

فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات Anorexia nervosa among Teenagers

مخبر البحث في علم النفس وعلوم التربية / كلية العلوم الاجتماعية / محمد بن احمد وهران 2 / الجزائر	علم النفس	ملال خديجة* MELLAL KHADIDJA mellal.khadidja@univ-oran2.dz
مخبر البحث في علم النفس وعلوم التربية / كلية العلوم الاجتماعية / محمد بن احمد وهران 2 / الجزائر	علم النفس	محرزي مليكة MEHERZI MALIKA meherzi.malika@univ-oran2.dz
DOI: 10.46315/1714-011-001-022		

الإرسال: 01/07/2020 القبول: 01/11/2020 النشر: 16/01/2022

ملخص: يعد اضطراب فقدان الشهية العصبي من بين أكثر الاضطرابات التي تمس المراهقين وتشكل خطورة على حياتهم، وللتعرف مستوى انتشار هذا الاضطراب لدى المراهقين في المجتمع الجزائري، فقد استهدفت هذه الدراسة موضوع " فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات "، وبالاعتماد على المنهج الوصفي تم إجراء الدراسة على عينة قوامها 100 مراهقة من ثانوية محمد خنتاش بولاية الشلف، وباستعمال مقياس فقدان الشهية العصبي لزينب شقير، تم التوصل إلى: تعاني المراهقات من مستوى فقدان الشهية العصبي دون المتوسط. كلمات مفتاحية: فقدان الشهية العصبي؛ المراهقات؛ اضطرابات الأكل؛ الطعام؛ الوزن.

Abstract: (English)

Anorexia nervosa is one of the most dangerous disorders affecting adolescents and poses a threat to their lives. To find out the prevalence of this disorder among adolescents in Algerian society, this study targeted the topic "Anorexia nervosa in adolescent girls", and based on the descriptive approach, the study was conducted on a sample which consisted of 100 teenagers at Mohamed khentach High School of Chlef. Using the anorexia nervosa scale of Zainab Choucair, the concluded result was that: Teenagers suffer from a below average level of anorexia nervosa.

Keywords: Anorexia nervosa ; Teenagers, Eating disorders ; food ; weight.

مقدمة (Introduction): انتشر اضطراب فقدان الشهية العصبي بشكل كبير في الآونة الأخيرة، وأصبح يصيب فئة واسعة من المراهقين والراشدين خاصة الإناث منهم، وذلك تماشيًا مع موجة النحافة العالمية التي يقدمها الإعلام الغربي والعربي، ونظرًا للنمو الجنسي السريع لدى المراهقين،

*- الباحث المرسل: mellal.khadidja@univ-oran2.dz

والذي يتطلب حاجات غذائية معينة، يؤدي نقصها نتيجة فقدان الشهية لديهم إلى مضاعفات طبية مستقبلا.

1. مشكلة الدراسة: تعد مرحلة المراهقة من أهم مراحل النمو في حياة الإنسان لأنها مرحلة التكوين والبناء، ويمكن اعتبارها فترة ميلاد جديدة، ذلك لكونها فترة قلق وحرارة إذ أنها تعتبر مرحلة عمرية بالغة الأهمية لما يكتنفها من تغيرات نفسية واجتماعية، وتبدأ مرحلة المراهقة بعد اجتياز مرحلة الطفولة والتي تمثل كما وصفها البعض بأنها الحد الفاصل ما بين الطفولة والشباب، حيث تسم بمحاولة الوصول إلى التوافق قصد تحقيق الذات والحصول على المكانة أي الانتقال إلى الاعتماد على النفس، فمرحلة المراهقة تمر بتغيرات سريعة تصيب مختلف جوانب النمو وبالأخص الذات الجسمية خاصة لدى الإناث، ومن أهم ما يميز هذه الجانبة هو النمو السريع الذي يظهر في زيادة الطول والعرض وتغير في شكل ملامح الوجه، وظهور الحيض وهذا الأخير يكون غير طبيعي وعادي، حيث تمر الفتاة في هذه المرحلة باضطرابات وقلق نفسي يجعلها تأكل كمية كبيرة من الأكل يكون الجسم غير محتاج إليها وبالتالي تتعرض إلى زيادة الوزن وقد تكون في الجسم كله ولكن غالبا ما تكون الزيادة في أماكن معينة كالبتن والأرداف، لذا تنشغل المراهقة أكثر بالمظهر الخارجي لجسمها، نظرا لما يميز هذه الجانبة من نمو ينعكس على الجانبة النفسي لها وعلى تكيفها مع المجتمع (صرحان.2007. 123)

