

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

د عبدالفتاح رجب مطر**

د على عبدالنبي حنفي*

المقدمة والخلفية النظرية :

زاد الاهتمام باضطرابات الأكل Eating Disorders وذلك لزيادة معدلات انتشارها بين الشرائح العمرية المختلفة، ولاسيما فترة المراهقة بما تتطوي عليه من أزمات انفعالية ونفسية وخاصة عقب البلوغ.

ويعتبر كل من فقدان الشهية العصبي (الأنوركسيا) Anorexia Nervosa ، والشهه العصبي (البوليميا) Bulimia Nervosa من أكثر أنماط اضطرابات الأكل شيوعاً، ولاسيما عند المراهقين و المراهقات، ويتميز النمط الأول - فقدان الشهية العصبي- بالامتناع عن الأكل ، بينما يتميز النمط الآخر - الشهه العصبي - بالإفراط في تناول الأكل ثم تعمد التقيؤ بعد ذلك بوسيلة أو بأخرى، وكلاهما يحتاج إلى التدخل لمنع خطورته على الفرد. (Fletcher, 1993:1)

ويزداد انتشار اضطرابات الأكل لدى المراهقين ولاسيما الإناث حيث تزداد معدلات انتشاره لديهن أكثر من الذكور بعشر مرات ولاسيما فقدان الشهية العصبي، فقد تراوحت نسبة من توفوا بسببه ما بين 4% - 10% من المراهقين بل الأمر يزداد خطورة إذا ما علمنا أن تشخيص اضطرابات الأكل مسألة شائكة، فقد يكون العدد الحقيقي للاضطراب أضعاف ما هو معروف بالضبط بسبب الرغبة الجارفة لدى الفتيات في خفض أوزانهن

وتصنف اضطرابات الأكل طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV إلى قسمين:

الأول : اضطرابات الأكل في مرحلة الرضاعة والطفولة.

الثاني : اضطرابات الأكل التي تصنف كفئة منفصلة ضمن اضطرابات الراشدين ويقع ضمن هذه

* مدرس الصحة النفسية - كلية التربية ببها - جامعة الزقازيق.

** مدرس الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة الأزهر.

الفئة كل من اضطراب فقدان الشهية العصبي ، واضطراب الشره العصبي كاضطرابين منفصلين. (American Psychiatric Association , 1994)

وجدير بالذكر، أن كلا من الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي له خطورته على الإنسان ولاسيما مع تكرار حدوثهما فيؤديا إلى الشعور بالصداع والغثيان ، كما أن الأدوية التي تستخدم للتقيؤ تؤدي إلى ضعف الأسنان ثم فقدانها وإلى أمراض اللثة ، وأيضاً نزيف المرئ وفي بعض الأحيان سرطان المرئ ، و كذلك الإفراط في استخدام المليينات يفقد الفيتامينات والمواد المعدنية من الجسم كما أن الإفراط في استخدام أدوية وقف التقيؤ قد تؤدي إلى آلام الظهر والصدر، وزيادة ضربات القلب وتوقفه فجأة ثم الوفاة ، إضافة إلى الشعور بالإكتئاب والقلق والحساسية المفرطة. (Blok , 2002 : 9)

وقد ورد في الدليل العالمي العاشر لتصنيف الاضطرابات السلوكية والعقلية ICD-10 نمطان لفقدان الشهية هما: فقدان الشهية العصبي ، وفقدان الشهية العصبي غير النمطي.

(World Health Organization , 1992 : 174)

و يصنف فقدان الشهية العصبي كذلك إلى نوعين أحدهما غير البولييمي Non bulimic subtype ويلجأ المصابون به إلى فقدان أوزانهم من خلال النظام الغذائي ورفض الأكل والتمرينات، والثاني النمط البولييمي bulimic subtype وفيه تستخدم وسائل إضافية لإنقاص الوزن مثل افتعال القيء induced vomiting أو تعاطي المليينات أو مدرات البول وغيرها.

(عبد الموجود عبدالموجود ، ١٩٩٩ : ٢١)

وتصنف أيضاً إلى النمط المانع Restricting ويتميز بعدم وجود نوبات من الأكل الشره و ما يتبعها من محاولات التخلص من الأكل كالتقيؤ العمد أو استخدام المليينات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية، والثاني هو فقدان الشهية المصحوب بنوبات من الأكل الشره.

(عادل عبد الله ، ٢٠٠٠ : ٣١٥)

وقد ميز أحمد عكاشة (١٩٩٢ : ١٢٦) فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosia

عن فقدان الشهية Anorexia بمحددات ثلاثة هي :

١-درجة رفض الأكل أعلي من حالات فقدان الشهية.

٢-فقدان الوزن بدرجة أعلي.

٣-انقطاع الطمث أو احتباسه.

ويقسم أحمد عبد الخالق (١٩٩٧ : ٣١) فقدان الشهية إلى نوعين هما:

١- فقدان الشهية العضوي وهو ما يحدث نتيجة لأسباب عضوية ، أو مصاحباً لبعض الأمراض و الاضطرابات النفسية والعضوية.

٢- فقدان الشهية العصبي وهو التجويع الذاتي المرضي ، والقئ المعتمد بعد الأكل مما ينتج عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم.

وتتلخص المحركات التشخيصية لفقدان الشهية العصبي فيما يلي:

- ١- رفض المحافظة على وزن الجسم في الحدود المناسبة لعمر الفرد وطوله حيث يقل الوزن بنسبه ١٥% من الوزن المتوقع خلال فترة النمو.
- ٢- الخوف الشديد من زيادة الوزن أو السمنة حتى مع الانخفاض الفعلي للوزن.
- ٣- اضطراب في إدراك الفرد لوزن وحجم وشكل جسمه ، كشعوره بالسمنة رغم نحافته الزائدة، أو زيادة وزنه رغم انخفاضه الشديد.
- ٤- انقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث البالغات ثلاث مرات متتالية على الأقل.

(American Psychiatric Association , 1994)

وقد ذكرت أمال باظة (١٩٩٨ : ٢٠٦) أن رشييل Russel (١٩٧٩) وضع عدة شروط

لتشخيص فقدان الشهية العصبي ومنها :

- ١- يحدد فقدان الشهية العصبي بنقص الوزن بنسبة (٢٥%) من الوزن السابق .
- ٢- ينتج فقدان الشهية من تقييد الفرد لذاته عن الطعام .
- ٣- وجود اضطراب في اتجاهات أو اعتقادات الفرد ونحو حجم الجسم ووزنه ووظيفة الطعام .
- ٤- يكتسب الطمث وأحياناً يتوقف ويضطرب إفراز الهرمونات .

ويجب أن يؤخذ في الاعتبار عند تشخيص فقدان الشهية العصبي أن هناك انخفاض في الوزن قد يعزى إلى الإصابة بالأمراض العضوية أو لأسباب جسمية أخرى وليس لفقدان الشهية العصبي ، وكذلك ليس الانخفاض في الوزن الراجع إلى الإصابة ببعض الأمراض النفسية مثل الاكتئاب والفصام والوسواس القهري، ولا يصاحبه انقطاع أو احتباس الطمث في الإناث كالحال في فقدان الشهية العصبي، بالإضافة إلى وجود اضطراب في اعتقادات الفرد نحو حجم الجسم ووزنه .

كما أن هال وآخرون Hall ,et al (١٩٩٣) وهارولد وآخرون Harold ,et al (١٩٨٨) استخدموا تعبير الشره العصبي للطعام ليعبروا عن الميل والرغبة الشديدة والمتكررة نحو الأكل ،وعادة ما يبدأ الشره في المراهقة ويكون شائعاً بين الإناث عنة بين الذكور ، وغالباً ما يأتي بعد نوبة من فقدان الشهية العصبي. (زينب شقير، ١٩٩٩: ٥١٩ - ٥٢٠)

وتتلخص المحكات التشخيصية للشره العصبي فيما يلي:

١. نوبات متكررة على فترات من الوقت يتناول خلالها الفرد كميات كبيرة من الأكل تفوق بكثير ما يتناوله الآخرون في نفس الوقت والظروف.
٢. شعور الفرد بفقده القدرة على التحكم في الأكل أثناء النوبة ، فلا يستطيع التوقف عن الأكل أو التحكم في كميته أو في طريقة الأكل.
٣. الانخراط المتكرر عقب النوبة في التقيؤ الإجباري ، أو تناول المليينات أو مدرات البول أو الأدوية ، أو إتباع نظام غذائي قاسي ، أو ممارسة التمرينات المجهدة ، لتفادي زيادة الوزن.
٤. حدوث نوبات الشره وما يتبعها من سلوكيات للتخلص من الأكل مرتين أسبوعياً على الأقل لمدة ثلاثة شهور.
٥. الانشغال الزائد بشكل وحجم ووزن الجسم.
٦. عدم حدوث الاضطراب أثناء نوبات فقدان الشهية العصبي.

(American Psychiatric Association,1994:..550)

وهكذا يتضح أن أهم ما يميز الشره العصبي هو النوبات المتكررة للأكل الشره ، وما يتبعها من سلوك تفرغ الأكل بافتعال القيء أو استخدام المليينات أو مدرات البول ، في حين أن أهم ما يميز فقدان الشهية العصبي هو الفقد الكبير في الوزن إلى دون المتوسط والنحافة الشديدة المميزة فقد يشبه الهيكل العظمي ، أما في الشره العصبي يكون الانخفاض في الوزن قليل وغير واضح إلى جانب الإدراك المشوه لحجم ووزن وشكل الجسم لدى ذوى فقدان الشهية العصبي ، الأمر الذي لا يحدث لدى ذوى الشره العصبي على الرغم من انشغالهم بالوزن وحجم وشكل الجسم لكن لا يحدث لهم تشوه في إدراكهم لذلك.

وبالإضافة إلى ذلك فقد أوضحت نتائج دراسة كل من أمال باظة (١٩٩٨) ، عبدالموجود عبد الموجود (١٩٩٩) ، وزينب شقير (١٩٩٩) قد أكدت على أن معدلات انتشار اضطرابات الأكل في أوساط الشباب المصري لا تختلف كثيراً عن مثيلتها في المجتمعات.

الأخرى، وتمشيا مع الاهتمام العالمي المتنامي بدراسة اضطرابات الأكل وذلك لخطورتها على الصحة البدنية والنفسية لقطاع عريض من المجتمع، فقد تناولت عدد من الدراسات العربية القليلة اضطرابات الأكل ومن بينها دراسة كل من: مايسة النبال (١٩٩٨)، أحمد عبدالخالق، مايسة النبال (١٩٩٢)، و أمال كمال (١٩٩٨) وأمال باظة (١٩٩٨)، وحسين فايد (١٩٩٩) و رشاد موسى (٢٠٠٣).

ومن الملاحظ أن هذه الدراسات أخذت من العاديين محورا لدراستها ولم تتناول أي منها نوى الاحتياجات الخاصة، على الرغم من أنهم يمثلون شريحة من المجتمع ينبغي الاهتمام بها وفحص مشكلاتها الأمر الذي دفع الباحثان إلى التركيز في الدراسة الحالية على فئة من فئات نوى الاحتياجات الخاصة وهي المعاقين سمعيا، حيث قام ريندون وآخرون , Rendon , et. al (١٩٩٢ : ١١ - ١٤) بمراجعة التراث السيكلوجي لاضطرابات الأكل وتوصل إلى أن هناك ندرة في الدراسات التي تناولت اضطراب الأكل لدى المعاقين سمعياً ك فقدان الشهية العصبي و الشره العصبي، وهذا يؤكد على ضرورة الاهتمام بدراستها لدي هذه الفئة بغية الوقوف على معدل انتشارها والعوامل التي تقف وراءها وعلاجها سواء فقدان الشهية أو الشره العصبي إلى جانب اضطراب شكل الجسم. وذلك بسبب ما يفقده المعاق سمعياً من وسيلة التواصل مع المحيطين به، فهو يقف متفجراً على ما يدور حوله، لا يفهم ولا يستطيع أن يعبر عن نفسه وحاجاته فهو الحاضر الغائب، كما أنه المحاط بجدران الصمت، بما يسببه ذلك من معاناة من مرارة الشعور بالعجز في مواقف كثيرة لا يستطيع الآخرون فهم ما يريد، بل ويرى المحيطين به عاجزين عن فهمه فيشعر بالإحباط والعزلة والانسحاب من هذا العالم الذي يشعره بعجزه، بل ويشك في من يحيطون به فهو لا يعرف فيما يتحدثون و عما يتكلمون عنه، ماذا يقولون، فضلا عما يعانيه المعاق سمعياً من مشاعر الوحدة النفسية والانطواء والقلق، وما قد يتعرض له من نوبات الاكتئاب فتضطرب علاقاته بالآخرين ويسوء توافقه الشخصي والاجتماعي ويظهر عجزاً واضحاً في السلوك وتضعف ثقته بنفسه، ويتسم بعدم الاتزان الانفعالي وينخفض لديه تقدير ومفهوم الذات. (Louge, et.al, 1979)، (Watson,1987)، (رشاد موسى، ١٩٨٩)، (هاله عبدالعظيم، ١٩٩٩)، (جمال فايد، ٢٠٠٠)، (حمزة السعيد، ٢٠٠١)، (إيمان الكاشف، ٢٠٠٤).

