبل. وتتضمن حالة القلق شعوراً بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع. والذين يعانون قلقاً مرتفعاً هم غالباً أكثر قابلية للإلحاح وأكثر تردداً ولديهم مفهوم ذات منخفض. ويعتمدون على أهلهم ويتأثرون بهم كثيراً. لقد ذكر ليفنكرون (2001) Levenkron أن اضطرابات الأكل تحدث في الغالب في مرحلة المراهقة أثناء محاولة المراهق تحديد هويته. فإذا ترافقت هذه الفترة مع شعور المراهق بالقلق والتوتر أدى ذلك إلى بداية تعرضه لاضطرابات الأكل. إن التعرض للدعاية الإعلامية حول أهمية النحافة، يؤدي للمرأة الممتلئة أو ذات الوزن الزائد إلى أن تشعر بالقلق، وعدم الرضا عن جسدها، وقد تتطور عندها اضطرابات الأكل. وعندما تفشل في تحقيق معايير الجمال التي اعتمدها الثقافة، ينخفض لديها مفهوم الذات وتطور مشاعر سلبية نحو جسدها (Groesz, et al., 2002). ان القلق هو أحد الأعراض المرتبطة باضطرابات الأكل. فالأشخاص الذين يعانون اضطرابات الأكل يشعرون بالخوف من السمنة. ويضيف بوسكند وايت ووايت (2001) Boskind-White and White أن الأكل يعد بمثابة قرص منوم للأشخاص القلقين الذين لا يستطيعون النوم. كما أن إفراغ المعدة من المأكولات التي التهمت بشراهة، يعد عملية تطهير للجسم للتخلص من الشعور بالذنب والكراهية الذاتية، التي يعانيها مضطرب الأكل عندما يلجأ للأكل بشراهة في أوقات القلق.

تعد الأسرة من العوامل الرئيسية التي تؤثر في مظاهر سلوك الأكل لدى المراهقين؛ فقد يمثل الآباء، خصوصاً الأم النموذج الأول الذي يحاول المراهق تقليده والتعلم منه. فتؤثر عادات الأبوين الغذائية بشكل مباشر وقوي جداً على عادات الأطفال الغذائية (شيفر وميلمان، ١ . ٢). فإذا كان للآباء عادات أكل سيئة مثل الأكل بين الوجبات أو أكل أطعمة تؤدي إلى السمنة، أصبحت هذه العادات جزءاً من حياة الأسرة .

كما تؤدي الأم دوراً كبيراً في نقل ثقافة المجتمع لابنتها. فالثقافة التي تتعلق بالمظهر والنحافة والوزن إذا تأثرت وآمنت بها الأم فستنقلها بالتأكيد لابنتها وستؤثر فيها. مما يؤدي لاضطرابات الأكل عند هذه البنت (Hill and Franklin, 1998).

والمرهقات اللاتي تنتقدن أمهاتهن بسبب أوزانهن الزائدة وتفرض عليهن أنظمة غذائية محددة، ترتفع نسبة اضطرابات الأكل لديهن ولا يشعرن بالرضا عن مظهرهن (عبد الرحمن، ١٩٩٩).

والمشكلة الكبرى أن الأم التي تعاني اضطرابات الأكل تشجع ابنتها على فقدان الوزن وتنقل لها أفكارها ومظاهر سلوكها المتعلقة بالأكل (Pike and Rodin, 1991). وأكد هوارث (2000) Haworth. وروت (2001) Root أنه قد تترك الأم عملها أحياناً لتتفرغ لتربية أبنائها. فإذا

تدخلت في حياتهم لتعويض نقص عندها، وتدخلت في أوزانهم، فقد يطور الأبناء اضطرابات في الأكل. فالأم التي كلما أكل طفلها أكثر عززته وضحكت له وشجعت، علمته الإفراط في الأكل. وهذه هي الطريق للسمنة (شيفر وميلمان، ٢٠٠١).

وقد أظهرت دراسات عديدة أهمية موضوع اضطرابات الأكل لدى المراهقات وعلاقته بكل من صورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية، فقد قامت ناصر (1994) Nasser بدراسة في مصر بهدف معرفة اضطرابات الأكل هناك. فقد قامت بتطبيق اختبار Eating attitude test (EAT) على (٣٥١) طالبة بالمرحلة الثانوية في القاهرة. وقد وجدت أن (١١,٤٪) من الطالبات يعانين اضطرابات الأكل. وأن (١,٢٪) منهن يعانين البوليميا.

وهناك دراسة قام بها الشريقي وعبد الحميد (1999) Shuriquie and Abdulhamid في الأردن على طالبات كلية الأميرة منى للتربية وقد أخذ عينة عشوائية مكونة من (١٠٢) مئة طالبة وطالبتين اثنتين من الكلية. تتراوح أعمارهن من (١٧-٢١) سنة، وأظهرت النتائج أن (١٢,٤٪) من العينة يعانين اضطرابات في الأكل.

وفي دراسة أخرى قام بها فيختر وآخرون (2006) Fichter et al. في الولايات المتحدة على عينة مكونة من (٣٠١) مرضى بالأنوريكسيا، فقد أشارت النتائج إلى أنه كلما زادت حدة أعراض الأنوريكسيا واستمرت لفترة طويلة من الزمن، زادت نسبة الوفاة عند هؤلاء المرضى وأصبح من الصعب شفاؤهم.

وقام ستايس وآخرون (1999) Stice et al. بدراسة العلاقة بين زيادة الوزن والحمية الغذائية والشرهة على عينة مكونة من (٦٩٢) مراهقة أمريكية. استمرت الدراسة لمدة (٤) سنوات. وجد الباحثون أن هؤلاء المراهقات كنَّ يمررن في حلقة مفرغة. تبدأ المراهقة بالأكل فيزيد وزنها ثم تقوم بالحمية لتخسر الوزن الزائد، ثم تأكل مرة أخرى وهكذا. حتى تبدأ جهودهن بخسارة الوزن والنحافة وتنتهي بتطوير اضطراب الأكل وزيادة الوزن مما يخفض من صورة الجسد عندهن وهكذا يتطور اضطراب الأكل وتزيد حدته مع الأيام.

وفي دراسة قامت بها هيلبرت (2005) Hilbert لتبيان الخلل في صورة الجسد عند النساء الأمريكيات اللاتي يعانين اضطرابات الأكل، تألفت العينة من (٣٠) سيدة يعانين الشرهية، و(٣٠) سيدة ليس لديهن اضطرابات أكل. وجدت أن نظرة السيدات اللواتي يعانين الشرهية والبوليميا لجسدهن سلبية، بينما السيدات اللواتي شكلن المجموعة الضابطة كانت نظرتهن لأجسادهن طبيعية وحيادية.

أما ديلنسكي وويلسون (2006) Delinsky and Wilson فقد أكدوا مدى تأثير صورة الجسد في اضطرابات الأكل. فقاما بتطوير برنامج أسمياه مواجهة المرأة Mirror Exposure وطبقاه على (٤٥) سيدة لديهن سمنة واهتمام مبالغ فيه بصورة الجسد. وأشارت النتائج إلى تحسن واضح في نظرة هؤلاء السيدات لأنفسهن ولجسدهن، وبالتالي انخفاض في اضطرابات الأكل لديهن.

كما قام ليفين وآخرون (2006) Levine et al. بدراسة لفحص أعراض اضطرابات الأكل عند الأطفال الذين يعانون السمنة. تألفت العينة من (٢٧) طفلاً سميناً تراوحت أعمارهم ما بين (٨-١٣) سنة خضعوا لعلاج اسري سلوكي لمدة (٨) أشهر. كانت النتيجة أنه كلما خسر الأطفال من وزهم، زاد اهتمامهم بصورة الجسد.

وقام عبد الموجود (٢٠٠١) بدراسة على عينة مكونة من (٦٩٠) طالبة و(٢٣٤) طالباً يدرسون في مدارس ثانوية وجامعات في القاهرة، تراوحت أعمارهم بين (١٥-٢٥) سنة وأظهرت النتائج ارتباط صورة الجسد والقلق وتقدير الذات والاكتئاب بالبوليميا.

وأجرى ماك كاب وفنسنت (2003) Mc Cabe and Vincent دراسة للتعرف إلى العوامل النفسية التي تؤثر في اضطرابات الأكل لدى المراهقين الأمريكيين، على (٣٠٦) من الإناث. بمتوسط عمر (١٣,٦٦) سنة و(٢٩٧) من الذكور بمتوسط عمر (١٣,٨٩) سنة. وأشارت النتيجة إلى أن القلق والاكتئاب عوامل تنبأ باضطرابات الأكل لدى المراهقات الإناث. بينما تقدير الذات والمثالية وعدم الفعالية، هي العوامل التي تنبأ باضطرابات الأكل لدى المراهقين الذكور.

وقام ماشيب وجريلو (2006) Masheb and Grillo بدراسة حول الإفراط في الأكل لأسباب انفعالية Emotional overeating عند الأمريكيين الذين يعانون الشرهية على (٢٢٠) شخصاً (٤٨) رجلاً و(١٧٢) سيدة. قامت الدراسة بتقييم أثر الانفعالات التالية على لجوء الشخص للأكل: القلق، الحزن، الوحدة، التعب، الغضب والسعادة. وأظهرت النتائج زيادة الأكل لأسباب انفعالية وبالتالي الشرهية مع زيادة الانفعالات السابقة خاصة القلق بغض النظر عن الجنس ومؤشر كتلة الجسم.

ودرس موند وزملاؤه (2006) Mond et al. العلاقة بين الرياضة واضطرابات الأكل ونوعية الحياة على (٣٤٧٢) سيدة أمريكية تتراوح أعمارهن ما بين (١٨-٤٢) سنة يمارسن الرياضة بانتظام. وأظهرت النتائج أن الرياضة تكون فوق المعدل الطبيعي إذا كان تأجيلها يرتبط بالشعور بالذنب لدى السيدة. وإذا كان الهدف منها خسارة الوزن أو تحسين الشكل، وهو أمر مرتبط باضطرابات الأكل

عند هؤلاء السيدات.

وقد قامت ستريجل مور وكاشلين (Striegel-Moore and Cachelin (2001 باستعراض عدة دراسات ميدانية حول أثر الآباء في اضطرابات الأكل عند الأبناء وخلصت إلى تأكيد التأثير الكبير للآباء على اضطرابات الأكل عند الأبناء وعوامل الخطر التي تؤدي إلى اضطرابات الأكل هي: اضطرابات الأكل عند الآباء، وسمنة الآباء، ودفع الآباء للأبناء للكمال خاصة من حيث شكل الجسم، وتوقعات الآباء العالية التي لا يستطيع الأبناء تحقيقها مما يؤدي بالأبناء للشعور بالقلق ومن هنا تبدأ الاضطرابات. أما ديفر وزملاؤها (Davis et al. (2004 فقد وجدوا أن العائلات الأمريكية التي تهتم بالمظهر الخارجي والحاذية الجسمية تعاني اضطرابات الأكل وذلك من خلال دراسة طبقت على (١٥٨) سيدة، كما أظهرت النتائج أن قيم العائلة تؤثر في الفتيات.