ويختلف هذا التكيف تبعا لعوامل عديدة من شخصية المراهقة ونموها العقلي واتزانها النفسي وثقافتها، بالإضافة إلى تأثيرها بالإعلام وما يرد فيه في مجال الجمال والأناقة والرياضة، وهو ما يؤدي بالمراهقة إلى إتباع نظام غذائي خاطئ وغير متوازن أو التمسك بالسلوكيات الغذائية الخاطئة، حيث تشعر أنها أكثر وزنا من الوزن الصحي ولديها رغبة في خفض الوزن وذلك للظهور بمظهر جذاب نحيف، مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات تتعلق بالأكل، ومن بينها اضطراب فقدان الشهية العصبي حيث تقوم المراهقة بتجوع نفسها وانقاص وزنها بدرجة كبيرة جدا ويصبح هاجسها قلة الأكل والنحافة،

وتشير الدراسات إلى ارتفاع انتشار هذا الاضطراب، حيث توصل (Cass & al.2020) إلى أن نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي تمس 4٪ من النساء خلال حياتهن ومتوسط مدة المرض 6 سنوات، بينما تصل معدلات الوفيات إلى 5٪، وتكون هذه الوفيات إما بسبب الانتحار أو المضاعفات الطبية لفقدان الشهية العصبي.

بينما يشير (Godart & al.2004) أن معدلات الانتشار في أواخر المراهقة وبداية البلوغ تتراوح ما بين 0.5 و1٪ من الفتيات، أما في البرتغال أفاد (Pinheiro, Sullivan, Bacaltchuck, Prado-Lima e Bulik 2006): بمعدلات انتشار تتراوح بين 0.3٪ و3.7٪ طوال الحياة، بينما أشار (Dixe. 2007) إلى معدلات انتشار من 0.5٪ إلى 1٪، بينما تكشف نتائج دراسة (Hulsmeyer & al. 2011) أن انتشار أعراض فقدان الشهية كان 15.97٪، أما (Cruz.2019) فقد أفاد بان معدل انتشار فقدان الشهية العصبي لدى الأفراد الذين استوفوا المعايير الثلاثة لتشخيص فقدان الشهية العصبي وفقاً لـ (DSM-5) هو 3.3٪ (60٪ إناث و40٪ ذكور) (Cruz.2019)، أما في الولايات المتحدة الأمريكية، تقدر الدراسات أن 1٪ من المراهقين و0.5 إلى 3.7٪ من النساء يعانون من فقدان الشهية العصبي، بينما يصيب حوالي 1.5٪ من النساء الفرنسيات بين 15 و35 سنة (Lacoste.2017)

أما في العالم العربي، فقد أوضحت نتائج عدة دراسات أن معدلات انتشار اضطرابات الأكل في المجتمعات العربية لا تختلف كثيراً عن مثيلاتها في المجتمعات الأخرى، ففي مصر توصلت شقير إلى أن فقدان الشهية العصبي ينتشر بنسبة 8,92% بين الذكور مقابل نسبة 15,45% لدى الإناث (الهويش.2011)، في حين توصلت (Hisam & al.2015) على أن فقدان الشهية العصبي يمس (42٪) من الفتيات المراهقات في باكستان، أما في عمان، أظهرت نتائج دراسة داوود والفاخوري إلى أن ظاهرة الخوف من السمنة تنتشر لدى 55٪ من أفراد الدراسة، وأن النحافة الشديدة هي أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً لدى الطالبات وقد تصل نسبة انتشارها إلى 5,17٪، كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن هناك علاقة دالة بين اضطرابات الأكل النحافة الشديدة وعادات الأم الغذائية (داوود والفاخوري.2011).