وبالتالي فإن معاناة المعاق سمعياً من هذه المشاعر المحبطة ينعكس بالطبع على صحته

النفسية والجسمية ؛ فنراه يعاني من أمراض واضطرابات شتى تتخذ صوراً وأشكالاً نفسية أو جسمية أو نفسجسمية (سيكوسوماتية Psychosomatic) ، ومن بينها اضطرابات الأكل سواء فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي ، وفي هذا الصدد ورد مصطلح فقدان الشهية العصبي في دليل تشخيص الأمراض النفسية وإحصاءها الطبعة الرابعة (١٩٩٤) (DSM-IV) ضمن مجموعة اضطرابات الأكل نفسية المنشأ ضمن الاضطرابات السيكولوجية ، حيث توجد علاقة بين الحالة النفسية والرغبة في الأكل من ناحية أو العزوف عنه من ناحية أخرى ، إذ يعتبر الغذاء ومدى الإقبال عليه وسيلة للتعبير عن التوتر واضطراب الفرد وسويته ، وقد أكدت العديد من الدراسات العلاقة بين الاضطرابات النفسية والسلوكية واضطرابات الأكل، ولاسيما في مرحلة المراهقة (Herpertz , 1987) (Engel & Meier , 1988) ، (عبد الموجود عبدالموجود ، ١٩٩٩) ، (Troop , et. al , 2002) ، (Graf , 2002)

وقد أشارت دراسة عصمت بسخرون (١٩٨٣) إلى أن الأطفال الصم يعانون من اضطرابات في التغذية وسلوك الأكل بنسبة مرتفعة تصل إلى (٤٢%) مقارنة بأقرانهم من العاديين (٢٠%)، كما أشارت وفاء الجندي (١٩٩٣) إلى أن ذوى الإعاقة السمعية لديهم اضطرابات في الأكل بدرجة أكبر من العاديين وأن الصم أكثر اضطراباً من ضعاف السمع، ويتفق ذلك مع ما توصل إليه إديك Eldik (١٩٩٤) في أن اضطرابات الأكل لدى المعاقين سمعياً أكبر من العاديين.

ويضيف هيلس وريندون Hills & Rendon (١٩٩١) أن المعاقين سمعياً يعانون من اضطرابات الأكل بنوعها (فقدان الشهية العصبي والشره العصبي) وأن الإناث أكثر معاناة من الذكور كما أن الإناث لديهن إدراك مشوه لصوره أجسامهن.

أما فليتشر Fletcher (١٩٩٣) فقد توصل إلى أنه لا توجد فروق بين الإناث الصم وأقرانهن العاديات في سلوك الأكل، واتجاههن نحو أجسامهن والوسائل المستخدمة للحفاظ على أوزانهم ومعدلات تكرار نوبات الشره لديهن حيث كانت بمعدل (٨٠%) عند كليهما.

وقد اتفقت دراسة ديوالث وآخرون Dewalt , et al (١٩٩٩) مع ما ذهب إليه فليتشر Fletcher (١٩٩٣) من عدم وجود فروق في الاتجاهات نحو الأكل، وسلوكيات اضطرابات الأكل لدى كل من المراهقات المعاقات سمعياً وأقرانهم من العاديات، كما أشار ديليو وباولو Deleo & Paolo , 1987 إلى أن الإصابة بالصم وما ينتج عنها من مشاعر سيئة قد يؤدي

إلى فقدان الشهية العصبي.

وفيما يتعلق بالمناخ الأسري واضطرابات الأكل للمعوقين سمعياً ، قد كشفت الأدبيات في مجال اضطرابات الأكل أن العوامل الأسرية تعد أحد العوامل المسؤولة عنه، فمن بين النظريات العلمية التي تبحث عن أسباب اضطرابات الأكل النظرية الخاصة بنسق الأسرة Family system theory والتي تؤكد أن الديناميات الأساسية المسؤولة عن هذه الاضطرابات ترجع إلى الأسرة والعلاقات داخلها، وأكدت أيضا أن أسرة ذوى اضطرابات الأكل تتسم بأنها أكثر سيطرة وتحكما ولا تناقش المشكلات الخاصة بالأبناء وخصوصاً الإناث .

كما قام فورنهام , Furnham (١٩٩٣) باستخلاص العوامل المسببة للاضطرابات الأكل من اعتقادات أو آراء الحالات ذاتها جاء من بينها عامل يعكس أسلوب التعامل مع الوالدين والعلاقة بهما ، وأخر يعكس الأسرة والعلاقات بينها وتكوينها.

(أمال باظة ، ١٩٩٨ : ٢٠٠-٢٠١)

ويشير فليشر Fletcher, (١٩٩٣ : ٤) إلى تنوع العوامل التي تقف وراء اضطرابات الأكل وتشمل التأثيرات الاجتماعية ، اختلال العلاقات الأسرية ، و الإدراك المشوه للجسم ، ويؤكد على أن الإناث ذوات الإعاقة السمعية هن فئة تتأثر بهذه الأمور كالعاديات تماما إلا أنهن أهملن كفتنة تعاني من اضطرابات الأكل وربما يحدث ذلك بسبب افتقادهن للتواصل مع المجتمع المحيط بهن لنظرة المجتمع لهن كشواذ لفقدن حاسة السمع.

كما يشير التراث السيكولوجي إلى أن الإناث ذوات فقدان الشهية العصبي يعانين من اضطرابات أسرية شديدة ، فضلا 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 أحد أفرادها من اضطراب ما في الأكل على أنها أسرة مريضة ، قد يعاني أفرادها من التصلب ، وضعف الحب المتبادل أو الحماية الزائدة من قبل الوالدين للأبناء .

(جمعة يوسف ، ٢٠٠١ : ١٠٨)

وقارنت لورا هامفري , Humphrey (١٩٨٩ : ٢٠٦) بين أسر فتيات لديهن فقدان الشهية العصبي وأسرة فتيات لديهن شره عصبي ، وأسرة فتيات سويات، وتبين أن الفتيات فاقدرات الشهية يعانين من الإهمال والتجاهل من قبل الوالدين .

وفي ضوء ما سبق ، يتضح أن المناخ الأسري يلعب دوراً مهماً في اضطرابات الأكل (فقدان شهية غصبي أو شره عصبي) بل قد يعد هذا الاضطراب مؤشراً علي مرض الأسرة واختلال العلاقات الأسرية فيها ،ويري الباحثان أن هذا الدور يتعاظم في الأسر التي لديها طفل معوق سمعياً، حيث ذكرت ليناكاشياب Kashyap,I. (١٩٨٦ : ٣١) أن الأسرة كنسق اجتماعي يتألف من أعضاء يحدث بينهم تبادل دينامي فيما بينهم ، لذلك فإن حدوث أي ضرر لفرد ما يترتب عليه تأثيرات مباشرة أو غير مباشرة على جميع أفراد الأسرة ، بالإضافة إلى أن الحالة المدركة لهذا الطفل لن تؤثر فقط على الأم ، والأب، والأبناء ولكن ردود أفعال كل فرد من هؤلاء سوف يؤثر بالتبعية على الآخرين بما في ذلك المعاق سمعياً.

ويذكر عادل الأشول (١٩٩٣ : ٢٢ - ٢٣) أن الجو الأنفعالي داخل بعض أسر المعاقين يكون ضاغظاً بصورة كبيرة ، ويتصف بعدم الاستقرار لدرجة تؤدي إلى اضطراب أخوة هذا الطفل المعاق ، وتزداد الضغوط على الأخوة بسبب تحريم الأسرة التحدث في بعض الموضوعات المرتبطة بإعاقة أخيهم ، بالإضافة إلى ضرورة كبت مشاعر القلق والانزعاج التي قد يشعر بها أخوة وأخوات الطفل المعاق .

وبالتالي فوجود طفل معوق سمعياً في الأسرة قد يضاعف الضغوط الأسرية ، ويصبح بداية لسلسلة هموم نفسية لا تحتمل ،وتبادلاً للتهامات واختلاف الآراء ،ولوم للذات وللآخرين ، فوجوده يهدد استقرار الأسرة ،بل يهاجم العمود الفقري back bone للبناء التواصل للأسرة ،ويتفاقم ذلك مع التفاعلات اليومية .

(شاكرا قنديل ١٩٩٦ : ٦٢٥-٦٢٧) (Adams& Tidwall,1989:323)

أن إعاقة الطفل تؤدي إلى خلق جو من التعاسة والشقاء الأسري ،نتيجة لشعور الوالدين بإخفاق الطفل في تحقيق آمالهما، الأمر الذي قد يقود المناخ الأسري على حد تعبير شاكرا قنديل (١٩٩٦ : ٦٣٨) و فاروق صادق (١٩٩٨ : ١٤) إلى أن يصبح تزلزل الكيان الأسري حتى الأعماق ،وقد تكون بمثابة مصدر تمزق سيكولوجي للتوافق الأسري والوالدي .

ويذكر فايز قنطار (١٩٩٢ : ١٨٩) أن إعاقة الطفل تسبب صدمة للأُم ، لأن الإعاقة التي يعاني منها الطفل قد تجعله في وضع لا يمكنه من الإحساس بالمؤثرات التي تصدرها الأم أو ادراكها مما ينعكس سلباً على التفاعل القائم بينهما وقد تتمكن بعض الأمهات من تجاوز الأزمة ، ويظهرن سلوك الأمومة نحو أطفالهن المعوقين بشكل مقبول .

أما فيما يتعلق برد فعل الأب تجاه الإعاقة السمعية ، فإن دوره لا يفهم إلا في إطار الوحدة الأسرية ، فالأب كما يشير أيوجين مندل وماكاي فيرنون (١٩٧٦ : ٤٠) يرى الصمم على أنه نقص في القدرة ، وقد يؤثر دور الأب بطريقة غير مباشرة في نمو المعوق سمعياً كما حدد فايز قنطار (١٩٩٢ : ٢٢٣-٢٢٤) من خلال علاقته بالزوجة (أم المعاق) فالزوج يمكنه أن يوفر للزوجة دعماً انفعالياً (عاطفياً) وذلك ينعكس على علاقة الأم بالطفل ، وكذلك تؤثر العلاقة بين الزوجين في سلوك الأب نحو الطفل .. وكل ذلك يشيع لدى المعاق نظرة بناء للعالم ، ويحد من احتمال ظهور السلوك المنحرف لديهم .

وبذلك يتضح أن وجود طفل معوق سمعياً في الأسرة يؤثر بالسلب على المناخ الأسري الأمر الذي يجعله أكثر استجابة للتمزق والتفكك الأسري لجميع أعضاء الأسرة دون استثناء ، وذلك يرجع إلى أن الوالدين ينظران إلى الطفل على أنه مشروع المستقبل الذي يستمران فيه عطاءهما النفسي والمادي في الحياة ، ولهذا فإن إعاقة الطفل تمثل صدمة للوالدين لتلك التوقعات الأمر الذي قد ينعكس بالسلب على شخصية هذا الطفل وما يترتب عليها من اضطرابات سلوكية ، مع الوضع في الاعتبار أنه بالرغم من أن النظام الأسري في ظل وجود معاق سمعياً يتعرض لخطر كبير من الضغط الناتج من إعاقة الطفل ، إلا أن هذا لا يعنى بالضرورة أن هذا الأسر تعاني من اختلال وظيفي ولكن تعتبر ببساطة أسر متوترة أو تعاني من الضغوط .

(Fisiloglu&Fisilogu, 1996:231-232)

كما تتأثر علاقة المعاق سمعياً بأبيه ، بل وتؤثر على علاقة الوالدين بعضهما البعض ، فيلقي كلاهما باللوم على الآخر لإعاقة الابن ، وتزداد خلافتهما ، ويحاول كلاهما التوصل من مسؤولياته في رعاية هذا الابن المعاق ، ويقل الرضا والتوافق الزوجي بينهما ، وهذا يتوقف على رؤية الوالدين لإعاقة ابنتهما، كما يتأثر الأخوة بميلاد أخ لهم معاق سمعياً، وقد يعتبرونه عبئاً عليهم، إن لم يكن في تحمل مسؤوليات رعاية مع الوالدين ، فليكن عبء التواصل معه ، أو بسبب ما تفرضه إعاقة أختهم من أعباء على الوالدين قد تكون على حسابهم فيعتبرونه سبباً لخلافاتهم ومشكلاتهم.

من هنا يتضح أن المناخ السائد في أسر المعاقين سمعياً يتأثر بهذا الوافد الجديد ، وفي نفس الوقت يترك هذا المناخ الأسري أثره على الابن المعاق نفسه وفقاً لما يتلقاه ويدركه من استجابات الوالدين والأخوة، ومدى تقبلهم له ، لذا فإن ما يعانيه المعاق سمعياً من مشكلات ليست

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

نتاجاً مباشراً لفقدانه السمع فحسب، بل نتيجة أيضاً لأنماط المناخ الأسرى السائد في أسرته ، وكيفية استجابة المحيطين به لإعاقته ، ومن هنا تبدو أهمية تناول المناخ الأسرى في أثره على اضطرابات الأكل لديه. ويتفق ذلك مع ما ذكره كوفما ومارتين Chova&Martin (2002) من أن دراسة المناخ الأسرى للمعوقين سمعياً مهمة لفهم خبرات المعوقين سمعياً وإخوانهم العاديين ، مع الوضع في الاعتبار دور قلق الوالدين لإعاقة طفلهم ، والمقارنات السلبية التي يقوم بها الوالدان بين الأخوة العاديين والصم أو ضعاف السمع .

وبمراجعة التراث السيكلوجي الحديث وجد الباحثان أن العديد من الدراسات الأجنبية تؤكد على أن اضطرابات الأكل لدى الأبناء في مرحلة المراهقة (سواء فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي) ترتبط ارتباطاً قوياً بالمناخ السائد في أسرهم، و بالعلاقات الأسرية، والتواصل مع أفراد الأسرة ، وأساليب المعاملة الوالدية، والصراعات الأسرية ومنها دراسة كل من : لاليبيرت (Laliberte , 1995) ؛ ايمي ، ودانيلاك (Eme & Danielak , 1995)؛ كارلات وآخرون (Carlat , et al , 1997)؛ ماهاراج وآخرون (Maharaj , et al , 1998)؛ لاليبيرتي وآخرون (Laliberte , et al , 1999)؛ وليان وهانسون (Wallin & Hansson , 1999) وباتريشيا فلاناجان (Flanagan , 2002)؛ بروكس (Brooks , 2002)؛ وبيتى (Betty , 2003) .