وهناك دراسات عديدة تدعم الأثر الثقافي للمجتمع في اضطرابات الأكل ومنها الدراسة التي قام بها بيليتير وآخرون (Pelletier et al. (2004 وطبقت على (٣٠٠) طالبة جامعية أمريكية. أظهرت أن النساء اللواتي يتأثرن بالضغوط الثقافية الاجتماعية فيما يتعلق بصورة الجسد، ويؤمنن بثقافة النحافة يطورن صورة سلبية عن أجسادهن وبالتالي يطورن أعراض اضطرابات الأكل.

يتبين من خلال مراجعة الدراسات السابقة مدى الاهتمام الذي حظي به موضوع اضطرابات الأكل في المجتمعات الغربية والدراسات العديدة التي تناولت الموضوع والتي أشارت إلى علاقة بين اضطرابات الأكل عند المراهقات وبين كل من صورة الذات والقلق، وممارسة الرياضة، وعادات الأم الغذائية. لما كان أن موضوع اضطرابات الأكل لم يحظ بالاهتمام الكافي في المجتمع العربي عامة المحلي خاصة بالرغم من أهميته جاءت هذه الدراسة لاستقصاء العلاقة بين اضطرابات الأكل وكل من متغيرات صورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وتفسير العلاقة بين هذه المتغيرات مجتمعة ومنفصلة واضطرابات الأكل لدى عينة أردنية لم تحظ بالدراسة الكافية حتى الآن.

٢ - مشكلة الدراسة:

تعاني بعض المراهقات احتلالاً في صورة الذات ومشكلات عاطفية تجعلها أكثر انشغالاً بصورة جسمها ورغبة في أن تبدو بمظهر يلقي استحسان الآخرين وقبولهم. إن حدوث قفزات كمية ونوعية في المظاهر النمائية الجسمية منها خاصة لدى المراهقة قد تؤثر في سلوكيات الأكل لديها فالنمو الجسمي السريع بحاجة إلى مزيد من الغذاء في حين يركز الإعلام المرئي والمسموع على الموضة والرشاقة والنحافة والمظهر الخارجي للفتاة مما يجعلها في حيرة من أمرها. جسدها يطلب المزيد من الغذاء والمعايير المجتمعية تطالبها بالنحافة، لذا نراها تتذبذب بين الحميات الغذائية غير الطبيعية وبين السمنة والنحافة مع ما يرافق ذلك من آثار نفسية مدمرة. ولما كانت الباحثة تعمل مرشدة نفسية في إحدى المدارس الخاصة في المملكة الأردنية الهاشمية لمست وجود هذه المشكلة لدى الطالبات وحاجتهن إلى برامج إرشادية توعوية تساعدن

في تقبل أنفسهن وفي مواجهة الضغوط التي يتعرضن لها، وفي التخفيف من القلق الذي يشعرن به، من هنا جاءت هذه الدراسة للتعرف إلى أشكال اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة في مدينة عمان. وعلاقتها بصورة الذات والقلق وبممارسة الرياضية وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل الديموغرافية ذات العلاقة. وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة التالية:

السؤال الأول: ما اضطرابات الأكل الأكثر شيوعاً بين طالبات الصف العاشر وما نسبة انتشار هذه الاضطرابات لديهن ؟

السؤال الثاني: هل تختلف نسبة انتشار اضطرابات الأكل باختلاف المستوى التعليمي للأم، والمستوى التعليمي للأب، ومتوسط دخل الأسرة السنوي ؟

السؤال الثالث: ما العلاقة بين اضطرابات الأكل وكل من صورة الذات والقلق وممارسة الطالبات للرياضة وعادات الأم الغذائية.

٣ - أهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذه الدراسة من أهمية موضوعها والمرحلة العمرية التي تناولتها، فالمراهقة فترة نمائية سريعة، ومعقدة وحساسة جداً خاصة لدى البنات فقد تحاول الفتاة استيعاب التغيرات الفسيولوجية والانفعالية السريعة، كما تسعى إلى تحديد هوية ذاتية خاصة بها. وأثناء ذلك تتعرض لضغوط اجتماعية كبيرة تتعلق بالمظهر والشكل والرشاقة والجمال المقرون بالنعافة غير الواقعية، التي تقدمها الفضائيات من خلال نجومات السينما والفيديو كالنساء اللواتي تتخذهن المراهقة مثلاً يحتذى. فإذا عجزت المراهقة عن تحمل كل هذه الضغوط، قد تتطور اضطرابات نفسية ومنها اضطرابات الأكل، والتي قد تمتد لتؤثر في جوانب أخرى من حياتها كالتعلم والعمل المدرسي والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين. لذا جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على ظاهرة اضطرابات الأكل لدى الطالبات لعلها تسهم في إثراء المعرفة النظرية حول هذا الموضوع وتساعد في تطوير برامج إرشادية وقائية وعلاجية لها.

٤ - تعريف المصطلحات:

٤-١- اضطرابات الأكل: مجموعة من المشكلات تظهر في الاتجاهات ومظاهر السلوك والمشاعر المتعلقة بالأكل. وتتضمن هذه الاضطرابات إباء الطعام، وشره الطعام، والسمنة، والشراسة، والترعة نحو النعافة. وتعرف اجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص بمقياس اضطرابات الأكل .

٤-٢- النعافة الشديدة أو (الأنوريكسيا): وهو رفض الشخص للطعام ونقصان الوزن الشديد. وتعرف اجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على بعد النعافة الشديدة بمقياس اضطرابات الأكل .

٤-٣- البوليميا: او شره الطعام وهو الأكل بشراهة ثم القيام بأنواع من السلوك التعويضية كالإستفراغ للتخلص من الكمية الكبيرة من الطعام التي تناولها.

٤-٤- الشراهة: الأكل بكميات كبيرة وفي وقت قصير دون القيام بسلوكات تعويضية منتظمة. وتعرف البوليميا والشراهة إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على بعد البوليميا والشراهة بمقياس اضطرابات الأكل .

٤-٥- الخوف من السمنة: والرغبة الشديدة بالنعافة. وتعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على بعد الخوف من السمنة بمقياس اضطرابات الأكل .

٤-٦- السمنة: التراكم المتزايد للدهن في الجسم. وتعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص بمقياس كتلة الجسم (BMI).

٤-٧- صورة الذات: هي نظرة الشخص لنفسه وبالتحديد لمظهره الجسمي. وترجم هذه النظرة الشعور بالراحة والسيطرة على شكل الجسد. وتعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص بمقياس صورة الذات.

٤-٨- ممارسة الرياضة: النشاط الجسدي الذي يمارسه الشخص. وتعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص بمقياس ممارسة الرياضة.

٤-٩- عادات الأم الغذائية: هي أنواع السلوك والاتجاهات والمشاعر التي تحملها الأم عن الأكل مثل اتباع الحمية الغذائية أو الميل للمأكولات الدسمة وعالية السعرات. وتعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص بمقياس عادات الأكل عند الأم.

٤-١٠- القلق: حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم، وتتضمن الشعور بالضيق وانشغال الفكر. وتعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص بمقياس القلق استخدم في هذه الدراسة.

٤-١١- العوامل الديموغرافية: تم تحديد العوامل التالية لأغراض هذه الدراسة: المستوى التعليمي للأم، والمستوى التعليمي للأب، ومتوسط دخل الأسرة السنوي. وذلك لتبيان تأثير هذه العوامل في اضطرابات الأكل عند المراهقات.

٥ - حدود الدراسة:

تحدد نتائج هذه الدراسة بالعينة التي اختيرت من طالبات الصف العاشر المنتظمات بالدراسة من المدارس الخاصة فقط في مدينة عمان. كما تتحدد بأدوات البحث من حيث صدقها وثباتها وبالتغيرات

التي تقيسها. وأخيراً تحدد الدراسة بالمعايير التقديرية لقياس دخل الأسرة السنوي وبالعدد القليل من الطالبات اللواتي أجبن عليه.

٦ - مجتمع الدراسة والعينة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع طالبات الصف العاشر في مدارس عمان الخاصة اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين (١٤-١٦) سنة. حيث شمل الطالبات المنتظمات بالدراسة للفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٢٠٠٥/٢٠٠٦ وعددهن ٢٥٦٤ طالبة.

تكونت عينة الدراسة من (٨٤٣) طالبة ؛ أي ما نسبته (٣٢,٨٪) من مجتمع الدراسة تم اختيار أفراد العينة بالطريقة العشوائية الطبقية باعتبار المدرسة وحدة اختيار. بلغ عدد المدارس التي تضم الصف العاشر (٩٥) مدرسة. استبعدت المدارس التي فيها أقل من (١٠) طالبات في الصف العاشر وعددها (٢٠) مدرسة. مما أدى لأن يتكون مجتمع الدراسة من (٧٥) مدرسة. اختيرت (١٤) مدرسة منها عشوائياً لتمثل عينة الدراسة.

بعد تحديد المدارس التي ستشملها الدراسة، وزعت مقاييس الدراسة على جميع طالبات الصف العاشر في تلك المدارس والبالغ عددهن (٨٧٢) طالبة. وقد وزعت (٨٧٢) استبانة، وبعد استعادتها استبعد منها (٢٩) استبانة وذلك لعدم اكتمال الإجابات عليها. واعتمدت (٨٤٣) استبانة وبالتالي تكون نسبة الاعتماد (٩٦٪).

٧ - أدوات الدراسة :

٧-١- مقياس اضطرابات الأكل :

تمت الاستعانة بمقياس التحاهات الأكل Eating Attitude Test (EAT) الذي طوره جارنر وجارفنكل (Garner and Garfinkel , 1979) وقام بتعريبه وملاءمته للبيئة الأردنية الشريفي وعبد الحميد (Shurique and Abdulhamid, 1999).

وقد اختيرت الفقرات التي تناسب متغيرات الدراسة الحالية لتغطية أبعاد اضطرابات الأكل الثلاثة وهي:

٧-١-١- **النحافة الشديدة:** وتقيسه (١١) فقرة، وهذه الفقرات هي: (١١، ١٠، ٩، ٨، ٧، ٦، ٥، ٤، ٣، ٢، ١) ولما كان الوسط الافتراضي للمقياس هو ٢٧.٥ فقد اعتبرت الدرجة ٢٨ نقطة قطع لاعتبار الطالبة تعاني مشكلة النحافة الشديدة

٧-١-٢- **البوليميا والشره:** وتقيسه (١٢) فقرة، هي الفقرات: (١٢، ١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٣) وقد اعتبرت الدرجة ٣٠ وهي الوسط الافتراضي للمقياس درجة قطع لاعتبار الطالبة تعاني مشكلة البوليميا والشره.