ويمكن لهذا الاضطراب أن يكون مرضاً خطيراً، إذ تشير الأدبيات السيكلولوجية إلى أثر الغذاء المتوازن كمّاً ونوعاً في سلوك الفرد، ومسار نموه الطبيعي، إذ تصبغ نواتج التمثيل الغذائي لبنات أساسية في النشاط المعرفي- الانفعالي لاحقاً، فالغذاء المتوازن يؤثر في بناء الجسم ويوفر له الطاقة الحيوية اللازمة للقيام بأنشطته جميعها الجسمية والعقلية، كما يضمن له المحافظة على تجانس الوسط الداخلي (العويضة، 2009)، وتشير التقارير إلى أن حوالي 06% من المرضى المشخصين بهذا المرض يموتون بسبب الانتحار، كما تشير دراسة أمريكية " FOLLOW UP " بأن حوالي 15% من المصابين بفقدان الشهية العصبي يموتون في نهاية المطاف جراء مرضهم والعديد منهم لا يشفى (Benbassal, 2011, 14)، بينما تشير دراسات أخرى إلى أن نسبة الوفيات تقدر بحوالي 5%، أما معدلات الشفاء تدعو للتشاؤم إذ يشفى ثلثي المصابين منه، في حين يبقى الثلث

الأخر مرضى بشكل مزمن (الهبوش.2011)، كما تشير بعض التقارير إلى أن (75%) من المرضى فقدان الشهية العصبي يتحسنون بالعلاج ولكن النسبة المتبقية (25%) يظل يتردد لهم الاضطراب، ونسبة بين (15 - 21%) منهم يموتون، ونسبة (03%) ينتحرون (عبد المعطي.2003. 62)، بينما تؤكد كاترين زيربي (Zerbe.C.1998) أن نسبة الموت نتيجة فقدان الشهية العصبي تتراوح من 2% إلى 10% (الدسوقي.2006. 29)، في حين يرى (Zipfel et al.2000) أن نسبة الوفيات قد تصل إلى 20٪، وتكون هذه الوفيات نتيجة مباشرة لفقدان الشهية العصبي لدى 50٪ منهم، بينما يرتبط (24٪) بالانتحار، و(6٪) بأمراض رئوية، حوادث (6٪)، و(14٪) يموتون لأسباب غير معروفة (Godart & al.2004)، كما وجدت غالبية الدراسات أن 11٪ إلى 40٪ فقط يشفون، وأن 1 من كل 2 من الأشخاص المصابين بفقدان الشهية العصبي ينتكس (Lacoste.2017)، بينما يشير فيشر وآخرون (ficher . 2005) إلى أنه كلما زادت حدة أعراض فقدان الشهية واستمرت لفترة طويلة من الزمن زادت نسبة الوفاة عند المصابين وأصبح من الصعب شفاءهم (داوود والفاخوري.2011) ونظرا للزيادة الملحوظة في نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي، وما ينجم عنه من أعباء ومضاعفات سلبية على المصابين به من جهة، ومحيطهم الاجتماعي من جهة أخرى، وفي ظل غياب دراسات وبائية تحدد حجم انتشار هذا الاضطراب في المجتمع الجزائري بصفة عامة، وفي أوساط المراهقين بصفة خاصة، فقد تم طرح التساؤل التالي:

ما مستوى انتشار فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات في المجتمع الجزائري؟

2. مفاهيم الدراسة إجرائيا:

فقدان الشهية العصبي: هو الدرجة التي تتحصل عليها المراهقة المتقدمة في مقياس فقدان

الشهية العصبي لزينب شقير (2002)

المراهقة: هي الفتاة التي يتراوح سنها من 13 إلى 17 سنة، والتي تزاوّل تعليمها في ثانوية محمد

ختناش بولاية الشلف.

3. الإطار النظري :

فقدان الشهية العصبي -لغة: كلمة فقدان الشهية Anorexia تعني حرفيا "بدون شهية: Without

Appetite" (الدسوقي.2006. 16).

ويطلق على هذا الاضطراب فقدان الشهية العصبي، الأنوركسيا، النحول العصبي، القهم العصبي،

وسيتّم في هذه الدراسة استخدام مصطلح "فقدان الشهية العصبي".

فقدان الشهية العصبي-اصطلاحاً: يعتبر اضطراب فقدان الشهية العصبي من الاضطرابات السيكوسوماتية ينتشر غالباً عند الإناث خاصة في مرحلة المراهقة، حيث يكون لدى المصابة به صورة مشوهة لجسمها وخوف لا عقلاني من زيادة الوزن، وهو حالة خطيرة تتضمن إحجام الفرد عن تناول الطعام أو رفضه له، مما يؤدي إلى نقص وزنه وقلّة حيوته، بل ربما إلى وفاته إذا لم يعالج، وقد تحدث هذه الحالة للمراهقات ممن يعانين من مشكلات انفعالية تتعلق بمفهوم الذات الجسدي (أي تصورهن لأجسامهن) (الشخص ودماطي.1992)

وتتمثل معايير تشخيص فقدان الشهية العصبي حسب DSM V فيما يلي:

A: قيود على الوارد من الطاقة بالنسبة للمتطلبات، مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ في سياق العمر والجنس والمسار التطوري، والصحة البدنية. انخفاض ملحوظ في الوزن يعرف بأنه وزن أقل من الحد الأدنى الطبيعي أما بالنسبة للأطفال والمراهقين، فهو أقل من الحد الأدنى المتوقع

B: خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن رغم أن الوزن متدني بشكلٍ كبير.