مما سبق يتضح أن المناخ الأسرى قد يكون سبباً في الإصابة باضطرابات الأكل، ولا سيما إذا كان الفرد معاقاً سمعياً حيث يمثل فقد اللغة كما توصل تـويـز وآخرون , Touyes et al., (1995) صعوبة في التواصل مع المحيطين بالمعاق الذي يترتب عليه مشاعر نفسية سيئة تقوده إلى اللجوء إلى سلوك الأكل لخفض معاناته . وبالتالي تحتل استجابات المحيطين أهمية كبرى في تشكيل بنائه النفسي وتخفيف معاناته النفسية والتي قد تظهر إما في صورة نهم زائد ، أو فقدان شهية زائد كرد فعل لهذه المعاناة فمعظم ما يعانيه المعاق سمعياً من مشكلات هي نتاج استجابات المحيطين به تجاه إعاقته وليس بسبب الإعاقة مباشرة .

وفي هذا الصدد توصل ديواليت وآخرون (1999) Dewalt, et al; إلى أن المراهقات الصم اللاتي لديهن تقبل للإعاقة ومتفاعلات مع أقرانهن أقل في اضطرابات الأكل وأفضل في الاتجاه وسلوك الكل. ولاسيما أن المناخ السائد في الأسر التي بها معاقاً سمعياً يختلف بالطبع عن وجود أطفال أسوياء مما يشكل ضغطاً على الوالدين والأخوة ويغير من النسق الأسرى تماماً.

وهكذا يبدو أن هناك حاجة لإجراء دراسة حول اضطرابات الأكل لدى فئة المعاقين سمعياً للوقوف على طبيعة العلاقة بين المناخ الأسرى السائد في أسرهم واضطرابات الأكل لديهم الأمر الذي لم تتناوله دراسة سابقة ولاسيما في البيئة العربية.
مشكلة الدراسة :

في ضوء العرض السابق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في عدد من التساؤلات على النحو التالي :

- ١- هل توجد علاقة بين المناخ الأسرى كما يدركه المراهقين المعاقين سمعياً واضطرابات الأكل لديهم؟
 - ٢- هل توجد فروق بين المراهقين المعاقين سمعياً مرتفعي ومنخفضي اضطرابات الأكل في إدراكهم المناخ الأسرى ؟
 - ٣- هل توجد فروق بين المراهقين المعاقين سمعياً ذوى اضطراب فقدان الشهية العصبي وذوى الشره العصبي في أدركهم المناخ الأسرى؟
 - ٤- هل توجد فروق بين المراهقين الصم وضعاف السمع في اضطرابات الأكل؟
 - ٥- هل توجد فروق بين المراهقين المعاقين سمعياً من الجنسين الذكور والإناث- في اضطرابات الأكل؟
- أهمية الدراسة :

تتضح أهمية الدراسة الحالية فيما يلي :

- ١- أن هذه الدراسة تأتي في إطار تزايد الاهتمام في السنوات الأخيرة بالأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وحقهم في الرعاية والتعليم كما هو متاح للأطفال العاديين ، لكي يتسنى لهم إشباع حاجات نموهم وتأكيد ذاتهم داخل المجتمع،فضلا عن تزايد عدد الطلاب المستمر في مدارس التربية الخاصة ، فقد ارتفع عددهم من (٢٧٣١٨) عام ١٩٩٩ إلى (٣٣٤٧١) عام ٢٠٠٣ بزيادة قدرها (٢٢,٥٢%) وهذه زيادة كبيرة تستوجب الاهتمام،كما ارتفع عدد مدارس التربية الخاصة بنسبة ٥٩,١٩% فيما بين عام ٩٩-٢٠٠٣م.

(وزارة التربية والتعليم، ٢٠٠٣)

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

٢- ندرة الدراسات العربية التي تناولت اضطرابات الأكل ولاسيما في مجال التربية الخاصة بصفة عامة والإعاقة السمعية بصفه خاصة ، كما أنه لا توجد دراسة جمعت بين متغيري الدراسة الحالية مما يزيد من أهميتها.

٣-تناول الدراسة عينة في المدى العمرى الذي تنتشر فيه اضطرابات الأكل، حيث تنتشر اضطرابات الأكل في الفترة ما بين (١٢-٢٥سنة) وهى تقابل مرحلة المراهقة والشباب.

٤--ازدياد نسبة انتشار اضطرابات الأكل في العقدين الأخيرين وما يمثل ذلك من خطورة قد تصل إلى درجة الوفاة ،فهناك نسبة تتراوح ما بين (١٥% - ٢٠%) معرضين للإصابة باضطرابات الأكل، فضلا عن ارتفاع معدلات الوفاة إلى (١٠%) بسبب فقدان الشهية العصبي ، فضلا عن ارتباطه بزملة من الأعراض العصابية، فقد توصلت أمال باظة(١٩٩٧) أن نسبة فقدان الشهية العصبي(٨%)، كما توصلت زينب شقير(١٩٩٩) إلى أن نسبة فقدان الشهية العصبي لدى الإناث(١٥،٤٥) ولدى الذكور(٨،٩٢%) ، أما عبدالموجود عبد الموجود (١٩٩٩) فقد توصل أن نسبة اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب تصل إلى(٨،٢٢%)وهو ما يستوجب الاهتمام.

٥- كما ترجع أهمية الدراسة إلى تناولها المناخ الأسرى من حيث علاقته باضطرابات الأكل وما تسفر عنه ذلك نتائج قد تقيد الأسرة لكي تهيئ مناخاً نفسياً واجتماعياً ملائماً للمعاق سمعياً يمكن أن يفيد في علاج اضطرابات الأكل لديه.

٦-تقديمها لأداتين مقننتين أحدهما لقياس المناخ الأسرى لدى أسر المراهقين كما يدركه المعاقين سمعياً والأخرى لقياس اضطرابات الأكل بنوعها (فقدان الشهية والشهه العصبي) لدى المراهقين المعاقين سمعياً وكليهما تفقر إليه مكتبة القياس في البيئة العربية

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى تقصى العلاقة بين المناخ الأسرى للمراهقين المعوقين سمعياً وتعرضهم لاضطرابات الأكل سواء فقدان الشهية العصبي أو الشهه العصبي .

تحديد المصطلحات :

أولاً : اضطرابات الأكل: Eating Disorders

يقصد باضطرابات الأكل وجود اتجاهات وسلوكيات مشوهه نحو الأكل والوزن

(Hsu,1990.:2)

والبدانة.

ويشير خان وفاوسيت , Khan & Fawcett (١٩٩٣ : ٢) إلى أن اضطرابات الأكل هي: الاستخدام السيئ القهري للأكل لتحقيق نوع من التوازن النفسي المرغوب. ويعرفها الباحثان بأنها اضطرابات شديدة في سلوك الأكل والاتجاه نحوه والإدراك المشوه لوزن وشكل الجسم ،متمثلا في فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي.

أ- فقدان الشهية العصبي (الأنوركسيا العصبية) Anorexia Nervosa

يتسم فقدان الشهية العصبي برفض الفرد المحافظة على وزن الجسم الطبيعي والخوف الشديد من زيادة الوزن ، والاضطراب في إدراك شكل وحجم جسمه ، وتعاني الإناث انقطاع الدورة الشهرية. (جمعة يوسف ، ٢٠٠١ : ١٠٠)

وجاء في موسوعة البدانة واضطرابات الأكل أن فقدان الشهية العصبي هو: اضطراب نفسي خطير يتميز بالخوف الشديد من زيادة الوزن ، والتجوع المستمر للذات ، ورفض الإشارة إلى وزن الجسم ، والانشغال المرضي بالأكل والنظام الغذائي (الرجيم).

(Cassell& Larocca , 1994:11)

ويعرف فقدان الشهية العصبي بأنه رفض المحافظة على وزن الجسم عند أو فوق المستوى الطبيعي مع إتباع نظام غذائي قاسي ، وخوف شديد من زيادة الوزن ، مع ممارسة التمرينات القاسية.

كما يعرف فقدان الشهية العصبي بأنه: اضطراب في الأكل يتميز بنقص في وزن الجسم ناتج عن التقليل المتعمد في استهلاك الأكل، والخوف من البدانة ، وفرط النشاط، وتشوه صورة الجسم، واضطراب الحيض ، والانشغال بالأكل والوزن ، وإتباع النظام الغذائي.

(عبدال موجود عبدالموجود ، ١٩٩٩ : ٢٠)

ويعرف بيتي Betty (٢٠٠٣ : ٦) فقدان الشهية بأنه اضطراب يتميز برفض المحافظة على الوزن في حدوده الطبيعية، والخوف الشديد من زيادة الوزن مع تشوه في إدراك شكل وحجم الجسم ، عادة ما يرى الشخص نفسه زائد الوزن بالرغم من نحافته الواضحة.

ويذكر عبد المطلب القريطي (١٩٩٨ : ٢٩٩) أن فقدان الشهية العصبي يصاحبه فقدان شديد في الوزن وسيطرة الخوف الذي يصل إلى حد الفزع من السمنة أو البدانة والترهل ، وربما ظهور أعراض إكتئابية ووسواس وانحباس الطمث أو انقطاعه بالنسبة للإناث وقلّة الرغبة الجنسية أو فقدانها بالنسبة للذكور .

مما سبق يمكن تعريف فقدان الشهية العصبي بأنه اضطراب في الأكل يتميز بالتجوع المتعمد والمستمر للذات ، مما ينتج عنه نقص واضح في الوزن ، مع الانشغال الدائم بالأكل وأنواعه ومكوناته ، و أتباع النظام الغذائي (الرجيم) ، و الانشغال بوزن الجسم، وممارسة الأنشطة البدنية المجهدة خوفاً من البدانة، مع الإدراك المشوه لحجم ووزن الجسم وانقطاع الدورة الشهرية للإناث البالغات ثلاث مرات متتالية على الأقل

ويعرف إجرائياً : بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس فقدان الشهية العصبي - المقياس الفرعي من مقياس اضطرابات الأكل - المستخدم في الدراسة الحالية.

ب- الشره العصبي (البوليميا) *Bulimia nervosa*

يعرف الشره العصبي بأنه اضطراب في الأكل يتميز بوجود نوبات متكررة من الشره في الأكل يعقبها محاولة التخلص منه بافتعال القيء أو تناول المليينات أو مدرات البول أو الصيام أو أداء تدريبات شاقة. (Collings & King , 1994 :81)

أو هو زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل يليها قيء أو استخدام المليينات مع الانشغال الشديد بشكل ووزن الجسم. (World health organization , 1992 :178)

وفي هذا الصدد يضيف أحمد عكاشة (١٩٩٨ :٥٠٣) بأنه قد يؤدي القيء المتكرر-غالبا إلى اضطرابات في مقاومة الجسم ومضاعفات جسمية .

ويعرف أيضا الشره العصبي بأنه تناول كميات كبيرة من الأكل تفوق بكثير ما يتناوله الفرد العادي في نفس الظروف ، وذلك في فترة زمنية قصيرة.

(American psychiatric association , 1994 :545)

ويتميز من يعاني من الشره العصبي بتناول كميات كبيرة من الأكل أكثر مما يأكله معظم الأفراد عادة، وذلك بفترة قصيرة وسرعة شديدة، وخلال فترة معينة يشعر فيها أنه لا يستطيع التحكم في سلوك الأكل لديه، وأنه مقهور ومجبر على فعل ذلك يلي ذلك الشعور بالخجل والذنب والقيام بمحاولة التخلص مما تناوله وبمحاولة التقيؤ أو أخذ المليينات أو مدرات البول.

(زينب شقير ، ٢٠٠٢ : ٩٦)

مما سبق يمكن تعريف الشره العصبي بأنه اضطراب في الأكل يتميز بوجود نوبات متكررة من النهيم في الأكل وذلك بتناول كميات كبيرة من الأكل بسرعة وفي وقت قصير يفقد خلالها الفرد القدرة على التوقف أو التحكم في الأكل يتبعها عادة التخلص من الأكل بتعمد القيء أو تناول

المليينات أو مدرات البول.

ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس الشره العصبي- المقياس الفرعي من مقياس اضطرابات الأكل- المستخدم في الدراسة الحالية.

ثانياً : المناخ الأسرى: Family Climate

تعرف فوزية عبد الباقي (١٩٨٩: ٢٢) المناخ الأسرى بأنه الخصائص المميزة لنمط العلاقات والتفاعل داخل البيئة الأسرية .

في حين يراه محمد بيومي خليل (٢٠٠٣: ١٦) أنه الطابع العام للحياة الأسرية من حيث توفر الأمان والتضحية والتعاون ، ووضوح الأدوار وتحديد المسؤوليات : وأشكال الضبط ونظام الحياة، وكذلك أسلوب إشباع الحاجات الإنسانية، وطبيعة العلاقات الأسرية، ونمط الحياة الروحية والخلفية التي تسود الأسرة مما يعطي شخصية أسرية عامة، فتقول أسرة سعيدة أسرة قلقة ، أسرة مترابطة وهكذا.

ويمكن تعريف المناخ الأسرى بأنه الطابع العام للأسرة المتمثل فيما بين أفرادها من ترابط، وما يسود علاقاتهم وتفاعلاتهم من انسجام أو تنافر وخصام ، ودرجة إتباعهم لنظام محدد في قواعد الأسرة وقيام كل منهم بدوره ، ومدى التزامهم بالقيم الدينية واتجاهاتهم الثقافية، وعلاقتهم الخارجية مع الجيران والمحيطين ، ويشمل ذلك خمسة أبعاد هي :

١- الترابط الأسري : وهو يقيس تماسك أفراد الأسرة ،ومتانة علاقاتهم ، وما بينهم من حب وتقبل ودفء عاطفي وتعاون، وحرصهم علي الاجتماع معا، والإلمام والاهتمام بأمور بعضهم البعض.