٧-١-٢ - أضيف بعد ثالث للمقياس وهو الخوف من السمّة: وهو مقتبس من مقياس اضطرابات الأكل الذي طوره جارنر (Garner, 1991) وقام بتعريبه الشيخ (٢٠٠٥) وهو يقيس الخوف من السمّة والرغبة الشديدة في النحافة. ويضم خمس فقرات هي (٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٨) اعتبرت الدرجة ١٢،٥ وهي الوسط الافتراضي درجة قطع على هذا البعد لاعتبار الطالبة تعاني المشكلة. وبذا يكون المقياس في صورته النهائية مكوناً من (٢٨) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد هي فقدان الشهية العصبي، (أنوركسيا)، الشراهة والبوليميا والترعة نحو النحافة. يجاب عن فقرات المقياس على سلم خماسي (١-٥) يتدرج من (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، مطلقاً) وتأخذ دائماً (٥) ومطلقاً (١) وبذا تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين ٢٨-١٤٠.

٧-٢-٢ - مقياس صورة الذات:

قامت الباحثة بالاستعانة بمقياس مفهوم الذات للأطفال من سن ٧ إلى سن ١٦ الذي طوره الكيلاني، وورد في الأخضر (١٩٨٩)، كما استعانت الباحثة بمقياس بيرس - هيرس لمقياس مفهوم الذات الذي اشتق له الدواود معايير أردنية (الدواود، ١٩٨٢). وقد قامت بإضافة بعض الفقرات من مقياس الدواود إلى الأبعاد التي طورها الكيلاني. وأصبح المقياس بصيغته النهائية مكوناً من (٤) أبعاد هي:

٧-٢-١ - **الجسم والصحة:** وتغطي الفقرات: (١٥، ١٤، ١٣، ١٢، ١١، ١٠، ٩، ٨، ٧، ٦، ٥، ٤، ٣، ٢، ١)