C: اضطراب في الطريقة التي يختبر فيها الشخص وزنه أو شكله، أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو شكله على التقييم الذاتي أو إنكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم. ويجب تحديد ما إذا كان:

نمط فقدان الشهية العصبي مقيد (F50.01): خلال الثلاثة أشهر الماضية، لم ينخرط الفرد في نوبات متكررة من الشرهية أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام المليينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية). يصف هذا النمط الفرعي التظاهرات التي أنجز فيها فقد الوزن أساساً عبر الحمية، الصيام، و/أو التمارين المفرطة.

نمط النهيم/الإسهال (F50.02): خلال الثلاثة أشهر الماضية، انخرط الفرد في نوبات متكررة من الشرهية أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام المليينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية

كما يجب تحديد ما إذا كان:

في هدوء جزئي: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً. فالمعيار A (وزن الجسم المنخفض) لم يتحقق لفترة مطولة، ولكن المعيار B (خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن) أو معيار C (اضطرابات في الإدراك الذاتي

للوزن والشكل) لا يزالان متحققان.

في هدوء كامل: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً، فإن أياً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن (155, Croc & Gulfi.2015)

و يمكن حصر أهم أسباب فقدان الشهية العصبي فيما يلي :

أولاً: الأسباب الفسيولوجية: حيث ربط التفسير الفيسيولوجي فقدان الشهية العصبي بحدوث التوقف في الدورة الشهرية، وغالباً ما تسبق فقدان الوزن، كما تبين أيضاً أن لدى الإناث اللواتي يعانين من الاضطراب وجود نوع من الأستيرويدات العصبية المنشطة التي تعمل على تنظيم السلوك، الأكل والمزاج، وتبين أيضاً وجود اضطراب بين ارتباط بين فقدان الشهية العصبي وبين تناذر تينر وهي حالة من الاضطراب يحدث لدى الإناث سببها نقصان الكرموزوم الجنسي الثاني، كما قد يكون للاضطراب في وظيفة الهيبيوثالاموس علاقة بحدوث فقدان الشهية العصبي (تايلور.2008. 244)

ثانياً: الأسباب النفسية: تتعدد العوامل النفسية المسببة لفقدان الشهية، ومن أهمها:

- سوء إدراك الجنسي أو التوافق الجنسي وخاصة لدى الإناث

-آلية دفاعية بمعنى اضطراب عن الطعام حتى يتحقق للحالة ما تطلبه باستمرار

-طريقة دفاعية إسقاطيه يمارسه المصاب وخاصة بين الأطفال للتعبير عن عدوانية للأفراد أسرته وكراهية لأحدهم.

-العدوانية نحو الذات وذلك برفض تناول الطعام وفق النظام المعتاد.

-النبد الاجتماعي فتكون فقدان الشهية كوسيلة ضغط لتحويل اهتمام العائلة نحوها فقط.

-استجابة متعلمة بأنها المصاب لمسايرة الأزيمة أو المحنة التي بعينها.

-المعاملة القهرية التي يمارسها الوالدين نحو الأبناء، أو الحماية الزائدة وخاصة الأم .

-يتملك المصاب وسواس قهري يطلق عليه بوسواس الرشاقة والخوف الشديد في زيادة الوزن

-المخاوف الشديدة من كبر السن وما يترتب عليه من معاناة غير عادية تتدخل في تكوين فكرة

النفور من تناول الطعام وفق نظام المتبع (الخالدي.2006. 424)

-العوامل اللاشعورية: اعتبر فرويد أن فقدان الشهية يتعلق بخسارة الليبدو الجنسي، حيث ركز

على عملية الكبت الغليبي الفسي عند المرضى لصالح جنسنة الوظيفة الغذائية أي أن تجسيد

الطعام يقابله قبول للجنسية، إن مفهوم غلمية الغذاء قد تناوله كتاب آخرون فاعتبروا أن مرض