٢- التفاعل الأسري : وهو يقيس طبيعة العلاقات المتبادلة بين أفراد الأسرة ومدى خلوها من الشقاق والتنافس والشجار .

٣- الالتزام الأسري : وهو يقيس مدى إتباع أفراد الأسرة لنظام وقواعد محددة، ودرجة وضوح الأدوار الأسرية لديهم ، وقيام كلا منهم بدوره علي النحو المطلوب دون إفراط أو تقريط .

٤- التوجه الأخلاقي والثقافي للأسرة : وهو يقيس الجو الروحي و الثقافي السائد في الأسرة ،وما لدي أفرادها من وعي ديني وثقافي واتجاهاتهم نحوها، ومدى التزامهم بالقيم الدينية والأخلاقية.

٥- العلاقات الأسرية بالآخرين : هو يقيس علاقات أعضاء الأسرة مع الجيران والأقارب ومدى تفاعلهم مع المحيطين بهم في المنطقة التي يقيمون فيها.

ثالثاً : الإعاقة السمعية: Hearing Impairment

يرى جمال الخطيب (١٩٩٦: ١٥) أن الإعاقة السمعية تعني انحرافاً في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي - اللفظي.

أما المعاق سمعياً يعرفه عبداً لعزیز الشخص (١٩٨٥: ٣٦٣) بأنه: هو من حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلم الكلام إلى الدرجة التي تجعله - حتى مع استعمال المعينات السمعية - غير قادر على سماع الكلام المنطوق ومضطراً لاستخدام لغة الإشارة أو الشفاه أو غيرها من أساليب التواصل مع الآخرين.

و تشمل الإعاقة السمعية فئتين هما :

أ- الصم deaf: وهم من فقدوا حاسة السمع تماماً ، ويعجز جهازهم السمعي عن إحداث أي ترددات أو ذبذبات صوتية لأي مثير سمعي إلى درجة لا تمكنهم الاستفادة من حاسة السمع في مختلف أغراض الحياة المختلفة حتى مع استخدام المعينات السمعية.

(عبد الفتاح مطر ، ٢٠٠٢: ٦٩)

ب- ضعاف السمع Hard of Hearing : وهم الذين يعانون عجزاً جزئياً أو نقصاً في حاسة السمع بدرجة لا تسمح لهم بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية إلا باستخدام وسائل معينة.

(على عبد النبي ، ٢٠٠٣: ٣٧)

ويحتاج المعاق سمعياً إلى طرق تواصل خاصة لفقده التواصل اللغوي مع المحيطين به، ومن أهم هذه الطرق ما يلي:

١- قراءة الشفاه: وهي معرفة ما يقوله المتحدث من خلال حركات الشفاه ، حيث تأخذ الشفاه وضعاً مميزاً عند نطق كل حرف يختلف عن الحرف الآخر.

٢- لغة الإشارة: وهي اللغة التي تستخدم بين المعاقين سمعياً وخاصة الصم في تواصلهم معاً وهي إشارات تستخدم فيها الأيدي وتعبيرات الوجه والجسد، كل إشارة لها معني يفهما الأصم.

٣- هجاء الأصابع: وفيها يقوم الفرد برسم الحروف الهجائية بواسطة أصابع اليد ، وهي تصلح في حالة الكلمات التي ليس لها إشارة كالأسماء والأرقام ، ولكنها عملية مجهددة تتطلب تركيزاً كبيراً من المعاق للنظر إلى حركة الأصابع.

٤- التواصل الكلي: ويعنى الاستفادة من كل الطرق السابقة إلى جانب أي وسيلة أو حركة أو

إيماءة من شأنها أن تنقل المعنى للمعاق سمعياً.

ويقصد بالمعاقين سمعياً في هذا البحث فئتي الصم و ضعاف السمع المراهقين، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٥-١٩) عام بالمرحلة الثانوية بمدارس الأمل.

دراسات سابقة

أولاً : دراسات تناولت اضطرابات الأكل لدى المعاقين سمعياً :

من خلال استقراء التراث السيكولوجي تناولت بعض الدراسات اضطرابات الأكل لدى الصم و ضعاف السمع ومن أهمها ما يلي:

اهتمت دراسة ديليو وباولو Deleo , Paolo (١٩٨٧) بدراسة حالة فتاة صماء في مرحلة المراهقة عمرها (١٧) عاماً تعاني من فقدان الشهية العصبي ، وأشارت نتائجها إلى أن الإصابة بالصمم قد هيأت الفتاة للإصابة بفقدان الشهية العصبي.

وتناولت دراسة هيلس وريندون Hills & Rendon (١٩٩١) اتجاهات وسلوكيات الأكل بصورة الجسم المدركة لدى الصم ، وذلك على عينة بلغ قوامها (٥٨) أنثى ، (٤١) ذكر من طلاب الجامعة الصم، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (١٨-٤١) عام، طبق عليهم استبيان سلوكيات الأكل ، إلى جانب استخدام الرسم، وقد أسفرت النتائج عن أن الصم يعانون من اضطرابات الأكل سواء فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي، وأن الإناث يعانين من هذه الاضطرابات بدرجة أكبر من الذكور، إلى جانب أن (٤٦) % من الإناث لديهم اضطرابات في إدراك أجسامهن حيث يرون أنهم أثقل وزناً من الوزن الحقيقي لأجسامهن.

و قام ريندون وآخرون Rendon,et.al (١٩٩٢) بدراسة حول الأكل والاضطرابات المرتبطة به ، و ذلك على عينات من مجتمع الصم ،وقد أشارت النتائج إلى ندرة الدراسات التي تناولت فقدان الشهية العصبي والشره العصبي ، واضطرابات صورة الجسم لدى الصم وضعاف السمع ،وأوصت الدراسة بزيادة الاهتمام بهذه النوعية من الدراسات.

وقد هدفت دراسة فليتشر Fletcher (١٩٩٣) إلى مقارنة سلوك الأكل، وأساليب المحافظة على الوزن (الرجيم)، وصورة الجسم لدى فتيات الجامعة من الصم وأقرانهن من عاديات السمع ، وذلك على عينة قوامها (٢٠) طالبة (١٠ معاقات سمعياً، ١٠ عاديات السمع)، وقد طبق على المجموعتين استبيان لاضطرابات الأكل مبني على أساس دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM-IV) ، وقد تضمن الاستبيان بُعدين الأول: يشمل سلوك الأكل،

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

والإتجاه نحو الوزن ، وأساليب المحافظة على الوزن ، ونوبات الشره ، الثاني: يشتمل على صورة الجسم، وأسباب الشره لديهم كما يرونها ، وقد وضعت الأسئلة وترجمت إلى لغة الإشارة بواسطة متخصص ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق في كافة الأبعاد بين الفتيات المعاقات سمعياً وأقرانهن من العاديات، وإن كان إتجاه المعاقات سمعياً نحو زيادة أو فقد الوزن أكبر من العاديات، ولم توجد فروق بينهن في أساليب المحافظة على الوزن (الاعتماد على السوائل في التغذية ، تخطي الوجبات، واستخدام حبوب فقد الشهية، واستخدام مدرات البول ، والملينات)، فيما عدا استخدام المعاقات سمعياً التمرينات الرياضية لفقد الوزن بدرجة أكثر من العاديات، كما لم تختلف المجموعتان في عدد نوبات الأكل ، كما وجد أن المعاقات سمعياً يخترطن في نوبات الأكل في أوقات الضيق والميل والوحدة.

واهتم إلبديك Eldik (١٩٩٤) بدراسة المشكلات السلوكية لدى الطفل الأصم، وذلك على (٤١) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (٦-١١) عام ، واستخدم فيها قوائم الشخصية إلى جانب المقابلات مع آباء الأطفال الصم ، وقد أظهرت النتائج أن الأطفال الصم يعانون اضطرابات في سلوك الأكل متمثلة في الشره أكثر من أقرانهم العاديين، فضلاً عن ضعف المهارات الاجتماعية، وكثرة اللوازم الحركية والاضطرابات الانفعالية.

وتناول توييز وآخرون Touyes , et. al (1995) دراسة حالة لفتاة مراهقة صماء عمرها (١٥) عاماً تعاني من فقدان الشهية العصبي مع انخفاض ملحوظ في الوزن ، وذلك بهدف وضع برنامج علاجي لها في أحد المراكز المتخصصة في اضطرابات الأكل ، وقد شكل فقدها للغة صعوبة في التعامل معها أثناء البرنامج إلى جانب ما ينتج عنه من مشاعر نفسية سيئة أدت إلى اضطرابات في سلوك الأكل.

وهدفت دراسة ديوانت وآخرون Dewalt , et. al (1999) إلى الوقوف على الفروق في اتجاهات وسلوك اضطرابات الأكل بين المراهقات الصم والعاديات، وذلك على عينة بنم قوامها (٨٩) من المراهقات الصم يقمن إقامة داخلية في مدارس الصم وأقرانهن من العاديات، ممن تتراوح أعمارهن بين (١٢ - ١٧) عاماً ، وبعد تطبيق قائمة اضطرابات الأكل وإجراء المقابلات مع عينة الدراسة ، أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق في اضطرابات الأكل بين المعاقات والعاديات ، في حين أن المعاقات كن أقل رضا عن صورة أجسامهن وأقل شعوراً بالكفاءة والفاعلية من العاديات ، كما أكدت النتائج على أن المراهقات الصم اللاتي لديهن تقبل

للإعاقاة ولا يخجلن منها ومندمجات ومتفاعلات مع أقرانهم أقل في اضطرابات الأكل وأفضل في الاتجاه وسلوك الأكل.

ثانيا: دراسات تناولت المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل:

من خلال استقراء التراث السيكولوجي الذي يبحث في علاقة اضطرابات الأكل والمناخ الأسرى وجد الباحثان العديد من الدراسات التي تؤكد هذه العلاقة ومن أهمها ما يلي:

ركزت دراسة كوش Koch (1987) على دراسة الخصائص الشخصية لدى عينة ممن يعانون من اضطرابات الأكل وأخرى من الأسوياء وقد أشارت النتائج إلى أن ذوي اضطرابات الأكل أكثر قلقا فيما يتعلق بعلاقتهم مع آبائهم وأمهاتهم في حين أن الأسوياء كانوا أكثر قلقا فيما يتعلق بالأمور المادية والمهنية والأكاديمية.

أما عن العلاقات الوالدية كما يدركها الأبناء- وهي أحد أبعاد المناخ الأسرى- والمزاج الاكتئابي وعلاقتها باضطرابات الأكل، فقد اهتمت دراسة وندرليتش وسويقت Wonderlich (1990) وSwift & بتلك العلاقات الوالدية وذلك على (11) حالة من طلاب الجامعة ممن يعانون فقدان الشهية العصبي، و(26) ممن يعانون من الشره العصبي، بالإضافة إلى (29) من العاديين كمجموعة ضابطة، وطبق عليهم مقياس التنشئة الوالدية كما يدركها الأبناء ومقياس ميللون الاكلينيكي متعدد المحاور (MCMI) وقد أشارت النتائج إلى أن ذوي الشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي يعانون من أساليب تنشئة والدية سلبية، ولديهم علاقات سيئة مع الوالدين، ولديهم مزاج اكتئابي بالمقارنة بأقرانهم العاديين.

وفي هذا السياق قام بيك Pike (1990) بدراسة لبعض المتغيرات المرتبطة باضطرابات الأكل وذلك على عينة قوامها (400) طالبة من المدارس الثانوية ممن يعانين من اضطرابات الأكل، وقد توصل إلى أن العوامل الأسرية والآخرين من أهم العوامل المسؤولة عن اضطرابات الأكل لدى الإناث.

وتناولت دراسة داري وآخرون Dare, et. al (1990) أثر العلاج الأسرى في التخفيف من فقدان الشهية العصبي، وذلك على عينة من الأطفال ممن تتراوح أعمارهم ما بين (3-18) عاما، وقد أسفرت النتائج عن فعالية العلاج الأسرى، وتأثير البناء العائلي، ودوره حياة الأسرة في علاج فقدان الشهية العصبي.

أما هيد ووليامسون Head & Williamson (1990) فقد تناولوا مدى ارتباط عوامل

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

البيئة الأسرية والشخصية المضطربة والشره العصبي لدى عينة من الإناث ، وقد استخدمنا مقياس البيئة الأسرية ، والدليل الإحصائي DSM-III لتشخيص البوليميا لديهم، وأوضحت النتائج أن الإناث اللاتي لديهن شره عصبي يعشن في بيئة أسرية مليئة بالصراعات ويمارس آبائهن أساليب معاملة والدية صارمة إلى جانب ارتباط اضطراب الشخصية بفقدان الشهية العصبي لديهن.

وفي نفس الإطار جاءت دراسة بلوين وآخرون Blouin , et. al (1990) على عينة من الفتيات في سن الرشد يعانين الشره العصبي قوامها (99) فتاة، أكدت نتائجها من خلال استجاباتهم على مقياس البيئة الأسرية أن أسرهم أقل ضبطاً وأقل استقلالية وأقل في إعطاء الفرصة لهن للتعبير عن أنفسهن بالمقارنة بالعائلات الأخرى.

وأهم ستيوارت وآخرون Stuart,et.al (1990) بدراسة الخبرات الأسرية المبكرة للإناث اللاتي يعانين من الشره العصبي والاكنتاب وذلك على عينة قوامها (45) فتاة مراهقة منهم (30) لديهن شره، (15) يعانين من الاكنتاب، وقد أظهرن خبرات أسرية سيئة تمثلت في الصراعات المستمرة ، وعدم وجود الدفاء الأبوي ، وكانت هذه الخبرات أكثر لدى اللاتي يعانين من الشره العصبي مقارنة بمجموعة الاكنتاب.

وتناولت دراسة وولير وآخرون Waller , et. al (1990) علاقة التماسك والتوافق الأسرى بالاتجاهات نحو الأكل لدى عينة من الفتيات منهن (41) لديهن فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي إلى جانب مجموعة ضابطة من العاديات قوامها (27) فتاة ، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الترابط الأسرى والتوافق الأسرى بين مجموعتي الدراسة لصالح الفتيات العاديات .