٧-٢-٢ - **النشاط:** وتغطي الفقرات: (٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٢، ٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٦، ٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٢، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٦، ٤٧، ٤٨، ٤٩، ٥٠، ٥١، ٥٢، ٥٣، ٥٤، ٥٥، ٥٦، ٥٧، ٥٨، ٥٩، ٦٠، ٦١، ٦٢، ٦٣، ٦٤، ٦٥، ٦٦، ٦٧، ٦٨، ٦٩، ٧٠، ٧١، ٧٢، ٧٣، ٧٤، ٧٥، ٧٦، ٧٧، ٧٨، ٧٩، ٨٠، ٨١، ٨٢، ٨٣، ٨٤، ٨٥، ٨٦، ٨٧، ٨٨، ٨٩، ٩٠، ٩١، ٩٢، ٩٣، ٩٤، ٩٥، ٩٦، ٩٧، ٩٨، ٩٩، ١٠٠، ١٠١، ١٠٢، ١٠٣، ١٠٤، ١٠٥، ١٠٦، ١٠٧، ١٠٨، ١٠٩، ١١٠، ١١١، ١١٢، ١١٣، ١١٤، ١١٥، ١١٦، ١١٧، ١١٨، ١١٩، ١٢٠، ١٢١، ١٢٢، ١٢٣، ١٢٤، ١٢٥، ١٢٦، ١٢٧، ١٢٨، ١٢٩، ١٣٠، ١٣١، ١٣٢، ١٣٣، ١٣٤، ١٣٥، ١٣٦، ١٣٧، ١٣٨، ١٣٩، ١٤٠، ١٤١، ١٤٢، ١٤٣، ١٤٤، ١٤٥، ١٤٦، ١٤٧، ١٤٨، ١٤٩، ١٥٠، ١٥١، ١٥٢، ١٥٣، ١٥٤، ١٥٥، ١٥٦، ١٥٧، ١٥٨، ١٥٩، ١٦٠، ١٦١، ١٦٢، ١٦٣، ١٦٤، ١٦٥، ١٦٦، ١٦٧، ١٦٨، ١٦٩، ١٧٠، ١٧١، ١٧٢، ١٧٣، ١٧٤، ١٧٥، ١٧٦، ١٧٧، ١٧٨، ١٧٩، ١٨٠، ١٨١، ١٨٢، ١٨٣، ١٨٤، ١٨٥، ١٨٦، ١٨٧، ١٨٨، ١٨٩، ١٩٠، ١٩١، ١٩٢، ١٩٣، ١٩٤، ١٩٥، ١٩٦، ١٩٧، ١٩٨، ١٩٩، ٢٠٠، ٢٠١، ٢٠٢، ٢٠٣، ٢٠٤، ٢٠٥، ٢٠٦، ٢٠٧، ٢٠٨، ٢٠٩، ٢١٠، ٢١١، ٢١٢، ٢١٣، ٢١٤، ٢١٥، ٢١٦، ٢١٧، ٢١٨، ٢١٩، ٢٢٠، ٢٢١، ٢٢٢، ٢٢٣، ٢٢٤، ٢٢٥، ٢٢٦، ٢٢٧، ٢٢٨، ٢٢٩، ٢٣٠، ٢٣١، ٢٣٢، ٢٣٣، ٢٣٤، ٢٣٥، ٢٣٦، ٢٣٧، ٢٣٨، ٢٣٩، ٢٤٠، ٢٤١، ٢٤٢، ٢٤٣، ٢٤٤، ٢٤٥، ٢٤٦، ٢٤٧، ٢٤٨، ٢٤٩، ٢٥٠، ٢٥١، ٢٥٢، ٢٥٣، ٢٥٤، ٢٥٥، ٢٥٦، ٢٥٧، ٢٥٨، ٢٥٩، ٢٦٠، ٢٦١، ٢٦٢، ٢٦٣، ٢٦٤، ٢٦٥، ٢٦٦، ٢٦٧، ٢٦٨، ٢٦٩، ٢٧٠، ٢٧١، ٢٧٢، ٢٧٣، ٢٧٤، ٢٧٥، ٢٧٦، ٢٧٧، ٢٧٨، ٢٧٩، ٢٨٠، ٢٨١، ٢٨٢، ٢٨٣، ٢٨٤، ٢٨٥، ٢٨٦، ٢٨٧، ٢٨٨، ٢٨٩، ٢٩٠، ٢٩١، ٢٩٢، ٢٩٣، ٢٩٤، ٢٩٥، ٢٩٦، ٢٩٧، ٢٩٨، ٢٩٩، ٣٠٠، ٣٠١، ٣٠٢، ٣٠٣، ٣٠٤، ٣٠٥، ٣٠٦، ٣٠٧، ٣٠٨، ٣٠٩، ٣١٠، ٣١١، ٣١٢، ٣١٣، ٣١٤، ٣١٥، ٣١٦، ٣١٧، ٣١٨، ٣١٩، ٣٢٠، ٣٢١، ٣٢٢، ٣٢٣، ٣٢٤، ٣٢٥، ٣٢٦، ٣٢٧، ٣٢٨، ٣٢٩، ٣٣٠، ٣٣١، ٣٣٢، ٣٣٣، ٣٣٤، ٣٣٥، ٣٣٦، ٣٣٧، ٣٣٨، ٣٣٩، ٣٤٠، ٣٤١، ٣٤٢، ٣٤٣، ٣٤٤، ٣٤٥، ٣٤٦، ٣٤٧، ٣٤٨، ٣٤٩، ٣٥٠، ٣٥١، ٣٥٢، ٣٥٣، ٣٥٤، ٣٥٥، ٣٥٦، ٣٥٧، ٣٥٨، ٣٥٩، ٣٦٠، ٣٦١، ٣٦٢، ٣٦٣، ٣٦٤، ٣٦٥، ٣٦٦، ٣٦٧، ٣٦٨، ٣٦٩، ٣٧٠، ٣٧١، ٣٧٢، ٣٧٣، ٣٧٤، ٣٧٥، ٣٧٦، ٣٧٧، ٣٧٨، ٣٧٩، ٣٨٠، ٣٨١، ٣٨٢، ٣٨٣، ٣٨٤، ٣٨٥، ٣٨٦، ٣٨٧، ٣٨٨، ٣٨٩، ٣٩٠، ٣٩١، ٣٩٢، ٣٩٣، ٣٩٤، ٣٩٥، ٣٩٦، ٣٩٧، ٣٩٨، ٣٩٩، ٤٠٠، ٤٠١، ٤٠٢، ٤٠٣، ٤٠٤، ٤٠٥، ٤٠٦، ٤٠٧، ٤٠٨، ٤٠٩، ٤١٠، ٤١١، ٤١٢، ٤١٣، ٤١٤، ٤١٥، ٤١٦، ٤١٧، ٤١٨، ٤١٩، ٤٢٠، ٤٢١، ٤٢٢، ٤٢٣، ٤٢٤، ٤٢٥، ٤٢٦، ٤٢٧، ٤٢٨، ٤٢٩، ٤٣٠، ٤٣١، ٤٣٢، ٤٣٣، ٤٣٤، ٤٣٥، ٤٣٦، ٤٣٧، ٤٣٨، ٤٣٩، ٤٤٠، ٤٤١، ٤٤٢، ٤٤٣، ٤٤٤، ٤٤٥، ٤٤٦، ٤٤٧، ٤٤٨، ٤٤٩، ٤٥٠، ٤٥١، ٤٥٢، ٤٥٣، ٤٥٤، ٤٥٥، ٤٥٦، ٤٥٧، ٤٥٨، ٤٥٩، ٤٦٠، ٤٦١، ٤٦٢، ٤٦٣، ٤٦٤، ٤٦٥، ٤٦٦، ٤٦٧، ٤٦٨، ٤٦٩، ٤٧٠، ٤٧١، ٤٧٢، ٤٧٣، ٤٧٤، ٤٧٥، ٤٧٦، ٤٧٧، ٤٧٨، ٤٧٩، ٤٨٠، ٤٨١، ٤٨٢، ٤٨٣، ٤٨٤، ٤٨٥، ٤٨٦، ٤٨٧، ٤٨٨، ٤٨٩، ٤٩٠، ٤٩١، ٤٩٢، ٤٩٣، ٤٩٤، ٤٩٥، ٤٩٦، ٤٩٧، ٤٩٨، ٤٩٩، ٥٠٠، ٥٠١، ٥٠٢، ٥٠٣، ٥٠٤، ٥٠٥، ٥٠٦، ٥٠٧، ٥٠٨، ٥٠٩، ٥١٠، ٥١١، ٥١٢، ٥١٣، ٥١٤، ٥١٥، ٥١٦، ٥١٧، ٥١٨، ٥١٩، ٥٢٠، ٥٢١، ٥٢٢، ٥٢٣، ٥٢٤، ٥٢٥، ٥٢٦، ٥٢٧، ٥٢٨، ٥٢٩، ٥٣٠، ٥٣١، ٥٣٢، ٥٣٣، ٥٣٤، ٥٣٥، ٥٣٦، ٥٣٧، ٥٣٨، ٥٣٩، ٥٤٠، ٥٤١، ٥٤٢، ٥٤٣، ٥٤٤، ٥٤٥، ٥٤٦، ٥٤٧، ٥٤٨، ٥٤٩، ٥٥٠، ٥٥١، ٥٥٢، ٥٥٣، ٥٥٤، ٥٥٥، ٥٥٦، ٥٥٧، ٥٥٨، ٥٥٩، ٥٦٠، ٥٦١، ٥٦٢، ٥٦٣، ٥٦٤، ٥٦٥، ٥٦٦، ٥٦٧، ٥٦٨، ٥٦٩، ٥٧٠، ٥٧١، ٥٧٢، ٥٧٣، ٥٧٤، ٥٧٥، ٥٧٦، ٥٧٧، ٥٧٨، ٥٧٩، ٥٨٠، ٥٨١، ٥٨٢، ٥٨٣، ٥٨٤، ٥٨٥، ٥٨٦، ٥٨٧، ٥٨٨، ٥٨٩، ٥٩٠، ٥٩١، ٥٩٢، ٥٩٣، ٥٩٤، ٥٩٥، ٥٩٦، ٥٩٧، ٥٩٨، ٥٩٩، ٦٠٠، ٦٠١، ٦٠٢، ٦٠٣، ٦٠٤، ٦٠٥، ٦٠٦، ٦٠٧، ٦٠٨، ٦٠٩، ٦١٠، ٦١١، ٦١٢، ٦١٣، ٦١٤، ٦١٥، ٦١٦، ٦١٧، ٦١٨، ٦١٩، ٦٢٠، ٦٢١، ٦٢٢، ٦٢٣، ٦٢٤، ٦٢٥، ٦٢٦، ٦٢٧، ٦٢٨، ٦٢٩، ٦٣٠، ٦٣١، ٦٣٢، ٦٣٣، ٦٣٤، ٦٣٥، ٦٣٦، ٦٣٧، ٦٣٨، ٦٣٩، ٦٤٠، ٦٤١، ٦٤٢، ٦٤٣، ٦٤٤، ٦٤٥، ٦٤٦، ٦٤٧، ٦٤٨، ٦٤٩، ٦٥٠، ٦٥١، ٦٥٢، ٦٥٣، ٦٥٤، ٦٥٥، ٦٥٦، ٦٥٧، ٦٥٨، ٦٥٩، ٦٦٠، ٦٦١، ٦٦٢، ٦٦٣، ٦٦٤، ٦٦٥، ٦٦٦، ٦٦٧، ٦٦٨، ٦٦٩، ٦٧٠، ٦٧١، ٦٧٢، ٦٧٣، ٦٧٤، ٦٧٥، ٦٧٦، ٦٧٧، ٦٧٨، ٦٧٩، ٦٨٠، ٦٨١، ٦٨٢، ٦٨٣، ٦٨٤، ٦٨٥، ٦٨٦، ٦٨٧، ٦٨٨، ٦٨٩، ٦٩٠، ٦٩١، ٦٩٢، ٦٩٣، ٦٩٤، ٦٩٥، ٦٩٦، ٦٩٧، ٦٩٨، ٦٩٩، ٧٠٠، ٧٠١، ٧٠٢، ٧٠٣، ٧٠٤، ٧٠٥، ٧٠٦، ٧٠٧، ٧٠٨، ٧٠٩، ٧١٠، ٧١١، ٧١٢، ٧١٣، ٧١٤، ٧١٥، ٧١٦، ٧١٧، ٧١٨، ٧١٩، ٧٢٠، ٧٢١، ٧٢٢، ٧٢٣، ٧٢٤، ٧٢٥، ٧٢٦، ٧٢٧، ٧٢٨، ٧٢٩، ٧٣٠، ٧٣١، ٧٣٢، ٧٣٣، ٧٣٤، ٧٣٥، ٧٣٦، ٧٣٧، ٧٣٨، ٧٣٩، ٧٤٠، ٧٤١، ٧٤٢، ٧٤٣، ٧٤٤، ٧٤٥، ٧٤٦، ٧٤٧، ٧٤٨، ٧٤٩، ٧٥٠، ٧٥١، ٧٥٢، ٧٥٣، ٧٥٤، ٧٥٥، ٧٥٦، ٧٥٧، ٧٥٨، ٧٥٩، ٧٦٠، ٧٦١، ٧٦٢، ٧٦٣، ٧٦٤، ٧٦٥، ٧٦٦، ٧٦٧، ٧٦٨، ٧٦٩، ٧٧٠، ٧٧١، ٧٧٢، ٧٧٣، ٧٧٤، ٧٧٥، ٧٧٦، ٧٧٧، ٧٧٨، ٧٧٩، ٧٨٠، ٧٨١، ٧٨٢، ٧٨٣، ٧٨٤، ٧٨٥، ٧٨٦، ٧٨٧، ٧٨٨، ٧٨٩، ٧٩٠، ٧٩١، ٧٩٢، ٧٩٣، ٧٩٤، ٧٩٥، ٧٩٦، ٧٩٧، ٧٩٨، ٧٩٩، ٨٠٠، ٨٠١، ٨٠٢، ٨٠٣، ٨٠٤، ٨٠٥، ٨٠٦، ٨٠٧، ٨٠٨، ٨٠٩، ٨١٠، ٨١١، ٨١٢، ٨١٣، ٨١٤، ٨١٥، ٨١٦، ٨١٧، ٨١٨، ٨١٩، ٨٢٠، ٨٢١، ٨٢٢، ٨٢٣، ٨٢٤، ٨٢٥، ٨٢٦، ٨٢٧، ٨٢٨، ٨٢٩، ٨٣٠، ٨٣١، ٨٣٢، ٨٣٣، ٨٣٤، ٨٣٥، ٨٣٦، ٨٣٧، ٨٣٨، ٨٣٩، ٨٤٠، ٨٤١، ٨٤٢، ٨٤٣، ٨٤٤، ٨٤٥، ٨٤٦، ٨٤٧، ٨٤٨، ٨٤٩، ٨٥٠، ٨٥١، ٨٥٢، ٨٥٣، ٨٥٤، ٨٥٥، ٨٥٦، ٨٥٧، ٨٥٨، ٨٥٩، ٨٦٠، ٨٦١، ٨٦٢، ٨٦٣، ٨٦٤، ٨٦٥، ٨٦٦، ٨٦٧، ٨٦٨، ٨٦٩، ٨٧٠، ٨٧١، ٨٧٢، ٨٧٣، ٨٧٤، ٨٧٥، ٨٧٦، ٨٧٧، ٨٧٨، ٨٧٩، ٨٨٠، ٨٨١، ٨٨٢، ٨٨٣، ٨٨٤، ٨٨٥، ٨٨٦، ٨٨٧، ٨٨٨، ٨٨٩، ٨٩٠، ٨٩١، ٨٩٢، ٨٩٣، ٨٩٤، ٨٩٥، ٨٩٦، ٨٩٧، ٨٩٨، ٨٩٩، ٩٠٠، ٩٠١، ٩٠٢، ٩٠٣، ٩٠٤، ٩٠٥، ٩٠٦، ٩٠٧، ٩٠٨، ٩٠٩، ٩١٠، ٩١١، ٩١٢، ٩١٣، ٩١٤، ٩١٥، ٩١٦، ٩١٧، ٩١٨، ٩١٩، ٩٢٠، ٩٢١، ٩٢٢، ٩٢٣، ٩٢٤، ٩٢٥، ٩٢٦، ٩٢٧، ٩٢٨، ٩٢٩، ٩٣٠، ٩٣١، ٩٣٢، ٩٣٣، ٩٣٤، ٩٣٥، ٩٣٦، ٩٣٧، ٩٣٨، ٩٣٩، ٩٤٠، ٩٤١، ٩٤٢، ٩٤٣، ٩٤٤، ٩٤٥، ٩٤٦، ٩٤٧، ٩٤٨، ٩٤٩، ٩٥٠، ٩٥١، ٩٥٢، ٩٥٣، ٩٥٤، ٩٥٥، ٩٥٦، ٩٥٧، ٩٥٨، ٩٥٩، ٩٦٠، ٩٦١، ٩٦٢، ٩٦٣، ٩٦٤، ٩٦٥، ٩٦٦، ٩٦٧، ٩٦٨، ٩٦٩، ٩٧٠، ٩٧١، ٩٧٢، ٩٧٣، ٩٧٤، ٩٧٥، ٩٧٦، ٩٧٧، ٩٧٨، ٩٧٩، ٩٨٠، ٩٨١، ٩٨٢، ٩٨٣، ٩٨٤، ٩٨٥، ٩٨٦، ٩٨٧، ٩٨٨، ٩٨٩، ٩٩٠، ٩٩١، ٩٩٢، ٩٩٣، ٩٩٤، ٩٩٥، ٩٩٦، ٩٩٧، ٩٩٨، ٩٩٩، ١٠٠٠، ١٠٠١، ١٠٠٢، ١٠٠٣، ١٠٠٤، ١٠٠٥، ١٠٠٦، ١٠٠٧، ١٠٠٨، ١٠٠٩، ١٠١٠، ١٠١١، ١٠١٢، ١٠١٣، ١٠١٤، ١٠١٥، ١٠١٦، ١٠١٧، ١٠١٨، ١٠١٩، ١٠٢٠، ١٠٢١، ١٠٢٢، ١٠٢٣، ١٠٢٤، ١٠٢٥، ١٠٢٦، ١٠٢٧، ١٠٢٨، ١٠٢٩، ١٠٣٠، ١٠٣١، ١٠٣٢، ١٠٣٣، ١٠٣٤، ١٠٣٥، ١٠٣٦، ١٠٣٧، ١٠٣٨، ١٠٣٩، ١٠٤٠، ١٠٤١، ١٠٤٢، ١٠٤٣، ١٠٤٤، ١٠٤٥، ١٠٤٦، ١٠٤٧، ١٠٤٨، ١٠٤٩، ١٠٥٠، ١٠٥١، ١٠٥٢، ١٠٥٣، ١٠٥٤، ١٠٥٥، ١٠٥٦، ١٠٥٧، ١٠٥٨، ١٠٥٩، ١٠٦٠، ١٠٦١، ١٠٦٢، ١٠٦٣، ١٠٦٤، ١٠٦٥، ١٠٦٦، ١٠٦٧، ١٠٦٨، ١٠٦٩، ١٠٧٠، ١٠٧١، ١٠٧٢، ١٠٧٣، ١٠٧٤، ١٠٧٥، ١٠٧٦، ١٠٧٧، ١٠٧٨، ١٠٧٩، ١٠٨٠، ١٠٨١، ١٠٨٢، ١٠٨٣، ١٠٨٤، ١٠٨٥، ١٠٨٦، ١٠٨٧، ١٠٨٨، ١٠٨٩، ١٠٩٠، ١٠٩١، ١٠٩٢، ١٠٩٣، ١٠٩٤، ١٠٩٥، ١٠٩٦، ١٠٩٧، ١٠٩٨، ١٠٩٩، ١١٠٠، ١١٠١، ١١٠٢، ١١٠٣، ١١٠٤، ١١٠٥، ١١٠٦، ١١٠٧، ١١٠٨، ١١٠٩، ١١١٠، ١١١١، ١١١٢، ١١١٣، ١١١٤، ١١١٥، ١١١٦، ١١١٧، ١١١٨، ١١١٩، ١١٢٠، ١١٢١، ١١٢٢، ١١٢٣، ١١٢٤، ١١٢٥، ١١٢٦، ١١٢٧، ١١٢٨، ١١٢٩، ١١٣٠، ١١٣١، ١١٣٢، ١١٣٣، ١١٣٤، ١١٣٥، ١١٣٦، ١١٣٧، ١١٣٨، ١١٣٩، ١١٤٠، ١١٤١، ١١٤٢، ١١٤٣، ١١٤٤، ١١٤٥، ١١٤٦، ١١٤٧، ١١٤٨، ١١٤٩، ١١٥٠، ١١٥١، ١١٥٢، ١١٥٣، ١١٥٤، ١١٥٥، ١١٥٦، ١١٥٧، ١١٥٨، ١١٥٩، ١١٦٠، ١١٦١، ١١٦٢، ١١٦٣، ١١٦٤، ١١٦٥، ١١٦٦، ١١٦٧، ١١٦٨، ١١٦٩، ١١٧٠، ١١٧١، ١١٧٢، ١١٧٣، ١١٧٤، ١١٧٥، ١١٧٦، ١١٧٧، ١١٧٨، ١١٧٩، ١١٨٠، ١١٨١، ١١٨٢، ١١٨٣، ١١٨٤، ١١٨٥، ١١٨٦، ١١٨٧، ١١٨٨، ١١٨٩، ١١٩٠، ١١٩١، ١١٩٢، ١١٩٣، ١١٩٤، ١١٩٥، ١١٩٦، ١١٩٧، ١١٩٨، ١١٩٩، ١٢٠٠، ١٢٠١، ١٢٠٢، ١٢٠٣، ١٢٠٤، ١٢٠٥، ١٢٠٦، ١٢٠٧، ١٢٠٨، ١٢٠٩، ١٢١٠، ١٢١١، ١٢١٢، ١٢١٣، ١٢١٤، ١٢١٥، ١٢١٦، ١٢١٧، ١٢١٨، ١٢١٩، ١٢٢٠، ١٢٢١، ١٢٢٢، ١٢٢٣، ١٢٢٤، ١٢٢٥، ١٢٢٦، ١٢٢٧، ١٢٢٨، ١٢٢٩، ١٢٣٠، ١٢٣١، ١٢٣٢، ١٢٣٣، ١٢٣٤، ١٢٣٥، ١٢٣٦، ١٢٣٧، ١٢٣٨، ١٢٣٩، ١٢٤٠، ١٢٤١، ١٢٤٢، ١٢٤٣، ١٢٤٤، ١٢٤٥، ١٢٤٦، ١٢٤٧، ١٢٤٨، ١٢٤٩، ١٢٥٠، ١٢٥١، ١٢٥٢، ١٢٥٣، ١٢٥٤، ١٢٥٥، ١٢٥٦، ١٢٥٧، ١٢٥٨، ١٢٥٩، ١٢٦٠، ١٢٦١، ١٢٦٢، ١٢٦٣، ١٢٦٤، ١٢٦٥، ١٢٦٦، ١٢٦٧، ١٢٦٨، ١٢٦٩، ١٢٧٠، ١٢٧١، ١٢٧٢، ١٢٧٣، ١٢٧٤، ١٢٧٥، ١٢٧٦، ١٢٧٧، ١٢٧٨، ١٢٧٩، ١٢٨٠، ١٢٨١، ١٢٨٢، ١٢٨٣، ١٢٨٤، ١٢٨٥، ١٢٨٦، ١٢٨٧، ١٢٨٨، ١٢٨٩، ١٢٩٠، ١٢٩١، ١٢٩٢، ١٢٩٣، ١٢٩٤، ١٢٩٥، ١٢٩٦، ١٢٩٧، ١٢٩٨، ١٢٩٩، ١٣٠٠، ١٣٠١، ١٣٠٢، ١٣٠٣، ١٣٠٤، ١٣٠٥، ١٣٠٦، ١٣٠٧، ١٣٠٨، ١٣٠٩، ١٣١٠، ١٣١١، ١٣١٢، ١٣١٣، ١٣١٤، ١٣١٥، ١٣١٦، ١٣١٧، ١٣١٨، ١٣١٩، ١٣٢٠، ١٣٢١، ١٣٢٢، ١٣٢٣، ١٣٢٤، ١٣٢٥، ١٣٢٦، ١٣٢٧، ١٣٢٨، ١٣٢٩، ١٣٣٠، ١٣٣١، ١٣٣٢، ١٣٣٣، ١٣٣٤، ١٣٣٥، ١٣٣٦، ١٣٣٧، ١٣٣٨، ١٣٣٩، ١٣٤٠، ١٣٤١، ١٣٤٢، ١٣٤٣، ١٣٤٤، ١٣٤٥، ١٣٤٦، ١٣٤٧، ١٣٤٨، ١٣٤٩، ١٣٥٠، ١٣٥١، ١٣٥٢، ١٣٥٣، ١٣٥٤، ١٣٥٥، ١٣٥٦، ١٣٥٧، ١٣٥٨، ١٣٥٩، ١٣٦٠، ١٣٦١، ١٣٦٢، ١٣٦٣، ١٣٦٤، ١٣٦٥، ١٣٦٦، ١٣٦٧، ١٣٦٨، ١٣٦٩، ١٣٧٠، ١٣٧١، ١٣٧٢، ١٣٧٣، ١٣٧٤، ١٣٧٥، ١٣٧٦، ١٣٧٧، ١٣٧٨، ١٣٧٩، ١٣٨٠، ١٣٨١، ١٣٨٢، ١٣٨٣، ١٣٨٤، ١٣٨٥، ١٣٨٦، ١٣٨٧، ١٣٨٨، ١٣٨٩، ١٣٩٠، ١٣٩١، ١٣

(دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، وأبداً) باعتبار ٥ تعني دائماً و ١ تعني أبداً وبذا تتراوح الدرجة الكلية بمقياس بين (٢٦-١٣٠).

٧-٤- مقياس ممارسة التمارين الرياضية:

بعد مراجعة أدب البحث المتعلق بعلاقة ممارسة التمارين الرياضية باضطرابات الأكل وضعت مجموعة من الفقرات تتناول بعض الرياضات الشائعة والمتوقع من المراهقات ممارستها. تكون مقياس من (٧) فقرات. يقابل كل فقرة تدرج رباعي ١-٤ (ولا مرة في الأسبوع، مرة واحدة في الأسبوع ٢-٤ مرات في الأسبوع، ٥-٧ مرات في الأسبوع) لتتراوح الدرجة الكلية بالمقياس من (٧-٢٨).

٧-٥- مقياس العادات الغذائية للأم:

بعد مراجعة أدب البحث المتعلق بموضوع العادات الغذائية للأم وتأثيرها في إصابة ابنتها بأي نوع من أنواع اضطرابات الأكل. وضع تعريف إجرائي لعادات الأم الغذائية للاعتماد عليه في صوغ فقرات المقياس تعرف هذه العادات باتجاهات الأم وسلوكاتها نحو الأكل. وقد وضع مقياس مكون من (١٢) فقرة يجاب عنها بنعم أولاً، وقد صيغت بعض الفقرات بصيغة إيجابية، وبعضها الآخر بصيغة سلبية. تجمع الدرجات في حالة الفقرات الإيجابية كما هي، بينما يتم عكسها في حالة الفقرات السلبية. ويشكل مجموع الدرجات على المقياس، الدرجة الكلية بالمقياس لعادات الأم الغذائية، فقد تتراوح من (١٢-٢٤).

٨- صدق أدوات الدراسة وثباتها:

فقد تم التحقق من صدق المحتوى من خلال عرض أدوات الدراسة على (١٥) محكماً من المختصين في مجال الإرشاد النفسي من العاملين في الجامعات الأردنية للحكم على وضوح الفقرات وسلامة اللغة ودقة التعبير وملاءمة الفقرة لمقياس ما وضعت لقياسه، وانتماء كل فقرة للبعد الذي وضعت ضمنه. وقد اعتمدت نسبة اتفاق بين المحكمين ٨٠٪ حداً أدنى معياراً لاعتماد الفقرة أو تعديلها. فضلاً عن ذلك، فقد أجري التحقق من صدق البناء لكل مقياس على حدة وذلك من خلال تطبيق المقاييس الخمسة على عينة من ٥٠ طالبة من خارج عينة الدراسة، ثم حسبت معاملات الارتباط لكل مقياس على حدة بين درجة الفقرة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه الفقرة، وبين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس. وقد تراوحت معاملات الارتباط لمقياس اضطرابات الأكل بين ٠,٣٠ - ٠,٦٦، ولمقياس صورة الذات بين ٠,٣٠ - ٠,٦٩، ولمقياس القلق بين ٠,٣٤ - ٠,٦١، ولمقياس ممارسة الرياضة بين ٠,٤٩ - ٠,٧٨، ولمقياس عادات الأم الغذائية بين ٠,٣٥ - ٠,٦٨. وقد كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً مما يؤكد صدق المقاييس.

أما ثبات المقاييس، فقد أجري التحقق منه بطريقتين: الأولى عن طريق تطبيق المقاييس الخمسة على عينة مكونة من ٥٠ طالبة من خارج عينة الدراسة، ثم إعادة التطبيق على العينة نفسها بعد أسبوعين من التطبيق الأول وإيجاد معامل الارتباط بين التطبيقين. أما الطريقة الثانية فكانت عن طريق حساب الاتساق

الداخلي. بمعادلة كرونباخ الفا وعلى عينة إعادة التطبيق نفسها، وقد كانت معاملات الثبات كما في الجدول رقم (١).

الجدول رقم (١)

معاملات الثبات لمقاييس الدراسة الخمسة

المقياس	معامل الثبات بإعادة الاختبار Test - retest	معامل الاتساق الداخلي كرونباخ الفا
اضطرابات الأكل	٠,٦٥٠	٠,٨١٠
صورة الذات	٠,٦١٠	٠,٧٧٠
القلق	٠,٧٤٠	٠,٠٩
ممارسة الرياضية	٠,٠٦	٠,٦١٠
عادات الأم الغذائية	٠,٦٢٠	٠,٨٥٠

وتعتبر جميع معاملات الثبات مقبولة لأغراض الدراسة.

٩- تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية:

اشتملت الدراسة على المتغيرات المستقلة التالية: صورة الذات، القلق، ممارسة الرياضة، عادات الأم الغذائية، المستوى التعليمي للأم وله أربعة مستويات: ثانوية فما دون، دبلوم عال، بكالوريوس، دراسات عليا والمستوى التعليمي للأب وله أربعة مستويات: ثانوية فما دون، دبلوم عال، بكالوريوس، دراسات عليا ودخل الأسرة السنوي وله ثلاث مستويات:

أقل من (٧٢٠٠) دينار، (٧٢٠٠-١٤٤٠٠) دينار، أكثر من (١٤٤٠٠) دينار.

أما المتغير التابع فهو اضطرابات الأكل لدى المراهقات.

١٠- نتائج الدراسة:

للإجابة عن أسئلة الدراسة حسب التكرارات، والنسب المئوية، كما اجري تحليل التباين الأحادي، وحسب معامل الارتباط بيرسون.

للإجابة عن السؤال الأول المتعلق باضطرابات الأكل الأكثر شيوعاً بين طالبات الصف العاشر ونسبة انتشار هذه الاضطرابات لديهن، حسب التكرارات والنسب المئوية لكل اضطراب من الاضطرابات وبيّن الجدول رقم (٢) هذه الاضطرابات.