فقدان الشهية يتعلق بدفاع ضد مشاعر الذنب المرتبطة بالرغبات السلبية وأيضا بالرغبة بالحمل وقد أعطى هؤلاء الكتاب الأهمية للهوامات المتعلقة بالإخصاب الفسي (الطفيلي.2004. 225) ثالثا: الأسباب الثقافية: يحدث فقدان الشهية العصبي نظرا لما تنشره وسائل الإعلام من أن المرأة النحيفة مثال للجمال، وتؤدي حالتهم النفسية إلى عدم التفرقة بين النحافة الشديدة والرشاقة، ويقعون في خوف شديد من الأكل وكل ما يؤدي إلى زيادة أوزانهم (عبد المعطي.2003. 59) أما بالنسبة للتكفل بالمصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي فان ذلك يتوقف على درجة الإصابة، بحيث أنه عندما يصل الأمر إلى حد الخطر يستلزم ذلك تنويم المصاب في المستشفى حيث يمكن استعادة الوزن وزيادة الثقة بالنفس للحفاظ على الوزن المطلوب، إلا أن نسبة تتراوح من (4% إلى 9%) تتمثل في المنتكسين، والذين يكون ضروريا استعادة التكفل الإجمالي بهم (Agnés & Fernandez.2012، 90)

و من العلاجات التي حققت فعالية في زيادة الوزن المكتسب خلال الإقامة بالمستشفى " العلاج السلوكي"، وذلك من خلال إمداد الفرد بالتعزيز الايجابي كنتيجة لاكتساب الوزن تدريجيا، ومن هذه المعززات زيادة الزيارات المسموح بها والاشتراك في الأنشطة الاجتماعية والجسمية، كما أن علاج المرضى غير المنومين بهذه الطريقة كان فعالا في استعادة الوزن، إلا أن التحسن يكون قصير المدى، ولا نتوقع تحسنا على المدى البعيد أو الدائم، فغالبا ما تحدث انتكاسه للمرضى ويفقدون أوزانهم من جديد، وهو ما يتطلب إعادة تنويمهم بالمستشفى من جديد، ولذلك فقد استخدمت علاجات نفسية أخرى لزيادة بقاء وصمود ما طرأ من تحسن على الوزن والأداء النفسي الاجتماعي للمريض، وبعد العلاج الأسري أكثرها شيوعا . حيث يفترض أن نظام العلاقات المضطرب داخل أسر مرضى فقدان الشهية العصبي هو أكثر العوامل المسببة للانتكاسة لديهم (السيد.2014. 245)

4. المنهج وطرق معالجة الموضوع (Methods): وتحتوي ما يأتي:

1.4. المنهج المتبع وأدواته:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي كونه الأنسب لجمع المعطيات المتعلقة بالموضوع، وذلك من خلال استعمال مقياس فقدان الشهية العصبي لزينب محمود شقير(2002).

أ. مقياس فقدان الشهية العصبي: هو عبارة عن مقياس يتكون من 23 فقرة للباحثة "زينب محمود شقير" (2002)، ويتركز على الجوانب التالية: عادات الطعام، القلق من زيادة الوزن، الأعراض الجسمية والمزاجية المصاحبة، الانشغال الزائد بالشكل الخارجي وصورته الذهنية. ب. تصحيح المقياس: يجب المفحوص على كل فقرة بالموافقة وتعطى الوزن (2) أو بالمحايدة وعدم التأكد وتعطى الوزن (1) أو بالرفض وعدم الموافقة وتعطى الوزن (صفر)، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (صفر -46) درجة (شقير.2002. 07)

جدول رقم (01): مفتاح تصحيح مقياس فقدان الشهية العصبي

المجال	مستوى فقدان الشهية العصبي
15-00	منخفض
30-16	متوسط
46-31	مرتفع

2.4 . الدراسة الاستطلاعية

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 40 مراهقة متمدرسة من ثانوية محمد خنتاش بولاية الشلف، وذلك للتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس فقدان الشهية العصبي لـ "زينب شقير"، وكانت النتائج كما يلي:

أولاً. الصدق: تم التأكد من صدق المقياس من خلال الصدق التمييزي، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (02): المقارنة الطرفية لمستوى فقدان الشهية العصبي

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة
فقدان الشهية العصبي	23,28	3,66	38	13,37	0.01
المجموعة العليا	7,54	2.02			

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعة المراهقات العليا والمجموعة

الدنيا أي أن مقياس فقدان الشهية العصبي يتمتع بقدرة تمييزية إذن هو صادق.