أما جير Geer (1991) في دراسته حول خصائص الأسرة وأنماط التفاعل الأسرى وعلاقتها بفقدان الشهية العصبي ، فقد أشار إلى أن حجم الاضطرابات النفسية داخل الأسرة ، وترتيب الميلاد ، وحجم الأسرة، والإيذاء البدني ، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي ، وطبيعة العلاقات الأسرية بين الأفراد ترتبط بفقدان الشهية العصبي لدى أفراد الأسرة.

وأما دراسة كيني Kenny(1992) فقد تناولت الترابط الأسرى والانفصال النفسي وعلاقتها بأعراض اضطراب الأكل ، وذلك على عينة قوامها (162) من طالبات الجامعة طبق عليهن مقاييس الترابط الأسرى والانفصال النفسي واضطرابات الأكل لديهن ، وأظهرت النتائج

وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية بين الترابط الأبوي والدفع العاطفي ومعاناة فقدان الشهية العصبي .

وعن ارتباط الخبرات الأسرية المبكرة أثناء تناول الوجبات بالشره العصبي، قام ميلر Miller (1993) بدراسته على (١٢٨) فتاة من طالبات الجامعة، و توصل إلي وجود ارتباط بين الخبرات السيئة أثناء تناول الوجبات وسوء التوافق الأسرى بمعاناة الفتيات من الشره العصبي.

وقاما فيلكر وستيفرس Felker & stivers (1994) بدراسة علاقة الجنس والبيئة الأسرية بمخاطر اضطرابات الأكل لدى المراهقين ، وقد توصلوا إلى أن الاستقلال وحرية التعبير والنظام داخل الأسرة ارتباطا بقوة باضطرابات الأكل ، وان هذه العلاقة كانت أقوى في حالة المراهقات مقارنة بالمراهقين ، وان مخاطر اضطرابات الأكل لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور. أما دراسة شارب وآخرون Sharp , et. al (1994) والتي طبقت على (٢٤) نكور ، (٢٤) إناث ممن يعانون اضطراب فقدان الشهية العصبي وفقا للمعايير الواردة في الـ DSM-111-R قد أظهرت شيوع أعراض الإكتئاب لدى المجموعتين بالإضافة إلى وجود تاريخ عائلي من المعاناة والاضطرابات الانفعالية في الأسرة.

وتناولت دراسة لاليبيرت ، Laliberte (١٩٩٥) المناخ الأسرى في علاقته باضطرابات الأكل وذلك على عينة بلغ قوامها (٣٢٤) طالبا يقمن مع أسرهم ويعانون من الشره العصبي ، طبق عليهم مقياس المناخ الأسرى ، وقد أشتمل على عدة أبعاد منها : الإحباط الأسرى، وتقدير الأسرة ، الاندفاعية في الأسرة، الصراع الأسرى ، التماسك الأسرى ، التعبير الأسرى، والإنجاز الأسرى، وقد أسفرت الدراسة عن ارتباط المناخ الأسرى بأبعاده المختلفة بالشره العصبي لدى الفتيات.

وعن علاقة الوالدين باضطرابات الاتجاه نحو الأكل لدى الأبناء قاما إيبي وداني لاك Eme & Danielak , (1995) بدراسة على عينة قوامها (٢٢) فتاة بمتوسط عمري (١٥) عام ممن لديهن اضطرابات في الأكل ، و(٨٨) فتاة لا تعاني اضطرابات الأكل ، أسفرت الدراسة عن أن الإناث اللاتي لديهن اضطرابات في اتجاهاتهن نحو الأكل لديهن صعوبة في التواصل والتخاطب مع آبائهن ومشاكل مع أمهاتهن وفقدان التعبير العاطفي والدفع الوالدى عكس مجموعة الفتيات العاديات.

وقد توصل كارلات وآخرون (Carlat, et.al 1997) إلى أن ذوى اضطرابات الأكل يعانون من اضطرابات أسرية ومعاناة وجدانية إلى جانب معاناتهم من الأعراض الاكتئابية ، وذلك من خلال الدراسة التي طبقت على عينة مكونة من (٦٢) حالة فقدان شهية عصبي ، (٣٠) حالة شره عصبي ، (٤٣) حالة يعانون من اضطرابات الأكل غير مصنفة وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (١٩٩٤).

وتناولت دراسة ماهاراج وآخرون (Maharaj, et. al 1998) اضطرابات الأكل من حيث علاقته بالمناخ الأسرى ، وذلك على عينة من المراهقات بلغ قوامها (١١٣) تراوحت أعمارهن بين (١١-١٩) ممن يعانون من اضطرابات الأكل ، وقد أوضحت النتائج أن اضطرابات الأكل قد ارتبطت بإدراك المراهقات لضعف التواصل مع أمهاتهن وآبائهن ، وانعدام الثقة بينهما ، وعدم ملاءمة البيئة الأسرية التي يعشن فيها ، وفقدان الدعم بها.

أما دراسة لاليبيرتي وآخرون (Laliberte, et. al 1999) فقد تناولت المناخ الأسرى والعوامل الأسرية وعلاقتها باضطرابات الأكل والشره العصبي وذلك على عينة قوامها (٣٢٤) فتاة تراوحت أعمارهن بين (١٧-٢٢) عام ، وأشارت النتائج إلى التأثير القوي للمناخ الأسرى بأبعاده المختلفة على الشره العصبي لدى الفتيات وخاصة الجوانب المرتبطة بالأم وعلاقتها بالفتاة ومدى رضاها عن جسم الفتاة.

واستهدف والين وهانسون (Wallin & Hansson 1999) دراسة المناخ الأسرى والعلاقات الأسرية السائدة في (٢٦) من أسر المراهقين الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي تراوحت أعمارهم بين (١٢-١٥) عام، وقد استخدم في الدراسة مقياس المناخ الأسرى ومقياس العلاقات الأسرية إلى جانب استخدام شرائط الفيديو التي توضح طبيعة العلاقات في هذه الأسر ، وأسفرت الدراسة عن أن أسر المراهقين الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي كانوا أكثر ارتباكاً وأقل في التماسك العائلي.

وقام ولين وكرونفال (Wallin & Kronvall 2002) بدراسة استهدفت علاج فقدان الشهية العصبي من خلال إحداث تغيير في وظائف الأسرة بعد العلاج الأسرى، وذلك على عينة تكونت من (٢٦) أسرة ممن لديهم مراهقين يعانون من فقدان الشهية العصبي من خلال برنامج للعلاج الأسرى، وتم استخدام الملاحظة لمعرفة درجة التفاعل الأسرى، وقد أظهرت الأسر درجة عالية في هذه الجوانب مما انعكس إيجابياً على علاج فقدان الشهية العصبي لدى أبنائهم.

كما توصل فلاناجان Flanagan (2002) إلى أن الوالدين هما اللذان يشكلان سلوك ومشاعر أطفالهم تجاه الأكل من خلال ما يصدر عنهم من سلوك ومشاعر وتعليقات سلبية تجاه سلوك الأكل لدى أطفالهم، وذلك ما أسفر عنه تطبيق تقرير ذاتي طبق على مجموعة من الأطفال تراوحت أعمارهم بين (11-14) عام ، وطبق كذلك على آبائهم وأمهاتهم لبيان سلوكهم ومشاعرهم والتعبيرات السلبية التي تصدر عنهم حول سلوك الأكل لدى أطفالهم.

وأما بروكس Brooks (2002) فقد قام بدراسة علاقة اتجاهات المساواة بين الجنسين والاتجاهات الوالدية كما يدركها الأبناء في المراهقة المتأخرة بالتحصيل واضطرابات الأكل لدى عينة من الإناث قوامها (89) من طالبات الجامعة، تراوحت أعمارهن بين (18-25) عام ، طبق عليهن مقياس اضطرابات الأكل ، ومقياس الاتجاه نحو تحرر المرأة ، ومقياس الاتجاه نحو المرأة ، وذلك لبيان اتجاه الأسرة نحو الإناث ومقياس القيم الشخصية المفضلة ، وأسفرت النتائج عن ارتباط هذه المتغيرات بأعراض اضطراب الأكل لدى المراهقات .

ويؤكد بيتي Petty (2003) أن المساندة الاجتماعية والدعم الذي تلقاه المراهقون من المحيطين بهم يؤثر بدرجة كبيرة في مستوى تقديرهم لذواتهم ومستوى رضاهم عن شكل الجسم واضطرابات الأكل، وذلك في دراسته على عينة من المراهقين قوامها (65) مراهق و(171) مراهقة تراوحت أعمارهم (12-16) عام طبق عليهم مقياس شكل الجسم ومقياس الاتجاه ومقياس تقدير الذات.

تعقيب :

من خلال العرض السابق للدراسات المرتبطة بمتغيرات الدراسة يتضح أن :

- 1- الدراسات التي تناولت اضطرابات الأكل لدى المعاقين سمعياً جاءت معظمها في مرحلة المراهقة- فيما عدا دراسة الديك Eldik (1994) والتي طبقت على أطفال في عمر (6-11) عام وهي المرحلة العمرية التي تزداد فيها اضطرابات الأكل.
- 2- معظم الدراسات التي طبقت على المعاقين سمعياً ركزت على الإناث مع قلة الدراسات التي تناولت الذكور والإناث وهو ما ركزت عليه الدراسة الحالية.
- 3- أشارت النتائج إلي أن المعاقين سمعياً يعانون من اضطرابات الأكل مثل فقدان الشهية العصبي، والشراهة العصبي وتشوه في إدراك صورة الجسم، وأن هذه الاضطرابات توجد لدى الإناث بدرجة أكبر من الذكور، ولدى الصم بدرجة أكبر من ضعاف السمع.

٤- أما بالنسبة للفروق بين العاديين والمعاقين سمعياً في اضطراب الأكل فقد جاءت النتائج متضاربة حيث أشار بعضها إلى ارتفاعها لدى المعاقين عن العاديين (Eldik , 1994) في حين أشار البعض الآخر إلى أنهم يتشابهون في درجة الاضطراب وفي سلوكيات المحافظة على الوزن. (Fletcher , 1993) ، (Dewalt , et . al, 1999)

٥- هناك ندرة في الدراسات التي تناولت اضطرابات الأكل لدى المعاقين سمعياً ولاسيما في البيئة العربية فضلاً عن عدم تناول علاقتها بالمناخ الأسرى بالرغم من الدور الذي تلعبه الأسرة في تشكيل شخصية المعاق سمعياً بصفة خاصة .

٦- جاءت الدراسات التي تناولت علاقة المناخ الأسرى باضطرابات الأكل لتؤكد العلاقة والأثر الواضح للمناخ الأسرى بأبعاده ومكوناته المختلفة على معاناة الأبناء من فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي ، وأشارت إلى أن المناخ الأسرى السائد في أسر من يعانون من فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي واضطرابات الأكل عموماً يتصف بالتصلب والجمود وأساليب المعاملة السيئة والافتقار إلى الدفء الأبوي كما يتصف بالارتباك والتفكك الأسرى ، والصراعات ، وإدمان الكحوليات ، والاضطرابات النفسية، والعنف الأبوي واتجاهات الوالدين السيئة نحو سلوك الأكل للأبناء إلى جانب ما يصدر عنهم من تعليقات أثناء الوجبات، والاتجاه السلبي نحو شكل وحجم الجسم، وهذا ما دفع الباحثان إلي دراسة العلاقة بين تلك المتغيرات على عينة من المعاقين سمعياً في البيئة المصرية كخطوة لتوجيه الاهتمام إلى دور الأسرة في ما يعانيه المعاق سمعياً من مشكلات تقف عقبه في سبيل توافقه النفسي .

٧- خلقت الدراسات التي تناولت المناخ الأسرى واضطرابات الأكل من الدراسات العربية مما يؤكد الحاجة للدراسة الحالية فضلاً عن خلوها من دراسات تناولت المناخ الأسرى السائد في أسر المعاقين سمعياً من حيث علاقته باضطرابات الأكل لديهم وهو ما تتناوله الدراسة الحالية.

فروض الدراسة :

في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري يمكن صياغة الفروض على النحو التالي :

١- توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين المناخ الأسرى كما يدرسه المراهقون المعاقون سمعياً واضطرابات الأكل لديهم .

٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين سمعياً مرتفعي ومنخفضي اضطرابات الأكل في إدراكهم للمناخ الأسرى في اتجاه المجموعة الأولى .

٣- لا توجد فروق بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين سمعياً ذوى اضطراب فقدان الشهية العصبي ودرجات ذوى الشره العصبي في المناخ الأسرى كما يدركونه.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المراهقين الصم وضعاف السمع في اضطراب بات الأكل لصالح الصم.

٥- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين سمعياً الذكور و الإناث في اضطراب بات الأكل لصالح الإناث.

منهج الدراسة وإجراءاتها :

أولاً : العينة : تكونت عينة الدراسة الحالية من :

أ-عينة الدراسة الاستطلاعية :

تكونت من (٥٠) من المراهقين المعاقين سمعياً من الجنسين الملتحقين بمدارس الأمل للصم وضعاف السمع في المرحلة الثانوية ، وتراوحت أعمارهم بين (١٥-١٩) عام ، وذلك بهدف تحديد أهم الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب بات الأكل، ومقياس المناخ الأسرى حتى يتسنى القيام بالدراسة الأساسية.

ب-العينة الأساسية :

تكونت من (٢٠٠) من المراهقين المعاقين سمعياً منهم (١٠٠) من الصم ، (١٠٠) من ضعاف السمع بالمرحلة الثانوية بمدارس الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق ، بينها ، وشبرا المظلات ، تراوحت أعمارهم بين (١٥-١٩) عام ، وقد روعي توفر الشروط الآتية في أفراد العينة :

١-الإقامة الدائمة مع الوالدين.