الجدول رقم (٢)

التكرارات والنسب المئوية لكل اضطراب من اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر

اضطراب الأكل	التكرار	النسبة المئوية
الحفاقة الشديدة	١٤٤	١٧,٥%
بوليميا + شراهة	٤٩	٥,٩%
الخوف من السمنة	٤٦٠	٥٥,٨%

يتبين من الجدول رقم (٢) أن نسبة الطالبات اللواتي يعانين النحافة الشديدة هي (١٧,٥ ٪). وأن الطالبات اللواتي يعانين البوليميا والشرهة هي في حدود (٥,٩ ٪). في حين أن (٥٥,٨ ٪) من عينة الدراسة لديهن خوف من السمنة. أما السمنة فقد حسبت من خلال حساب مؤشر كتلة الجسم (BMI) والجدول رقم (٣) يوضح نسبة انتشارها بين الطالبات.

الجدول رقم (٣)

التكرارات والنسب المئوية وفق مؤشر كتلة الجسم لطالبات الصف العاشر

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
BMI أقل من ١٨ (أقل من الوزن المثالي)	١٣٨	١٦,٧ ٪
BMI ١٨-٢٤ (الوزن المثالي)	٥٥٩	٦٧,٨ ٪
BMI ٢٥-٣٠ (السمنة)	٦١	٧,٤ ٪
BMI أكبر من ٣٠ (السمنة المفرطة)	٥	٠,٦ ٪

نلاحظ من الجدول رقم (٣) أن النسبة الأكبر من الطالبات تقع في فئة BMI (١٨-٢٤) وهي فئة الوزن المثالي. وأن نسبة من يعانين السمنة هي في حدود (٨ ٪) من الطالبات، منهن (٠,٦ ٪) يعانين سمنة مفرطة.

وللإجابة عن السؤال الثاني من أسئلة الدراسة المتعلق باختلاف نسبة انتشار اضطرابات الأكل باختلاف المستوى التعليمي للأُم والمستوى التعليمي للأب ومتوسط دخل الأسرة السنوي؟ فقد اجري تحليل التباين الأحادي لكل متغير من هذه المتغيرات .

أ- المستوى التعليمي للأُم:

لقد اجري تحليل التباين الأحادي لبيان تأثير المستوى التعليمي للأُم في انتشار اضطرابات الأكل عند بناتهن، وكانت النتائج كما هي في الجدول رقم (٤).

الجدول رقم (٤)

تحليل التباين لبيان تأثير المستوى التعليمي للأُم على انتشار اضطرابات الأكل عند الطالبات

اضطرابات الأكل	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F المحسوبة	مستوى الدلال
مجتمعة (الدرجة الكلية)	بين المجموعات في المجموعات المجموع	١٣٦١,٣٥٥ ١٥٨,٤٣,٧٦ ١٥٩٤,٠٥,١١	٣ ٧٨٢ ٧٨٥	٤٥٣,٧٨٥ ٢٠٢,١٠٢	٢,٢٤٥	٠,٠٨٢
النحافة الشديدة	بين المجموعات في المجموعات المجموع	٥١,٥٧٧ ٢٩٤,٥٣,٦٩ ٢٩٤٥٦,٩٤	٣ ٧٣٧ ٧٤٤	١٧,١٩٢ ٣٩,٨٨٩	٤٣١,٤	٧٣١,٤

الشراسة والبوليميا	بين المجموعات في المجموعات المجموع	٨٠،٨٦٧ ٢١٧٧٣،٣٢ ٢١٨٥٤،١٩	٣ ٧٤٦ ٧٤٩	٢٩،١٨٧	٩٢٤،٠	٤٩٩،٠
الخوف من السمنة	بين المجموعات في المجموعات المجموع	٤٩٢،٩٥٥ ٣٩،٥٩،٢٩ ٢٩٥٥١،٩٩٥	٣ ٧٥٣ ٧٥٦	١٦٤،٣١٨ ٣٨،٥٩١	٤،٢٥٨	٥،٠،٠*
السمنة	بين المجموعات في المجموعات المجموع	٦٣،٠٤ ١٧٩،٦١ ١،٦٧٤،٢	٣ ٧٢٧ ٠،٧٣	١،٣٥٤ ٢٧٢،٠	٤،٩٨٢	٢،٠،٠**

يشير الجدول (٤) إلى فروقات ذات دلالة إحصائية لدى التزعة نحو النحافة والسمنة فقط مما يدل على فروقات في نسبة انتشارها تبعاً لمؤهل الأم العلمي. ولمعرفة مصدر هذه الفروق اجري اختبار شافية للمقارنات البعدية حيث أظهرت النتائج أن نسبة انتشار الخوف السمنة تزيد لدى الطالبات اللواتي تحمل امهاتهن مؤهل الثانوية العامة فما دون بشكل أكبر من باقي الطالبات اللواتي تحمل أمهاتهن مؤهل البكالوريوس أو الدراسات العليا.

ب- المستوى التعليمي للأب:

استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي لبيان تأثير المستوى التعليمي للأب في اضطرابات الأكل عند الطالبات، والجدول رقم (٥) يظهر نتائج هذا التحليل .

الجدول رقم (٥) تحليل التباين الأحادي لبيان مدى تأثير المستوى التعليمي للأب في اضطرابات الأكل عند الطالبات

اضطرابات الأكل	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
مجتمعة	بين المجموعات في المجموعات المجموع	٧٣٦،٧٥٥ ١٥٦٨١٠،٩٢ ١٥٧٥٤٧،٦٨	٣ ٧٧١ ٧٧٤	٢٤٥،٥٨ ٥ ٢٠٣،٣٨ ٦	١،٢٠٧	٠،٣٠٦
النحافة الشديدة	بين المجموعات في المجموعات المجموع	٢٢،٢٥ ٢٩١٨٦،٦١ ٢٩٢٠٨،٨٦	٣ ٧٢٤ ٧٢٧	٧،٤١٧ ٤٠،٣١٣	٠،١٨٤	٠،٩٠٧
البوليميا والشراسة	بين المجموعات في المجموعات المجموع	١٦،٧١٥ ٢١٥٦١،٧٤ ٢١٧٢٢،٤٥٠	٣ ٧٣٦ ٧٣٩	٥٣،٥٧٢ ٢٩،٢٩٦	١،٨٢٩	٠،١٤
الخوف من السمنة	بين المجموعات في المجموعات المجموع	٢٣٢،٢٧ ٢٨٩٧٠،٦٨ ٢٩٢٠،٩٥	٣ ٧٤٣ ٧٤٦	٧٧،٤٢٣ ٣٨،٩٩١	١،٩٨٦	٠،١١٥

السمنة	بين المجموعات	٤,٢٠١	٣	١,٤٠	٥,١٠٤	٠,٠٠٢*
	في المجموعات	١٩٨,٦٣	٧٢٤	٠,٢٧٤		
	المجموع	٢٠٢,٨٣٤	٧٢٧			

نلاحظ أن قيمة F المحسوبة ذات دلالة إحصائية لدى (للسمنة) فقط، مما يدل على فروقات في نسبة انتشارها تبعاً للمستوى التعليمي للأب.

وعند إجراء اختبار شافية للمقارنات البعدية لتحديد مصدر هذه الفروق كانت النتيجة أن نسبة انتشار السمنة تزيد عند الطالبات اللواتي يحملن أباً وهن مؤهل الدبلوم أو الثانوية العامة مقارنة بمن يحملن أباً وهن مؤهل الدراسات العليا.

ج - متوسط دخل الأسرة:

أجري تحليل التباين الأحادي لبيان تأثير دخل الأسرة في اضطرابات الأكل عند الطالبات. والجدول رقم (٦) يوضح نتائج هذا التحليل.

الجدول رقم (٦)

تحليل التباين لبيان مدى تأثير متوسط دخل الأسرة في اضطرابات الأكل عند الطالبات

اضطرابات الأكل	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F المحسوبة	مستوى الدلالة
مجتمعة (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	٢٣٩,١٥	٧٣	١١٩,٨٢٦	٠,٦٩	٠,٥٤٤
	في المجموعات	٥٨٨,٥٠,٣٤	٢٩٩	١٩٦,٦٧٣		
	المجموع	٥٩٠,٤٤,٩٩٧	١,٣			
النحافة الشديدة	بين المجموعات	٢٤٢٨,٥٩٧	٧٣	٣٣,٢٦٨	٠,٨٠٨	٠,٨٥٥
	في المجموعات	٨٦٠٨,٥٩٨	٢٥٩	٤١,١٨٩		
	المجموع	١١٠٣٧,١٩٤	٢٨٢			
البوليميا والشرهة	بين المجموعات	١٨٣٠,٦٧٨	٧٣	٢٥,٠٧٨	٠,٨١٢	٠,٨٤٩
	في المجموعات	٦٣٦٥,٤٣	٢٠٦	٣٠,٩٠		
	المجموع	٨١٩٦,١١١	٢٧٩			
الخوف من السمنة	بين المجموعات	٢٠٦٣٤,٥٤	٧٣	٣٦,٠٩	٠,٨٨١	٠,٧٣٣
	في المجموعات	٨٦٨,٣٢٦	٢١٢	٤٠,٩٧٣		
	المجموع	١١٣٢٠,٨٦٧	٢٨٥			
السمنة	بين المجموعات	٠,٦٢٥	٢	٠,٣١٣	٠,٠٢٢	٠,٣٦١
	في المجموعات	٨٦,٢٣٨	٢٨٢	٠,٣٠٦		
	المجموع	٨٦,٨٦٣	٢٨٤			

يشير الجدول رقم (٦) إلى أن قيمة F المحسوبة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0,05)$ لدى متغيرات اضطرابات الأكل. مما يدل على أن ليس هناك فروقات في نسبة انتشارها تبعاً لمتوسط دخل الأسرة السنوي.

وللإجابة عن السؤال الثالث حول العلاقة بين اضطرابات الأكل وكل من صورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية، استخرجت مصفوفة معاملات ارتباط بيرسون بين كل متغير من المتغيرات المستقلة والمتغير التابع (اضطرابات الأكل)، فقد كانت النتائج كما في الجدول رقم (٧).