ثانياً. الثبات: تم التأكد من ثبات المقياس من خلال طريقتي جوتمان وألفا كرونباخ، وتم التوصل

إلى أن معاملات الثبات تتجاوز 0.70، أي أن المقياس ثابت.

3.4 . الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 100 مراهقة ممتدرسة من ثانوية محمد خنتاش بولاية الشلف، وتمثلت مواصفات العينة الأساسية فيما يلي:
جدول رقم (03): توزيع عينة الدراسة الأساسية

%	التكرارات	المتغيرات		
		المستوى الاقتصادي	المستوى الدراسي للوالدين	
20	20	ضعيف	المستوى الاقتصادي	
65	65	متوسط		
15	15	جيد		
52	52	أمي	الأب	المستوى الدراسي للوالدين
27	27	ابتدائي		
11	11	متوسط		
7	7	ثانوي		
3	3	جامعي		
23	23	أمي	الأم	
31	31	ابتدائي		
23	23	متوسط		
15	15	ثانوي		
8	8	جامعي		
100	100	المجموع		

من خلال الجدول نلاحظ أن اغلب أفراد العينة ينتمون إلى أسر مستواها الاقتصادي متوسط، إلا أن هناك تباين في المستوى التعليمي للوالدين، بحيث أن النسبة الكبرى من أفراد العينة لا يتعدى المستوى التعليمي فيها المرحلة الابتدائية بالنسبة للأب، والمرحلة المتوسطة بالنسبة للأم، مع بعض التفاوت بين المستويات التعليمية المتبقية.

5- النتائج (Results): يحوي ما يأتي:

نتائج تساؤل الدراسة: نص التساؤل على " ما هو مستوى انتشار فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات في المجتمع الجزائري؟"، وللإجابة على هذا التساؤل تم حساب التكرارات والنسب المئوية، وقد كانت النتائج حسب الجدول الآتي:

جدول (04): مستويات فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات

فقدان الشهية العصبي	التكرارات	%
مستوى منخفض	51	51
مستوى متوسط	43	43
مستوى مرتفع	6	6
المجموع	100	100

نلاحظ من خلال الجدول أن المراهقات يعانين من مستوى فقدان شهية يتراوح بين المنخفض والمتوسط، بحيث أن نسبة 43 % منهن يعانين من مستوى متوسط مقابل 51% منهن يعانين من مستوى منخفض.

6- مناقشة النتائج (Discussion):

مناقشة نتائج الدراسة: ينص تساؤل الدراسة على " ما هو مستوى انتشار فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات في المجتمع الجزائري؟"، وقد كانت النتائج تشير إلى أن المراهقات يعانين من مستوى فقدان شهية يتراوح بين المنخفض والمتوسط.

وهذه النتيجة تتفق مع نتائج عدة دراسات، حيث توصلت دراسة محمد (2000) إلى أن معدل انتشار هذا الاضطراب بين الإناث يصل إلى 10% (الجبوري والجبوري، 2016)، كما أن دراسة فليتليش بيلكي وزملائه (Fleitlich-Bilky et al:2006) حول تقدير نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي في البرازيل قد توصلت إلى أن 64% لديهم مستوى منخفض في فقدان الشهية، و36% لديهم مستوى متوسط (الهويش، 2011)، أما معدل انتشار مرض فقدان الشهية العصبي في البرتغال فهو 3.3%، منهم 35.9% يعانون من تشوه في الجسم، و34.2% اعترفوا بالخوف من زيادة الوزن، و10.3% لديهم مؤشر كتلة الجسم أقل من 18.5. (Cruz.2019)

في حين تختلف النتيجة المتوصل إليها مع العديد من الدراسات، منها: دراسة (Hulsmeier et al. 2011)، دراسة (Cruz.2019 (Lacoste.2017)، دراسة شقير (1989)، دراسة (Hisam et al.2015)، دراسة داوود والفاخوري (2011)، وغيرها من الدراسات التي توصلت إلى نتائج مختلفة.