٢-الخلو من الإعاقات الأخرى غير الإعاقة السمعية.

٣-الخلو من أي أمراض عضوية ونفسية ، والتي قد يكون لها تأثير على طبيعة الأكل ، (وقد استعان الباحثان بالأخصائي النفسي والعيادة الطبية بالمدرسة في تحقيق هذا الشرط).

٤-أن يكون هو الوحيد المعاق في الأسرة وله أخوة آخرين من العاديين.

٥-أن يكون العمر (١٥) عاماً فما فوق ممن تخطو مرحلة البلوغ نظراً لما يصاحبها من اضطراب وتوتر ، فضلاً عن ندرة حدوث الاضطراب قبل هذا العمر ، وتحسن معظم

الحالات بعد انتهاء فترة المراهقة المبكرة والبلوغ.

ثانياً : الأدوات :

أستخدم الباحثان الأدوات التاليتين :

الأولى :مقياس اضطرابات الأكل للمعاقين سمعياً: إعداد الباحثين

كشفت مراجعة التراث السيكولوجي العربي المتاح والمنشور عن ندرة في الأدوات التي تتيح قياس اضطرابات الأكل لدى ذوى الإعاقة السمعية، ومن ثم كان من المناسب وضع مقياس خاص بذلك ، وفيما يلي بيان ذلك
خطوات إعداد مقياس اضطرابات الأكل:

أتم الرجوع إلى الأطر النظرية والدراسات السابقة العربية منها والأجنبية والتي تناولت اضطرابات الأكل سواء فقدان الشهية العصبي ، أو الشره العصبي ، أو كلاهما معاً سواء لدى عينات من الأسوياء أو لدى عينات من المعاقين سمعياً من الصم وضعاف السمع ، فضلا عن الإطلاع على بعض المقاييس الأجنبية سواء التي تضمنتها بعض الدراسات المتاحة على الشبكة الدولية للمعلومات (الإنترنت) مثل اختبار الاتجاه نحو الأكل Eating Attitudes test لجارنر وجارفينكل (Garner & Garfinkel , 1978) وقائمة اضطرابات الأكل Eating Disorder Inventory لجارنر وأولمستيد (Garner & olmsted, 1983) ، واختبار الشره Bulimia test إعداد/ سميث وثلين (Smith & thelen , 1984) والاختبار الذاتي لاضطرابات الأكل Eating Disorders self – test ، واختبار مدرسة سانت جورج الطبية بلندن لاضطرابات الأكل والمعروف اختصاراً بـ (St (SCOFF) (Geroges Hospital school, 1999) ومقياس فقدان الشهية العصبي إعداد/أحمد عبد الخالق ، ومايسة النبال (١٩٩٢) ، ومقياس الحالة الاستعدادية لفقدان الشهية العصبي setting condition of Anorexia nervo scale إعداد/ وديوى (slade & Dewey, 1991) تعريب /أمال باظة (١٩٩٨) ، ومقياس اضطرابات الأكل إعداد/عبدالموجود عبدالموجود (١٩٩٩) ، ومقياس فقدان الشهية العصبي، والشره العصبي إعداد زينب شقير (١٩٩٩) ومقياس الشره العصبي إعداد/ رشاد موسى (٢٠٠٣) بالإضافة إلى الاعتماد في المقام الأول على معايير التشخيص الواردة في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM – IV (١٩٩٤) ، والدليل العالمي العاشر لتصنيف الاضطرابات

السلوكية العقلية ICD-10 (1992)، وذلك بالإضافة إلى المقابلات مع مشرفي التغذية والأخصائيين النفسيين بمدارس الأمل للصم وضعاف السمع وأولياء الأمور ، والزيارات الميدانية لمدارس الأمل للصم وضعاف السمع.

٢- استناداً إلى هذه المصادر تم تحديد وعاء للبنود مكون من (٥٠) عبارة تنتظم في محورين أحدهما فقدان الشهية العصبي ويمثله (٢٥) عبارة والأخر الشره العصبي ويمثله (٢٥) عبارة.

٣- وقد عرضت الصيغة المبدئية لوعاء بنود المقياس على (١٠) من المحكمين المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية مشفوعاً بتعريف اضطرابات الأكل وكل من فقدان الشهية العصبي، والشره العصبي والمعايير التشخيصية لهما، وذلك بهدف تحديد العبارات التي تصلح لقياس فقدان الشهية العصبي والأخرى التي تصلح لقياس الشره العصبي، واقتراح ما يرونه من تعديلات، وقد أسفرت هذه الخطوة على الإبقاء على (٣٦) عبارة كانت محل اتفاق من المحكمين بواقع (١٨) عبارة لفقدان الشهية العصبي، (١٨) عبارة للشره العصبي.

٤- تم تحديد نظام الاستجابة وتقدير الدرجات على المقياس وفقاً لمقياس متدرج الشدة بطريقة (ليكرت) مكون من أربعة بدائل (دائماً، أحياناً، غالباً، أبداً)، تأخذ درجات (٢، ٣، ١، صفر) على التوالي، وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود الاضطراب بينما تشير المنخفضة إلى الخلو من الاضطراب.

٥- تم توزيع عبارات المقياس بطريقة دائرية بحيث لا توجد عبارتين متتالين تقيس نفس البعد (فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي).

٦- طبق المقياس على مجموعة من المعاقين سمعياً مرفق به ترجمة له بلغة الهجاء الإصبعي، للتأكد من فهمهم لبنود المقياس، وملاءمتها لهم ووضوح التعليمات، وذلك تمهيداً لتقنيته.

تقنين المقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة التقنين وقوامها (٥٠) من الطلاب الصم وضعاف السمع بمدارس الأمل للصم بالزقازيق ، ممن ترواحت أعمارهم بين (١٥-١٩) عام، وذلك لحساب صدق وثبات المقياس، وفيما يلي بيان ذلك:

أ- حساب صدق المقياس :

١- صدق المحكمين : تم عرض المقياس على (١٠) أساتذة في الصحة النفسية وعلم النفس

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

والتربية الخاصة بالإضافة إلى المتخصصين في مجال الإعاقة السمعية والعاملين في مدارسهم وذلك للحكم على المقياس من حيث الأبعاد ، ومدى ملائمة العبارات لقياس البعد (فقدان أو فرط شهية عصبي) الذي تنتمي إليه ، وسلامة الصياغة ، وطريقة التصحيح ، وقد تم الأخذ بكافة التعديلات التي رأوها، وحذف البنود التي قل اتفاقهم حولها عن (٨٠%) وذلك وصولاً لصورة قابلة للتقنين.

٢-الاتساق الداخلي للمقياس : من خلال درجات عينة التقنين (ن = ٥٠) تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معامل ارتباط عبارات المقياس بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه كل عبارة، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١)

معاملات الارتباط بين عبارات مقياس اضطرابات الأكل

والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (ن = ٥٠)

البعد الثاني الشهية العصبي				البعد الأول فقدان الشهية العصبي			
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
**٠,٤٠	٢٠	**٠,٥٥	٢	,٢٢	١٩	**٠,٦٢	١
**٠,٤٦	٢٢	**٠,٥٣	٤	**٠,٤٤	٢١	**٠,٦٣	٣
**٠,٦٠	٢٤	**٠,٥٧	٦	**٠,٥٣	٢٣	**٠,٤٥	٥
**٠,٣٩	٢٦	**٠,٥٧	٨	**٠,٥٨	٢٥	**٠,٣٢	٧
*,٣٧	٢٨	*,٣٢	١٠	**٠,٦٤	٢٧	**٠,٥٥	٩
**٠,٦٢	٣٠	**٠,٤٤	١٢	**٠,٥٢	٢٩	**٠,٥٣	١١
,٢٤	٣٢	**٠,٥٢	١٤	*,٣٥	٣١	**٠,٦٤	١٣
**٠,٤٢	٣٤	**٠,٤٥	١٦	**٠,٥٢	٣٣	**٠,٥٧	١٥
**٠,٥٠	٣٦	*,٣٤	١٨	,١٦	٣٥	*,٥٥	١٧

* دال عند (٠,٥)

** دال عند (٠,٠١)

يتضح من الجدول السابق أن جميع مفردات مقياس اضطرابات الأكل ترتبط ارتباطاً موجباً دالاً إحصائياً باستثناء مفردتين في بعد فقدان الشهية العصبي ومفردة واحدة في بعد الشهية العصبي ، وتم استبعادهم وأعيد توزيع عبارات المقياس بحيث لا توجد عبارات متجاورة تقاس

نفس البعد وأصبح عدد مفردات المقياس (٣٣) مفردة منهم (١٦) لفقدان الشهية العصبي ، و (١٧) للشه العصبي.

٣-صدق المحك (التلازمي) : تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات عينة التقنين على المقياس الحالي (إعداد الباحثين) ودرجاتهم على مقياس اضطرابات الأكل إعداد/عبد الموجود عبدالموجود (١٩٩٩) كمحك خارجي وكانت قيمته (٠,٦١) وهى قيمة مرتفعة مما يدل على صدق المقياس الحالي.

٤-الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية) : تم حساب صدق المقارنة الطرفية لمعرفة قدرة المقياس على التمييز بين الأقوياء والضعفاء في الصفة التي يقسها (اضطرابات الأكل) ، وذلك بترتيب درجات عينة التقنين على المقياس تنازليا ، وتم حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات الـ (٢٧%) الأعلى وهو الطرف القوى، (٢٧%) الأقل من أسفل ، وتم استخدام اختبار (ت) للمجموعتين غير المتجانستين والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٢)

صدق المقارنة الطرفية لمقياس اضطرابات الأكل (ن=١٣)

م	البعد	المستوى الميزاني المرتفع (٢٧%)		المستوى الميزاني المنخفض (٢٧%)		قيمة ت ودلالاتها
		م	ع	م	ع	
١	فقدان الشهية العصبي	٣٩ و٦٩	٣ و٤٢	١٧ و٧٦	٣ و٣٤	**١٦ و٥١
٢	الشه العصبي	٣٨ و٥٣	٤ و٢٣	١٧ و٣٠	٣ و٤٧	**١٣ و٩٧

** دال عند (٠,٠١)

يتضح من الجدول السابق أن الفرق بين الميزانين القوى والضعيف دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وفي اتجاه المستوى الميزاني القوى مما يعني تمتع بعدى المقياس بصدق تمييزي قوى.

ب-حساب ثبات المقياس :

١-إعادة التطبيق : طبق المقياس على عينة التقنين مرتين بفواصل زمني قدره أسبوعين ، وتم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجاتهم في التطبيقين ، وقد كانت قيمته (٠,٨٦) بالنسبة للمقياس الفرعي لفقدان الشهية العصبي ، (٠,٧٩) بالنسبة للمقياس الفرعي للشه

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

العصبي مما يدل على ثبات المقياس الحالي.

٢- التجزئة النصفية : تم تجزئة كل مقياس فرعي (الأوركسيا - البوليميا) إلى نصفين (البنود الفردية ، البنود الزوجية) وتم حساب معامل الارتباط بين درجات عينة التقنين في نصفي كل مقياس، وبلغ (٠,٧١)، (٠,٦٧)، لفقدان الشهية العصبي ، والشره العصبي على الترتيب، وبصوب هذه المعاملات باستخدام معادلة التنبؤ لسبيرمان وبراون وصلت إلى (٠,٨٣)، (٠,٨٠) لفقدان الشهية العصبي والشره العصبي على الترتيب ، وكلاهما دال عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على تمتع المقياس ببعديه بدرجة ثبات عالية.

تصحيح المقياس:

يطبق المقياس فردياً أو جماعياً ومن المفضل في حالة المعاقين سمعياً (الصم وضعاف السمع) أن يكون التطبيق فردياً حتى لا يتأثر المفحوص بما يصدر من الآخرين من إشارات خلال التطبيق ، وتقدر الدرجات وفقاً لمقياس متدرج القوة وفقاً للاختيارات الأربعة (دائماً - أحياناً - نادراً - أبداً) فتأخذ (٣ ، ٢ ، ١ ، صفر) على التوالي، وللحصول على درجة كل مقياس فرعي تجمع درجات العبارات الخاصة به ويكون الحاصل هو الدرجة التي تمثل الاضطراب سواء فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (٣)

أرقام العبارات التي تقيس بعدى مقياس اضطرابات الأكل

م	البعد	العبارات	المجموع
١	فقدان الشهية العصبي	١٩ ، ١٧ ، ١٥ ، ١٣ ، ١١ ، ٩ ، ٧ ، ٥ ، ٣ ، ١ ، ٣١ ، ٢٩ ، ٢٧ ، ٢٥ ، ٢٣ ، ٢١	١٦
٢	فرط الشره العصبي	٢٠ ، ١٨ ، ١٦ ، ١٤ ، ١٢ ، ١٠ ، ٨ ، ٦ ، ٤ ، ٢ ، ٣٢ ، ٣٣ ، ٣٠ ، ٢٨ ، ٢٦ ، ٢٤ ، ٢٢ ،	١٧

الثاني: مقياس المناخ الأسرى كما يدركه المعاقون سمعياً إعداد الباحثين

نظراً لأن وجود معاق في الأسرة يغير من النسق الأسرى ، ويفرض حاجات وظروف لا توجد في أسر غير المعاقين ، من هنا كانت الحاجة لإعداد أداة لقياس المناخ الأسرى كما يدركه المعاق سمعياً وذلك وفقاً للخطوات التالية:

١- إعداد وعاء لبنود المقياس من خلال الإطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة التي

تناولت المناخ الأسرى بصفة عامة والمناخ الأسرى السائد في أسر المعاقين سمعياً وتأثير الابن المعاق على الجو الأسرى والعكس بصفة خاصة، إلى جانب الإطلاع على المتاح من مقياس المناخ الأسرى العربية منها والأجنبية ، فضلاً عن عمل استبيان مفتوح يطبق على المعاقين سمعياً حول ما يرضون عنه وما لا يرضون عنه في أسرهم ، وما يرضيهم وما لا يرضيهم في أسر زملائهم المعاقين ، واستناداً إلى هذه المصادر ثم تحديد وعاء لبنود المقياس مكون من (٦٠) عبارة تتوزع على (٤) أبعاد هي: الترابط الأسرى - التفاعل الأسرى - الالتزام الأسرى - التوجه الأخلاقي والثقافي للأسرة ، بواقع (١٥) عبارة لكل بعد.