الجدول رقم (٧)

معاملات ارتباط بيرسون بين اضطرابات الأكل وكل من صورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية

السمة	الخوف من السمنة	بوليميا وشراهة	النحافة الشديدة	اضطرابات الأكل		
صورة الذات درجة كلية	**٠,٢٦٨- ٠,٠٠٠	**٠,٢٣٥٠- ٠,٠٠٠	**٠,١٢٥- ٠,٠٠٠	**٠,٢٣٧- ٠,٠٠٠	معامل الارتباط مستوى الدلالة	
بعد الجسم والصحة	**٠,١٧٢- ٠,٠٠٠	**٠,٣٠٣- ٠,٠٠٠	**٠,٢٦٦- ٠,٠٠٠	**٠,٢٦٦- ٠,٠٠٠	معامل الارتباط مستوى الدلالة	
بعد النشاط	**٠,١٤٧- ٠,٠٠٠	**٠,١٣٨- ٠,٠٠٠	٠,٠٠٠٤- ٠,٠٠٠	**٠,١١٤- ٠,٠٠٠	معامل الارتباط مستوى الدلالة	
بعد القدرة العقلية	*٠,٠٧٣- ٠,٠٤٤	**٠,١١٠- ٠,٠٠٠	**٠,١٩٦- ٠,٠٠٠	**٠,١١١- ٠,٠٠٠	معامل الارتباط مستوى الدلالة	
بعد الاتزان العاطفي	*٠,٠٨٩- ٠,٠٤٤	**٠,١٧٠- ٠,٠٠٠	**٠,١٤٦- ٠,٠٠٠	**٠,١٠٨- ٠,٠٠٠	معامل الارتباط مستوى الدلالة	
القلق	*٠,٠٩٠ ٠,٠٠٠	**٠,٢٦١ ٠,٠٠٠	**٠,٣٤٨ ٠,٠٠٠	**٠,١٦٣ ٠,٠٠٠	معامل الارتباط مستوى الدلالة	
ممارسة الرياضة	٠,٠١٧- ٠,٦٤٢	*٠,٠٨٦ ٠,٠١٦	*٠,٠٧١ ٠,٠٠٠	**٠,٢٢٧ ٠,٠٠٠	معامل الارتباط مستوى الدلالة	
عادات الأم الغذائية	٠,٠١٤- ٠,٦٩٦	٠,٠٤٦ ٠,١٩٦	٠,٠٣٩- ٠,٢٧٤	*٠,٠٧٦ ٠,٠٣٥	معامل الارتباط مستوى الدلالة	

يشير الجدول رقم (٧) إلى أن:

- هناك علاقة ارتباط سالبة وذات دلالة احصائية بين صورة الذات بوصفها درجة كلية واضطرابات الأكل مجتمعة ومنفردة .
- هناك علاقة ارتباط سالبة وذات دلالة احصائية بين بعد الجسم والصحة واضطرابات الأكل مجتمعة وكل من النحافة الشديدة، والبوليميا والشراهة، والخوف من السمنة، والسمنة منفردة.
- هناك علاقة ارتباط سالبة وذات دلالة بين بعد النشاط واضطرابات الأكل مجتمعة وكل من البوليميا والشراهة، والخوف من السمنة، والسمنة منفردة.
- هناك علاقة ارتباط سالبة وذات دلالة بين بعد القدرة العقلية واضطرابات الأكل مجتمعة وكل من البوليميا والشراهة، والخوف من السمنة، والسمنة منفردة.
- وأخيراً هناك علاقة ارتباط سالبة وذات دلالة بين بعد الاتزان العاطفي واضطرابات الأكل مجتمعة وكل من النحافة الشديدة، والبوليميا والشراهة، والخوف من السمنة، والسمنة منفردة.

ونلاحظ في الجدول رقم (٧) علاقة ارتباط موجبة وذات دلالة بين القلق واضطرابات الأكل مجتمعة وكل من النحافة الشديدة، والبوليميا والشره، والخوف من السمنة، والسمنة منفردة وقد كانت هذه العلاقة ضعيفة بين القلق والسمنة. كما يظهر الجدول رقم (٧) علاقة ارتباط موجبة ودالة بين ممارسة الرياضة عند الطالبات واضطرابات الأكل مجتمعة وكل من النحافة الشديدة، والبوليميا والشره، والخوف من السمنة منفردة. ولم تظهر علاقة ذات دلالة بين ممارسة الرياضة والسمنة لدى الطالبات ولا علاقة ذات دلالة بين عادات الأم الغذائية واضطرابات الأكل ما عدا النحافة الشديدة فقد كانت العلاقة بينهما دالة إحصائياً.

١١- مناقشة النتائج:

أظهرت النتائج أن (٥,٩٪) من طالبات عينة الدراسة يعانين البوليميا والشره وأن (١٧,٥٪) يعانين النحافة الشديدة في حين أن (٥٥,٨٪) منهن لديهن خوف شديد من السمنة وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة الشريقي وعبد الحميد (1999) Shurique and Abdulhamid و جورز (2001) Gowers ومصيل ورفاقه (Mussel, et al. 2000) الذين أكدوا أن اضطرابات الأكل وبالأخص الأنوريكسيا (أو النحافة الشديدة) آخذة بالانتشار ليس فقط في المجتمعات الغربية بل في الدول النامية المفتوحة على الثقافة الغربية أيضاً.

فطالبات المدارس الخاصة في مدينة عمان منفتحات على الثقافة الغربية من خلال اطلاعهن على المجالات والبرامج الأجنبية الإذاعية والتلفزة على الفضائيات وأحياناً بالسفر إلى الدول الأوروبية والولايات المتحدة، مما يجعلهن على صلة بالثقافة الغربية التي تمجد النحافة والرشاقة وتقرنها بالجمال وتقدمها نموذجاً من خلال عارضات الأزياء ونجمات السينما.

أما فيما يتعلق بالمستوى التعليمي لكل من الأم والأب، فقد أظهرت نتائج الدراسة أن الطالبات اللواتي تحمل أمهاتهن مؤهل الثانوية العامة فما دون تنتشر بينهن السمنة والخوف من السمنة بنسبة أكبر مقارنة بالطالبات اللواتي تحمل أمهاتهن مؤهل البكالوريوس أو الدراسات العليا. كما تنتشر السمنة بين الطالبات اللواتي يحمل أبائهن مؤهل الثانوية العامة أو الدبلوم بنسبة أكبر، مقارنة بالطالبات اللواتي يحمل أبائهن مؤهل البكالوريوس أو الدراسات العليا. بمعنى أن ارتفاع مستوى تعليم الأبوين يقلل من احتمال إصابة المراهقات باضطرابات الأكل.

تتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي قامت بها جامعة أكسفورد الواردة في عبد الرحمن (١٩٩٩) والتي أظهرت أنه إذا كان الآباء وخصوصاً الأم لا تحمل مؤهلاً علمياً عالياً، ولديها القدرة الشرائية فقد تقوم بإطعام أولادها أطعمة غير صحية تؤدي لإصابتهم بالسمنة. أضف إلى ذلك ارتباط مستوى تعليم الأبوين بالمستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة، مما يعني أن الأم الأقل حظاً في التعليم ربما لا تحرص على تقديم القدوة الحسنة لابنتها في الاعتدال في المأكل والمظهر والإهتمام بالصحة. كما أنها قد تشجع ابنتها على إتباع الحمية (الرجيم) للتخلص من السمنة أو الوزن الزائد. وقد أشارت الدراسات إلى أن

اتباع الحمية بوصفها وسيلة لإنقاص الوزن قد تؤدي إلى اضطرابات الأكل (Heaton & Straus, 2005).

إن نوعية العلاقة بين الآباء والأبناء قد تؤدي لاضطرابات الأكل عند الأبناء. لأن الآباء الذين يحملون مؤهل الثانوية العامة فما دون ربما لا يفهمون ما تمر به المراهقة من ضغوطات في المدرسة وبين صديقاتها وفي المجتمع الذي يؤكد أهمية الجاذبية الجسمية فتتطور عندها اضطرابات نفسية منها اضطرابات الأكل. كما تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة التي قام بها ديفيز وآخرون (2004). Davis, et al، فالعائلة التي لديها قوة شرائية لكن الآباء يحملون مؤهلات تعليمية متدنية قد يكون اهتمامهم بالمظاهر الخارجية أكبر من اهتمامهم بالأمور الجوهرية. فقد تضغط هذه العائلات على بناتها للمحافظة على أجسام جذابة بغض النظر عن عذاب الأبناء لمحاولة تحقيق الجاذبية الجسمية المطلوبة. أما اختلاف اضطرابات الأكل تبعاً لمتوسط دخل الأسرة. فلم تظهر النتيجة فروقات في نسبة انتشار اضطرابات الأكل تبعاً لمتوسط دخل الأسرة. وإن هذه النتيجة لا تتفق مع الدراسات التي قامت بها بوسكند وايت ووايت (2001) Boskind-White and White التي تشير إلى تزايد اضطرابات الأكل عند الطبقات المتوسطة والعالية في المجتمع.

ويمكن تفسير ذلك بأن هذا البند من الاستبانة المتعلق بمتوسط دخل الأسرة لم تقم جميع الطالبات بالإجابة عنه. كما يمكن أن يكون اختيار العينة المتحيز من طالبات المدارس الخاصة له دور في ذلك لأن جميع طالبات المدارس الخاصة هن تقريباً من أسر ميسورة وربما ليس هناك تفاوت كبير بينهم في الدخول.

كما أظهرت النتائج علاقة ارتباط سلبية وذات دلالة بين صورة الذات واضطرابات الأكل. فكلما كانت صورة المراهقة عن نفسها سلبية، زاد احتمال أن تطور اضطرابات الأكل.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من كانبولات وزملائه (2005). Canpolat et al وهان (2003) Han والتي أظهرت أن صورة الجسد هي أهم العوامل التي تؤثر في رضا المراهقة عن ذاتها. وتأتي الصورة السلبية للجسد من الصورة المثالية للنحافة التي وضعتها المراهقة لنفسها. وذلك لأن المراهقة التي تتعرض لصور عارضات الأزياء والإعلاميات والممثلات النحيفات جداً سواء أكان على الفضائيات أم في المجالات، ستحاول تقليدهن وستدخل في حلقة مفرغة. فستحاول إنقاص وزنها وعندما لا تستطيع الوصول للوزن المثالي النحيف في نظرها ستصبح نظرتها لجسمها سلبية، وكلما زادت الأهمية التي تعلقها المراهقة على شكلها ووزنها زاد احتمال أن تطور اضطرابات الأكل (Geller & Goldner, 2000).

هذا كما أظهرت نتائج الدراسة علاقة ارتباط موجبة ودالة إحصائية بين القلق واضطرابات الأكل عند المراهقات. فالمرهقة التي تحاول المحافظة على جسم رشيق، والظهور بالمظهر الجذاب النحيف، وهوما يقيمه المجتمع عالياً، تكون في حالة قلق دائم وتفكير مستمر حول كيفية المحافظة على رشاقتها ونحافتها،

فتنشغل بقضايا كالأكل والوزن وأشكال الحمية. مما يزيد في شعورها بالقلق ويزيد في احتمال تعرضها لأن تطور اضطرابات الأكل.

وتتفق هذه النتيجة مع أدب البحث الذي يقول إن القلق يؤدي إلى اضطرابات الأكل ومنها السمنة. فالشخص الذي يعاني قلقاً مرتفعاً يشعر بالخوف من السمنة. لكن الذي يحصل أحياناً أن الشخص الذي يعاني القلق يدخل في دائرة سيئة فهو كما ذكرت بوسكند وايتت ووايتت (2001) Boskind-White and White، قد يواجه موقفاً ما يشعره بالقلق، فلا يعرف كيف يتصرف. فيهرب للأكل، وقد يأكل بشراهة فيشعر بالخوف من السمنة ويعتريه شعور بالذنب فيقوم بمحاولات مختلفة لإنقاص وزنه، وربما لا ينجح فيشعر بمزيد من القلق فيلجأ للأكل، فالقلق، وهكذا. هذه الدائرة السيئة قد تؤدي مع الوقت بالشخص لأن يصبح سميناً ويطور اضطرابات الأكل.