وعلى العموم، فإن هذه الاختلافات في النسب تعتمد على البلدان التي أجريت فيها الدراسات، ومنهجيتها، وعمر الأشخاص، ومعايير التشخيص المستخدمة، بالإضافة إلى أنه يختلف اعتماداً على مصادر جمع البيانات، كما يمكن اعتبار اضطرابات الأكل اضطرابات عبر ثقافية، أي أنها موجودة في الثقافات الإنسانية كلها، ولا تقتصر على الثقافة الغربية فقط، وأنها عبر نمائية، أي

تظهر في المراحل النمائية جميعها، خاصة لدى الإناث، وبالتحديد في مرحلة المراهقة (العويضة، 2009)

ويشير الباحثون إلى أن المراهقات تصبحن على وعي بنمو أجسامهن وتستجيب بالارتياح والخوف من زيادته، لذا تنشغل المراهقة أكثر بالمظهر الخارجي لجسمها، نظرا لما يميز هذه الجانِب من نمو ينعكس على الجانِب النفسي لها وعلى تكيفها مع المجتمع، حيث يشير هيربوت وزملائه (Buvat-Herbaut. et al.) أن المشكلات المتعلقة بالوزن وصورة الجسم تحدث بشكل متكرر بين المراهقات العاديات، وذلك من خلال الاهتمام الأكبر بمظهرهن، ومع إتباع نظام غذائي كوسيلة للتحكم في الوزن. حيث تميل الفتيات إلى عكس الضغوط الاجتماعية التي تتعرض لها النساء في مجتمعنا (Huon et Brown.1986)، إذ يرى فرود (Frude:1998) أن الضغط الاجتماعي والثقافي تجاه النحافة ازداد في فترة الستينات عندما ظهرت عارضات الأزياء بصورة رشيقة، كما أن الإناث أكثر عرضة من الذكور لأن يكونوا هدفا للدعاية الإعلامية التي تشجع على النحافة (الدسوقي.2006. 75)

والمراهقات في عينة الدراسة كغيرهن من المراهقات في العالم، يتأثرن بما حولهن ويسايرن التطورات التي تحدث في العالم، خاصة التطورات الاجتماعية والثقافية والاتجاهات السائدة نحو تفضيل النحافة، مما أدى إلى ظهور فقدان الشهية العصبي لديهم بنسبة تتراوح بين المنخفض والمتوسط، حيث تشير الدراسات إلى الدور الذي يلعبه مروجي الموضة وصانعي الأزياء من ترويج للرشاقة من خلال وسائل الإعلام المتعددة، مما أدى إلى تغير في صورة الجسم لدى شريحة كبيرة من الناس وخاصة لدى الإناث، حيث يسعين إلى النحافة كأبرز معيار للجمال في الوقت الحاضر (الهويش.2011)، كما أكدت (قنديل،2015) إلى أن فقدان الشهية يرجع إلى عوامل ثقافية ترتبط بمعايير اجتماعية ذات علاقة بالرشاقة والنحافة وأهمية المظهر الخارجي للفرد، كما أظهرت الدراسة التي قام بيليتير وآخرون (Pelletier & al. 2004) على 300 طالبة جامعية أمريكية أن النساء اللواتي يتأثرن بالضغوط الثقافية الاجتماعية فيما يتعلق بصورة الجسد، ويؤمن بثقافة النحافة يطورن صورة سلبية عن أجسادهن وبالتالي يطورن أعراض اضطرابات الأكل (داوود، الفاخوري.2011)

كما أن أغلب أفراد العينة ينتمون إلى أسر مستواها الاقتصادي متوسط، إلا أن هناك تباين في المستوى التعليمي للوالدين، بحيث أن النسبة الكبرى من أفراد العينة لا يتعدى المستوى التعليمي فيها المرحلة الابتدائية بالنسبة للآب، والمرحلة المتوسطة بالنسبة للآم، مع بعض التفاوت بين

المستويات التعليمية المتبقية، حيث توصلت دراسة عبد الموجود (2001) إلى أن معدلات انتشار اضطرابات الأكل تنتشر لدى الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي المرتفع، كما توصلت دراسة (Fleitlich-Bilky & al. 2006) إلى أن هناك فروق في مستوى فقدان الشهية تعود للطبقة الاجتماعية والثقافية لصالح الطبقات العليا (الهويش، 2011)، كما يرى Delinsky & Wilson) إن الأسرة تؤثر مباشرة في تشكيل السلوكيات الغذائية لدى أبنائها، عن طريق تقديمها للطعام ومنظومة القيم المتعلقة بعادات الأكل أيضاً (العويضة، 2009)

خلاصة عامة

استهدفت الدراسة الحالية موضوع "فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات" نظرا لما يشهده العالم المعاصر من انتشار سلوكيات صحية وغذائية تتعلق بثقافة الصورة القائمة على الهالة الجسمية، حيث تم التوصل إلى أن 43 % منهن يعانين من مستوى متوسط من فقدان الشهية، مقابل 51% منهن يعانين من مستوى منخفض، بينما تعاني 06% منهن من مستوى مرتفع. وبغض النظر عن هذه النسب، فإن ظهور هذا الاضطراب بين المراهقين يدعوا إلى الاهتمام والتكفل بهم من خلال توعية المراهقات بضرورة تقبل أجسامهن وإرشادهن إلى الطرق الصحية (التثقيف الغذائي، الرياضة) للحصول على جسم سليم.