٢- عرضت الصورة الأولية للمقياس على (١٠) من المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية والعاملين في مجال التربية الخاصة، مشفوعاً بتعريف المناخ الأسرى ، وتعريف لكل بعد متضمناً العبارات المقترحة لقياسه ، وذلك لتحديد مدى ملاءمة العبارة لقياس البعد الذي تنتمي إليه ، وأسفر ذلك عن تجميع بعض بنود المقياس في بعد خامس تحت اسم العلاقات الأسرية بالمحيطين وهو يقيس: علاقات أعضاء الأسرة مع الجيران والأقارب ومدى تقاسمهم مع المحيطين بهم في المنطقة التي يقيمون بها ، مع إجراء تعديلات في صياغة بعض العبارات ، وبهذا تم الإبقاء على (٥٠) عبارة كانت محل اتفاق من المحكمين تتوزع على (٥) أبعاد بدلاً من أربعة بواقع (١٠) عبارات لكل بعد .

٣- تم تحديد طريقة الاستجابة وفق مقياس متدرج الشدة بطريقة (ليكرت) مكون من ثلاثة بدائل (دائماً، أحياناً ، لا) تأخذ درجات (٢ ، ١ ، صفر) على التوالي بالنسبة للعبارات الإيجابية، (صفر، ١ ، ٢) بالنسبة للعبارات السلبية.

٤- وتم توزيع عبارات المقياس بطريقة دائرية بحيث لا توجد عبارتان متجاورتان تقيس نفس البعد.

٥- طبق المقياس مرفق به ترجمة له بلغة الهجاء الأصبعي على مجموعة من المعاقين سمعياً للتأكد من فهمهم لبنوده ، وسلامة الصياغة ووضوحها لهم ، ووضوح التعليمات.

٦- تقنين المقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة التقنين وقوامها (٥٠) من المراهقين المعاقين سمعياً الصم وضعاف السمع بمدرسة الأمل للصم بالزقازيق ، تراوحت أعمارهم بين (١٥-١٩) عام ، وفيما يلي بيان ذلك.

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

أ- حساب صدق المقياس :

١- صدق المحكمين : عرضت الصورة المبدئية للمقياس على (١٠) من المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية والعاملين في التربية الخاصة والمعاقين سمعياً وتم إجراء ما اقترحوه من تعديلات ، أهمها إضافة بعد خامس يقيس علاقات الأسرة بالآخرين ، وتم الإبقاء فقط على (٥٠) عبارة كانت محل اتفاقهم جميعاً.

٢- الاتساق الداخلي :

تم تقدير صدق التكوين الفرضي باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال مصفوفة الارتباطات بين الأبعاد وبعضها البعض، وكذلك بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس والجدول التالي (٤-٥) يوضح ذلك.

جدول (٤)

معاملات ارتباط بنود مقياس المناخ الأسرى بالدرجة الكلية للأبعاد المنتمة لها (ن=٥٠)

العلاقات الأسرية بالمحيطين		التوجه الأخلاقي والثقافي للأسرة		الالتزام الأسرى		التفاعل الأسرى		الترابط الأسرى	
م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط
٥	٠,٤٥	٤	٠,٤٥	٣	٠,٦٠	٢	٠,٤٦	١	٠,٥٨
١٠	٠,٤٦	٩	٠,٣٤	٨	٠,٦٥	٧	٠,٤٦	٦	٠,٣١
١٥	٠,٤٦	١٤	٠,٤٠	١٣	٠,٤٧	١٢	٠,٥٨	١١	٠,٤٨
٢٠	٠,٣٦	١٩	٠,٤٦	١٨	٠,٦٢	١٧	٠,٣٦	١٦	٠,٥٢
٢٥	٠,٥٢	٢٤	٠,٦٠	٢٣	٠,٦٠	٢٢	٠,٥٦	٢١	٠,٥٦
٣٠	٠,٦٢	٢٩	٠,٥٢	٢٨	٠,٦٤	٢٧	٠,٦٧	٢٦	٠,٣٣
٣٥	٠,٦٢	٤٣	٠,٣٩	٣٣	٠,٤٩	٣٢	٠,٥٦	٣١	٠,٦٧
٤٠	٠,٥٠	٣٩	٠,٦٨	٣٨	٠,٤٣	٣٧	٠,٤٨	٣٦	٠,٤٥
٤٥	٠,٥٧	٤٤	٠,٦٣	٤٣	٠,٥٢	٤٢	٠,٥١	٤١	٠,٥٩
٥٠	٠,٤٩	٤٩	٠,٥٢	٤٨	٠,٦٠	٤٧	٠,٥٥	٤٦	٠,٤٨

*دال عند (٠,٥)

**دال عند (٠,٠١)

يتضح من الجدول السابق ارتباط جميع مفردات مقياس المناخ الأسرى بأبعادها ارتباطاً موجباً دالاً إحصائياً عند مستوى (٠,٠١ ، ٠,٥).

جدول (٥)

معاملات ارتباط الأبعاد ببعضها وارتباطها بالدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسرى (ن=٥٠٩)

م	البعد	١	٢	٣	٤	٥	٦
١	الترابط والتعاطف الأسرى						
٢	التفاعل الأسرى	٨٠,٠٠					
٣	الالتزام الأسرى	٧٥,٠٠	٧٣,٠٠				
٤	التوجيه الأخلاقي والثقافي للأسرة	٧٣,٠٠	٧٧,٠٠	٨١,٠٠			
٥	العلاقات الأسرية بالمحيطين	٥٣,٠٠	٤٥,٠٠	٥٦,٠٠	٥٥,٠٠		
٦	الدرجة الكلية	٨٧,٠٠	٧٩,٠٠	٩٢,٠٠	٦٨,٠٠	٨٨,٠٠	

**دال عند (٠,٠١)

يتضح من الجدول (٥) ارتباط الأبعاد مع بعضها البعض، وارتباطها مع الدرجة الكلية

للمقياس بمعاملات ارتباط دالة عند مستوى (٠,٠١)

٤- صدق المحك (التلازمي) : تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات عينة التقنين على المقياس الحالي (إعداد الباحثين) ودرجاتهم على مقياس المناخ الأسرى كما يدركه المراهقون من طلاب المرحلة الثانوية إعداد / خليل (٢٠٠٣) كمحك خارجي، وكانت قيمة معامل الارتباط (٠,٧١)، وهي قيمة مرتفعة ما يدل على صدق المقياس الحالي.

٥- الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): تم حساب صدق المقارنة الطرفية لمعرفة قدرة المقياس على التمييز بين الأقوياء والضعفاء في الصفة التي يقيسها (اضطرابات الأكل)، وذلك بترتيب درجات عينة التقنين على المقياس تنازلياً، وتم حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات الـ (٢٧%) الأعلى وهو الطرف القوي، (٢٧%) الأقل من أسفل وهو الطرف الضعيف، وتم استخدام اختبار (ت) للمجموعتين غير المتجانستين والجدول التالي يوضح ذلك.

المناخ الأُسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

جدول (٦)

صدق المقارنة الطرفية لمقياس المناخ الأُسرى كما يدرسه) المعاقين سمعياً (ن = ١٣)

قيمة (ت) ودلائلها	المستوى الميزاتي المنخفض (٢٧%) الأقل		المستوى الميزاتي المرتفع (٢٧%) الأعلى		البيان
	ع	م	ع	م	
٠٠١٦,٥٥	٩,٧٤	٢٣,٨٤	٧,٢٧	٧٩,٦٩	المتغير المناخ الأُسرى كما يدرسه المعاقين سمعياً

** دال عند (٠,٠١)

٢- حساب ثبات المقياس:

أ- إعادة التطبيق : ثم حساب ثبات المقياس عن طريق إعادة تطبيقه على عينة التقنين بفاصل زمني قدره أسبوعين من التطبيق الأول ، وحساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات العينة في التطبيقين الأول والثاني وكان قدره (٨٩,٠) وهو دال عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

ب- التجزئة النصفية: تم تجزئة مقياس المناخ الأُسرى إلى جزأين (البنود الزوجية - البنود الفردية) وحساب معامل الارتباط بين درجات عينة التقنين على الجزأين ،وقد بلغ (٧٧,٠) وبتصويب هذا المعامل بمعادلة سبيرمان - براون أصبح (٨٧,٠) وهو دال عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

تصحيح المقياس:

يوجد أمام كل بند من بنود المقياس عدة اختيارات هي (ينطبق تماماً - ينطبق إلى حد ما - لا تنطبق) تأخذ درجات (١,٠٢، صفر) على التوالي بالنسبة للعبارات الإيجابية، (صفر، ١,٠٢) بالنسبة للبنود السلبية ،وتعبر الدرجة المرتفعة عن المناخ الأُسرى الجيد في حين تعبر الدرجة المنخفضة عن سوء المناخ الأُسرى وتجمع درجات العبارات لتقدير الدرجة الكلية للمقياس ودرجات عبارات كل بعد لتقدير درجات الأبعاد، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٧)

أبعاد مقياس المناخ الأسرى والعبارات التي تقيس كل بعد

م	البعد	العبارات التي تقيسها	المجموع
١	الترابط والتعاطف الأسرى	١٦، ١١، ١٦، ٢١، ٢٦، ٣١، ٣٦، ٤١، ٤٦	١٠
٢	التفاعل الأسرى	٧، ٢، ١٧، ١٢، ٢٢، ٢٧، ٣٢، ٣٧، ٤٢، ٤٧	١٠
٣	الالتزام الأسرى	١٣، ١٨، ٣، ٤، ٢٣، ٣٨، ٣٣، ٢٨، ٤٣، ٤٨	١٠
٤	التوجه الأخلاقي والثقافي للأسرة	٩، ٤، ١٤، ١٩، ٢٤، ٢٩، ٣٤، ٣٩، ٤٤، ٤٩	١٠
٥	العلاقات الأسرية بالمحيطين	١٥، ١٠، ٢٠، ٢٥، ٣٠، ٣٥، ٤٠، ٤٥، ٥٠	١٠

إجراءات الدراسة:

أتبع الباحثان الخطوات الإجرائية التالية :

١- إعداد و حساب الخصائص السيكومترية من صدق وثبات لمقياس اضطرابات الأكل ومقياس المناخ الأسرى على عينة التقنين.

٢- تطبيق مقياس اضطرابات الأكل والمناخ الأسرى على عينة الدراسة الأساسية.

٣- تحديد مرتفعي ومنخفضي اضطرابات الأكل بنوعيهما (فقدان الشهية، الشره العصبي) وفقا للأربعاء الأعلى والأربعاء الأدنى لدرجاتهم على مقياس اضطرابات الأكل.

٤- تفرغ البيانات ومعالجتها إحصائياً، واستخلاص النتائج ومناقشتها ثم صياغة التوصيات والبحوث المقترحة في ضوءها.

٤- الأساليب الإحصائية:

اشتملت الأساليب الإحصائية المستخدمة على ما يلي:

١- معامل الارتباط لبيرسون.

٢- المتوسطات الحسابية.

٣- معادلة التنبؤ لسبيرمان وبراون.

٤- اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

وذلك باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية المعروفة اختصاراً بـ spss/pc+

نتائج الدراسة:

نتائج الفرض الأول :

" توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين المناخ الأسرى كما يدركه المراهقون المعاقين سمعياً كل من فقدان الشهية والشهه العصبي لديهم .
ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام معامل الارتباط البسيط لبيرسون ، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٨)

معاملات الارتباط بين المناخ الأسرى كما يدركه المعاقون سمعياً
واضطرابات الأكل لديهم (ن = ٢٠٠)

م	البيان	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
١	فقدان الشهية العصبي	,٦٤	٠,٠١
٢	فرط الشهه العصبي	,٥٩	٠,٠١

حد الدلالة عند (٠,٠١) = ١,٨١ ، وعند (٠,٠٥) = ١,٣٨ .

يتضح من الجدول (٨) وجود ارتباط سالب دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين المناخ الأسرى كما يدركه المعاقون سمعياً وكل من فقدان الشهية العصبي، والشهه العصبي المقياسان الفرعيان لمقياس اضطرابات الأكل ، وبذلك تحققت صحة الفرض الأول .
نتائج الفرض الثاني :

"توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين سمعياً مرتفعي ومنخفضي اضطرابات الأكل في ادراكهم للمناخ الأسرى ."