أما حول الرياضة فقد أظهرت النتائج علاقة إرتباط موجبة وذات دلالة بين ممارسة الرياضة واضطرابات الأكل عند المراهقات ومع أن ممارسة الرياضة تساعد المراهقات على قضاء وقت ممتع، وعلى إفراغ طاقتهم الكبيرة وعلى تحسين معنوياتهم. إلا أن الرياضة قد تصبح اضطراباً يترافق باضطرابات الأكل، في حال أصبحت هاجس المراقبة اليومي الذي يجب ممارسته دائماً، بغض النظر عن العوائق أو التعب أو الإنهاك، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (Costin, 1999).

يذكر موند وزملاؤه (2006) Mond et al. أنه عندما يصبح الهدف من الرياضة خسارة الوزن أو تحسين شكل الجسم، وعندما يرتبط تأجيلها بالشعور بالذنب عندها تصبح الرياضة مرتبطة باضطرابات الأكل.

هذا وقد أظهرت النتائج أيضاً علاقة إرتباط موجبة وذات دلالة بين النحافة الشديدة لدى البنات والعادات الغذائية لدى الأم. وهذا يتفق مع نتائج دراسة ستريجل مور وكاشلين (2001) Striegel-Moore and Cachelin والتي تقول إن اضطرابات الأكل عند الأم تؤدي إلى اضطرابات الأكل عند ابنتها. ذلك لأن البنات تتعلم من أمها عن طريق النمذجة. فالأم التي تعاني الانوريكسيا تكون في حالة حمية دائمة. وعلى الأغلب ستقلدها أبنيتها وتقوم بالحمية.

وقد أكدت الدراسات أن اضطراب الأنوريكسيا (النحافة الشديدة) بالذات ينتقل وراثياً من الأم إلى الابنة وذلك لارتباطه ببعض السمات الشخصية مثل كبت البنات لعواطفها، وضعف التأقلم مع التغيرات، والميول الوسواسية، والتصلب بالرأي (عبد الرحمن، ١٩٩٩).

أما لعدم وجود علاقة بين البوليميا والشراهة والزعة نحو النحافة عند البنات وبين عادات الأكل عند الأم، فإن هذا لا يتفق مع دراسة ستيجر وآخرين (1995) Steiger et al. التي تؤكد هذه العلاقة. وربما أمكن تفسير ذلك أن الأم التي تعاني البوليميا ستأكل بشكل عادي أمام أولادها ثم تأكل بشراهة وتقوم بالسلوكات التعويضية سراً. أضف إلى ذلك إنخفاض نسبة من يعانين البوليميا والشراهة من الطالبات، فقد لا تتجاوز نسبتهن ٦٪ من أفراد عينة الدراسة .

أما لعدم وجود علاقة بين عادات الأم الغذائية وبين السمنة عند البنت. فإن هذه النتيجة لا تتفق مع ما خرجت به الدراسة التي قام بها ستريجل مور وكاشلين (2001) Striegel-Moore and Cachelin اللذين أكدوا العلاقة بين سمنة الآباء وسمنة الأبناء.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المراهقات اللواتي يعانين السمنة هذه الأيام يتأثرن بعوامل البيئة الخارجية التي تسمى بالبيئة السامة Toxic environment فالبيئة تشجع على استهلاك كميات كبيرة من الطعام الذي يحتوي على نسبة عالية من الدهون ونسبة عالية من السكر، كوجبات الأكل السريع. كما تشجع ضمناً على قلة الحركة. فالمراهق يقضي ساعات طويلة جالساً أمام التلفاز أو شاشة الكمبيوتر أو ألعاب الفيديو.

وتبرز نتائج الدراسة الحالية ضرورة إعداد برامج إرشادية وقائية لتوعية الطلاب حول موضوع اضطرابات الأكل والعوامل المسببة له. كما أنه من الضروري توعية الآباء حول المشاكل التي تمر بها الفتاة في فترة المراهقة لمساعدتها على تخطي هذه المرحلة الصعبة. وهناك حاجة لإجراء المزيد من الدراسات حول موضوع اضطرابات الأكل وآثارها السلبية في عينات أخرى ومتغيرات أخرى كطالبات المدارس الحكومية مثلاً أو فئات عمرية أخرى.

المراجع

المراجع العربية:

- الأخضر، فاطمة محمد. (١٩٨٩). أثر المشاركة في برنامج الإرشاد الجمعي وفي برنامج النشاط على تحسن مفهوم الذات. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية عمان، الأردن.
- الداود، أسعد فرحان. (١٩٨٢). اشتقاق معايير أردنية لمقياس بيرس - هيرس لمفهوم الذات. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك، أربد، الأردن.
- الشيخ، أحمد سعد. (٢٠٠٢). العوامل المرتبطة باضطرابات الأكل لدى عينة من المراهقات في مدارس عمان الخاصة. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- شيفروميلمان، (٢٠٠١). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. (نسليمه داود ونزيه حمدي، مترجم) عمان: الجامعة الأردنية.
- عبد الرحمن، محمد السيد. (١٩٩٩). علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج) القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الموجود، حسن. (٢٠٠١). اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية. مجلة علم النفس، يوليو، اغسطس، العدد ٥٩.
- غراية، إيهاب محمد. (٢٠٠٣) فاعلية برنامج عقلائي انفعالي في رفع درجة قوة الأنا وخفض حدة القلق لدى عينة من المراهقين. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

المراجع بالإنجليزية:

- Boskind-White, M. and White, W. C. Jr. (2. . 1). **Bulimia, Anorexia. The Binge/Purge Cycle and Self- Starvation**, (3rd ed.). New York: W.W. Norton and co.
- Canpolat, B. I., Orsel Sibet, A. A. and Ozbay, M. H. (2. . 5). The Relationship between dieting and body image, body ideal, self perception and body mass index in Turkish adolescents. **International Journal of Eating Disorders**, 37,15. -155.
- Costin, C. (1999). **The Eating Disorder Source Book: A Comprehensive Guide to the Causes, Treatments and Prevention of Eating Disorders**, (2nd ed.). Los Angeles: Lowell house.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E. and Fox, J. (2. . 4). Looking good-Family focus on appearance and the risk for eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, 35,(2), 136-144.
- Delinsky, S. S. and Wilson, G. T. (2. . 6). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. **International Journal of Eating Disorders**, 39,1. 8-116.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. and Hedlund, S. (2. . 6). Twelve year course and outcome predictors of anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, 39,(2) 87-1. .
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitude test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**,9,273-279.
- Garner, D. M. (1991). **Eating Disorders Inventory-2 Professional Manual**. Odessa, F.L: Psychological assessment resources inc.
- Geller, J. and Goldner, E. M. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal Orientation in anorexia. **International Journal of Eating Disorders**, 28,8-19.
- Gowers, S.G. (2001). **Adolescent Psychiatry in Clinical Practice**. London: Arnold.
- Groesz, L.M., Levine, M.P. and Murnen, S.K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta analytic review. **International Journal of Eating Disorders**, 31,1-16.
- Han, H. (2003). Body image dissatisfaction and eating disturbance among Korean college female students: Relationship to media exposure, upward comparison and perceived reality. **Communication Studies**, 54, (1).65-7. .
- Haworth, H. S. (2000). The critical shapes of body image: the role of culture and Family in the production of eating disorder. **Journal of Marriage and Family**,26. (1). 212-238.
- Heaton, J. A. and Strauss. C. J. (2005). **Talking to Eating Disorders. Simple Ways to Support Someone With Anorexia, Bulimia, Binge Eating or Body Image Issues**. USA: New American Library.
- Hilbert, A. (2005). Body related cognitions in binge eating disorder and bulimia nervosa. **Journal of Social and Clinical Psychology**, 24. (4), 561-579.

-Hill, A. J. and Franklin, J .A.. (1998). Mothers, Daughters and Dieting: Investigating the Transmission of weight control. **British Journal of Clinical Psychology**,37,3-13.

-Kaplan, H.1. and Sadock, B. J. (1998). **Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry**, (8th ed). Williams and Wilkins.

-Katzman, D. K. and Pinhas, L. (2005). **Help for Eating Disorder. A Parent's Guide to Symptoms, Causes and Treatments**. Canada: Robert Rose.

-Levenkron, S. (2001). **Anatomy of Anorexia**. New York: W.W. Norton and Company Inc.

-Levine, M.D. Ringham, R. M., Kalarchian. M. A., Wisniewski, L. and Marcus, M.D. (2006). Overeating among seriously overweight children seeking treatment: Results of the children's eating disorder examination. **International Journal of Eating Disorders**, 39, (2). 135-14. .

-Masheb, R. M. and Grilo, C. M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. **International Journal of Eating Disorders**. 39, (2), 141-146.

-McCabe, M.P. and Vincent, M.A. (2003). **Eating Disorders: Psychological Factors Affect Disordered Eating Among Adolescents**. Drug week. Atlanta: Sep 26, 1. 5.

-Mitchell, J. E. and Peterson, C. B. (2005). **Assessment of Eating Disorders**. New York: The Guilford press.

-Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B. and Owen, C. (2006). An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research. **International Journal of Eating Disorders**, 39, (2), 147-153.

-Mussell, M.P., Binford, R.B. and Fulkerson, J. A. (2000). Eating disorders: Summary of risk factors, prevention programming and prevention research. **The Counseling Psychologist**, 28, (6), 764-796.

-Nasser, M. (1994). Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 29,25-3. .

-Oltmanns, T.F. and Emery, R.E. (2004). **Abnormal Psychology**, (2nd ed.). New Jersey: Prentice Hall.

-Pelletier, L. G., Dion, S. and Lévesque, C. (2004). Can self- determination help protect women against sociocultural influences about body image and reduce their risk of experiencing bulimic symptoms? **Journal of Social and Clinical Psychology**, 23, (1), 61-88.

-Picard, C. (1999). The level of competition as a factor for the development of eating disorders in female collegiate Athlets. **Journal of Youth and Adolescents**, 28, (5),583-594.

-Pike, K.M.and Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. **Journal of Abnormal Psychology**, 100,198-204

-Ryerson, M. (2. . 5) **Appetite for Life. Inspiring Stories of Recovery from Anorexia, Bulimia and Compulsive Overeating**. New York: Universe inc.

-Shuriquie, N., E., and Abdulhamid, M. (2005). Eating disorders among Jordanian women. A collective case study. **The Arab Journal of Psychiatry**, 16.(1),45-54.

-Stice, E., (2001). A Prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. **Journal of Abnormal Psychology**, 111, 1-12.

-Streiger, H., Stotland, S., Ghadirian, A.M., and Whitehead, V. (1995). Controlled study of eating concerns and psychopathological traits in relatives of eating-disordered probands: Do familial traits exist? **International Journal of Eating Disorders**, 18, 1. 7-118.

-Striegel- Moore, R. H. and Cachelin, F.M. (2001). Etiology of eating disorders in women. **The Counseling Psychologist**, 29.(5). 635-661.

-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**, 152.(2),133-143.

-Villapiano, M. and Goodman, L. J. (2001). **Eating Disorders, Time for Change**. U.S.A.: Brunner-Routledge. Taylor and Francis group.