قائمة المراجع

- تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي. تر: بريك، وسام دوريش . نعيمة، فوزي شاك. ط1. عمان: دار حامد للنشر والتوزيع
- الجبوري، علي محمود والجبوري، نداء هادي محيّد. (2016). فرط-فقدان الشهية العصبي لدى المراهقين. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية . العدد 25. جامعة بابل، 638-650
- الخالدي، أديب محمد. (2006). المرجع في علم النفس الفيسيولوجي ط1. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- داوود، نسيمه والفاخوري، ربي. (2011): اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة بمدينة عمان وعلاقة بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وبعض للعوامل الديموغرافية. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس. المجلد التاسع. العدد الأول، 137-163
- الدسوقي، مجدي محمد. 2006. فقدان الشهية العصبي. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية
- السيد، عبد الرحمان محمد. (2014). موسوعة الصحة النفسية علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب، التشخيص، العلاج (ط2). مصر: مكتبة زهراء الشرق.

-
- الشخص، عبد العزيز السيد ودماطي، عبد الغفار عبد الحكيم. (1992). قاموس التربية الخاصة والتأهيل غير العاديين. ط1. شبكة اللجان الطبية.
 - شقير، زينب محمود. (2002). مقياس فقدان الشهية العصبي. ط 2. القاهرة:مكتبة النهضة المصرية.
 - صرحان، وليد يوسف. (2007). أحاديث في السلوك الإنسانية. ط1. عمان:دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
 - الطفيلي، امتثال زين الدين. (2004). علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة. ط1. بيروت:دار المنهل اللبناني.
 - عبد المعطي، حسن مصطفى. (2003). موسوعة علم النفس العيادي الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة: الأسباب. التشخيص العلاج. القاهرة:دار القاهرة.
 - العويضة، سلطان بن موسى (2009)، علاقة اضطرابات الأكل بكل من صورة الذات والقلق والكفاءة الذاتية المدركة وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من طالبات جامعة عمان الأهلية، *المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية*. مجلد 02(02). 256-276
 - قنديل، نهال عادل. (2015). اضطرابات الأكل وعلاقتها بالمناخ الأسري لدى المراهقين. *مجلة كلية التربية جامعة بورسعيد*. العدد18. 722-747
 - الهويش، فاطمة خلف، (2011). فقدان الشهية العصبي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى الطلاب والطالبات. *دراسات نفسية*. المجلد 21 (02). 27-02.
 - Agnés, Bonnet & Fernandez, Lydia. (2012). *Psychopathologie en 16 fiches* (2éme édition). DUNOD
 - Benbassal, Najia . (2011). *Prise en charge des adolescentes anorexiques* . Thèse de magister. université d'oran2
 - Cass, Kamila . Colleen, McGuire & Ida, Bjork, al .(2020). *Psychosomatics*. (DOI: [10.1016/j.psym.2020.06.020](https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.06.020))
 - Crocq, Marc Antoine & Guelfi, Julien Daniel. (2015). *Mini DSM V*. APA. Elsevier. Masson.
 - Cruz, Carla. Paula, Nelas & Emília Coutinho , & al . (2019). ANOREXIA NERVOSA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. (4),273-278
 - Godart. N, F& Perdereau, P. Jeamment.(2004). Données épidémiologiques: anorexie chez l'adolescent. *Journal de pédiatrie et de puériculture* . 17 , 327–330
 - Hisam, A, Mahmood & Ur-Rahman, Mashhadi SF. Anorexia nervosa among teenage girls: Emerging or prevalent? *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 31(6),1290-1294.(doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.316.7617>)

- HUON, GAIL F& LAURENCE B. BROWNI .(1986). **Attitude Correlates of Weight Control Among Secondary School Boys and Girls. *JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH CARE.*** 7,178-182
- Lacoste , S. Matt.(2017). Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence - A new treatment Approach. ***Aggression and Violent Behavior.*** 36 , 76–80