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام الارباعى الأعلى والارباعى الأدنى لدرجات أفراد العينة على المقياسين الفرعيين لاضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي والشهه العصبي) بعد ترتيب الدرجات تنازلياً وذلك لتحديد الأفراد مرتفعي ومنخفضي اضطرابات الأكل ، وتم استخدام اختبار (ت) للمجموعات المستقلة متساوية العدد للتعرف على الفروق بين متوسطي درجاتهم في المناخ الأسرى كما يدركونه وفيما يلي بيان ذلك:

جدول (٩)

قيمة (ت) ودلالة الفروق بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين سمعياً منخفضي ومرتفعي اضطرابات فقدان الشهية العصبي في إدراكهم للمناخ الأسرى (ن = ٥٠)

م	البيان	الأربعاء الأعلى (٢٥%) لفقدان الشهية		الأربعاء الأدنى (٢٥%) لفقدان الشهية		ت	مستوى الدلالة		
		المتغير		ع	م			ع	م
		ع	م	ع	م				
١	الترباط الأسرى	٣٥٨	٧٥٦	١٥٤٤	٣٢٧	١١ و٤٢	٠,١		
٢	التفاعل الأسرى	٣٨٧	٧٩٢	١٥٩٨	٢٤٣	١٢ و٤٦	٠,١		
٣	الالتزام الأسرى	٣٥٨	٦٨٢	١٥١٦	٣١١	١٢ و٤٢	٠,١		
٤	التوجه الأخلاقي والتقاضي للأسرة	٣٣٣	٨٧٦	١٤٨٠	٢٣٤	١٠ و٤٩	٠,١		
٥	العلاقات الأسرية بالمحيطين	٢٩٦	٧٩٦	١٥٨٤	٢٦٨	١٣ و٩٤	٠,١		
٦	الدرجة الكلية	١٤٦٥	٣٨٦٢	٧٦٩٢	١٠٨٢	١٤ و٨٦	٠,١		

جدول (١٠)

قيمة (ت) ودلالة الفروق بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين سمعياً منخفضي ومرتفعي اضطراب الشره العصبي في إدراكهم للمناخ الأسرى (ن = ٥٠)

م	البيان	الأربعاء الأعلى (٢٥%) مرتفعي الشره		الأربعاء الأدنى (٢٥%) منخفضي الشره		ت	مستوى الدلالة		
		المتغير		ع	م			ع	م
		ع	م	ع	م				
١	الترباط الأسرى	٣٩٠	٨٦٨	١٦٣٢	٢٩٠	١١ و٠٩	٠,١		
٢	التفاعل الأسرى	٤٨٦	٩٠٨	١٦٤٦	٢٨٦	٩ و٧٩	٠,١		
٣	الالتزام الأسرى	٤٢١	٧٥٤	١٦١٠	٢٩٤	١١ و٧٨	٠,١		
٤	التوجه الأخلاقي والتقاضي للأسرة	٤٠٩	٩٩٦	١٥٥٢	٢٥٣	٨ و٢٩	٠,١		
٥	العلاقات الأسرية بالمحيطين	٣٩٧	٨٩٦	١٦٠٠	٢٢٥	١٠ و٨٥	٠,١		
٦	الدرجة الكلية	٢٠٠٢	٤٤٠٠	٨٠١٦	٩٢٩	١١ و٥٨	٠,١		

يتضح من الجدول (٩) ، والجدول (١٠) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين سمعياً مرتفعي ومنخفضي اضطرابات الأكل (الأنوركسيا العصبية والبوليميا العصبية) في إدراكهم لأبعاد المناخ الأسرى والدرجة الكلية، وكانت قيم (ت) دالة إحصائية عند مستوى (٠,١) وكانت الفروق لصالح منخفضي اضطرابات الأكل في الوضع

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

الأفضل، وبذلك تحقق الفرض الثاني .

نتائج الفرض الثالث :

" لا توجد فروق بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين سمعياً ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي ودرجات ذوي الشره العصبي في إدراكهم للمناخ الأسرى.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق من متوسطي درجات الأفراد الذين يقعون في الأرباعي الأعلى في مقياس فقدان الشهية العصبي، والذين يقعون في الأرباعي الأعلى في مقياس الشره العصبي، وذلك بعد ترتيب درجاتهم تنازلياً في المقياسين والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١١)

قيمة ت ودلالة الفروق بين متوسطي درجات ذوي فقدان الشهية العصبي ودرجات ذوي الشره العصبي في المناخ الأسرى (ن=٥٠)

م	البيان	الأرباعي الأعلى مرتفعي فقدان		الأرباعي الأعلى مرتفعي الشره		ت	مستوى الدلالة
		ع	م	ع	م		
١	التربط الأسرى	٣٥٨	٧٥٦	٨٦٨	٣٩٠	٣١	غير دالة
٢	التفاعل الأسرى	٣٨٧	٧٩٢	٩٠٨	٤٨٦	١٣١	غير دالة
٣	الالتزام الأسرى	٣٥٨	٦٨٢	٧٥٤	٤٢١	٩١	غير دالة
٤	التوجه الأخلاقي والثقافي للأسرة	٣٣٣	٨٧٦	٩٩٦	٤٠٩	١٤٩	غير دالة
٥	العلاقات الأسرية بالمحيطين	٢٩٦	٧٩٦	٨٩٦	٣٩٧	١٤١	غير دالة
٦	الدرجة الكلية	١٤٦٥	٣٨٦٢	٤٤٠٠	٢٠٠٢	١٥٢	غير دالة

يتضح من جدول (١١) عدم وجود فروق بين المعاقين سمعياً مرتفعي فقدان الشهية

العصبي ، ومرتفعي الشره العصبي في المناخ الأسرى كما يدركونه.

نتائج الفرض الرابع :

" توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المراهقين الصم وضعاف السمع في

اضطرابات الأكل لصالح الصم".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات

والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٢)

قيمة "ت" ودلالة الفروق بين متوسطي درجات المراهقين الصم وضعاف السمع في اضطرابات الأكل

م	البيان	الصم		ضعاف السمع		ت	الدلالة
		ن (١٠٠)		ن (١٠٠)			
		ع	م	ع	م		
١	فقدان الشهية العصبي	٦٠٦٩	٣٦٠٩٧	٢٧٠٩٨	٩٠٣٢	٧٠٨٣	٠,٠١
٢	الشراهة العصبي	٧٠٠٠	٣٤٠٠٢	٢٦٠٤٩	٩٠٩٩	٦٠٣٠	٠,٠١

يتضح من الجدول (١٢) وجود فروق دالة إحصائية بين الصم وضعاف السمع في اضطرابات الأكل بنوعيتها (فقدان الشهية العصبي والشراهة العصبي) وكانت الفروق لصالح الصم في الاضطرابين، بذلك تحقق الفرض الرابع. نتائج الفرض الخامس:

" توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين سمعياً الذكور والإناث في اضطرابات الأكل لصالح الإناث". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٣)

قيمة ت ودلالاتها بين متوسطي درجات المعاقين سمعياً الذكور ودرجات المعاقات سمعياً الإناث في اضطرابات الأكل

م	البيان	الذكور (١٠٠)		الإناث (١٠٠)		ت	مستوى الدلالة
		ن (١٠٠)		ن (١٠٠)			
		ع	م	ع	م		
١	فقدان الشهية العصبي	٧٠٠١	٣٦٠٤٩	٣٠٠٩٠	٩٠٤٠	٥٠٣٤	٠,٠١
٢	الشراهة العصبي	٧٠٠٦	٣٥٠٦٧	٢٩٠٢٤	١٠٠٥١	٤٠٥٢	٠,٠١

يتضح من الجدول (١٣) وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في اضطرابات الأكل بنوعيتها (فقدان الشهية العصبي والشراهة العصبي) وذلك لصالح الإناث في الاضطرابين، حيث كانت قيمة "ت" دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) وبذلك تحقق الفرض الخامس.

مناقشة النتائج :

أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين المناخ الأسرى كما يدركه المراهقون المعاقون سمعياً من الصم وضعاف السمع واضطرابات الأكل لديهم بنوعيتها (فقدان الشهية العصبي، والشرة العصبي)، كما يتضح بالجدول (٨) وبذلك تحقق الفرض الأول من فروض البحث الحالي.

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 ، كما يتضح من جدول (٩) ، وأيضاً كانت الفروق في المناخ الأسرى كما يدركه المعاقون سمعياً مرتفعي و منخفضي الشرة العصبي دالة وذلك لصالح الذين حصلوا على درجات منخفضة في اضطراب الشرة العصبي كما يشير إلى ذلك جدول (١٠).

وهذا يعني أن المعاق سمعياً الذي حصل على درجات مرتفعة على مقياس المناخ الأسرى يعيش في مناخ أسرى يتقبل أعاقته ، وانعكس ذلك بالإيجاب على خصائص الشخصية ،مما ترتب عليه حمايته من الإصابة بالعديد من الأمراض النفسية والنفس جسمية والتي من بينها اضطرابات الأكل ،والعكس صحيح إذ أشارت النتائج إلى ارتفاع درجات المعاقين سمعياً على مقياس اضطرابات الأكل ممن يعانون من اضطراب المناخ الأسرى وسوء المعاملة الوالدية .

وتبدو هذه العلاقة منطقية حيث أنها جاءت متسقة مع الدراسات السابقة والأطر النظرية التي تشير إلى دور العوامل الاجتماعية وفي مقدمتها الأسرة في نشأة اضطرابات الأكل ولأسيما إذا كان الفرد معاقاً سمعياً، فالإعاقة لها أثارها النفسية بالطبع على المعاق ولكن وطأة هذا الأثر قد تزيد أو تقل وربما تتلاشي وفقاً للمناخ الأسرى، وما يتلقاه من دعم ومساندة اجتماعية من أسرته، فالمعاق الذي يعيش في أسرة يغلب عليها الحب والتقبل له ولأخوته ، أسرة لا يلقي كلاً الوالدين اللوم على الآخر لإنجاب ابن معاق ، أسرة تبتث الثقة في ابنها المعاق وتعامله على قدم المساواة مع باقي أخواته الأسوياء ، وأسرة فيها الدفء الوالدي، ولا تمل منه ، وتهتم به وبأحواله، سينعكس ذلك بالطبع على سماته الشخصية والاجتماعية والنفسية في الوضع الأفضل ، الأمر الذي يقل معه فرصة المعاناة من اضطرابات الأكل ، وعلى العكس من ذلك فالمعاناة

النفسية التي يجدها المعاق سمعياً من جراء إصابته بالصمم ، وما يضاف إليها من أثر نفسي ناتج عن أسرته ربما يفوق أثر الإعاقة على نفسه، قد يخلف وراءه اضطرابات نفسية وزملة أعراض عصابية ثبتت علاقتها الأكيدة باضطرابات الأكل سواء فقدان الشهوية العصبي أو الشره العصبي مثل القلق ، والخاوف ، والوسواس القهري ، والإكتئاب، والهستيريا ، والاضطرابات السيكوسوماتية (رشاد موسي ، ٢٠٠٣ : ٤٢) ، والاكئاب والقلق والوسواس (أحمد عبدالخالق ، مایسة النیال ، ١٩٩٢) ، والانسحاب الاجتماعي، والقابلية للاستثارة ، والشعور بعدم الكفاءة (يوسف عبد الفتاح ، ٢٠٠١ : ١٠١) ، وبالطبع هذه الأعراض تزيد وتقل وفقاً للمناخ الأسرى السائد في أسرة المعاق سمعياً، ومن ثم تزيد أو تقل اضطراب الأكل وفقاً لذلك ، فقد أشارت الدراسات إلى أن المراهقات الصم ينخرطن في نوبات الأكل الشره في أوقات الضيق والملل والوحدة النفسية. (Fletcher , 1993 : 9) ، والأسرة بالطبع قد تكون سبباً في زيادة أو خفض هذه المشاعر ومن ثم زيادة أو خفض اضطرابات الأكل ، فضلاً عن أن صورة الجسم تعد عاملاً مهماً في اضطرابات الأكل ، وتتشكل صورة الفرد عن جسمه ، ومن ثم رضاه أو عدم رضاه عن صورة جسده من خلال ما يصدره الآخرون من تعليقات حول جسده وخاصة الأسرة التي يقم فيها ، فقد توصلت دراسة لاليبيرت (Laliberte , 1995) إلى أن مستوى رضا الأسرة عن جسم الفتاة قد ارتبط باضطرابات الأكل لديها.

لذلك نجد الفرد يسعى جاهداً للوصول إلى صورة الجسم التي تلقي قبول الأسرة المحيطة به ومن ثم يشعر بالرضا عن ذاته الجسمية، وعلى العكس إذا أدرك الفرد أنه غير جذاب وغير مقبول ومعيب الجسم سوف يعاني اضطراباً نفسياً ، وفي كلاً الحالتين سوف يلجأ الفرد إلى طرق عديدة للحفاظ على وزنه المناسب أما بمحاولة الوصول للجسم المثالي أو بالامتناع عن الأكل والانشغال بوزن الجسم وقياسه باستمرار ، والالتزام بالرجيم ، أو التدريبات الرياضية الشاقة ، وخاصة في مرحلة المراهقة - وهي المرحلة موضوع الاهتمام في الدراسة الحالية - حيث يكون الجسم هو محور اهتمام المراهقين وخاصة المعاقين سمعياً ، سعياً وراء تحقيق التقبل الاجتماعي الذي يخفف عنهم معاناتهم من الإعاقة ، كما أن المعاق سمعياً قد يلجأ إلى الانخراط في نوبات الأكل الشره ، لشعوره بالذنب إذا أدرك من خلال ما يصدر عن أسرته من تعليقات وسلوكيات أنه عبء عليها ، وأنه سبب في الاضطراب الذي تعانیه الأسرة فينخرط في نوبات النهم فيكون الشره بمثابة تعبير رمزي للتخلص من الجوانب السيئة في الذات ، حيث تسبب نوبات النهم

الشعور الذاتي بالذنب الذي يعتبره أصحاب التحليل النفسي عقاباً للذات.

(عبدالموجود عبدالموجود ، ١٩٩٩ : ٣٤)

كما يرى همفري (Humphery , 1989 : 206) أن أسر الفتيات ذوى الشره العصبي تتسم بالعدوانية وكثرة الشجار ، والغضب بين الفتاة والديها مما يجعلها تقمع رغبتها في تأكيد هويتها من خلال الانخراط في نوبات النهيم.

ومن الملفت للنظر أن الطبيب الفرنسي لويس فيكتور الذي يعد أول من أرخ لفقدان الشهية العصبي ، أشار إلى تأثير الأسرة السلبى على المعاناة من اضطرابات الأكل وركز على ضرورة إبعاد المريض عن الأسرة خلال فترة العلاج وبيّن أن الأسرة قد يكون لها دور سلبى على المريض من حيث تفاقم المرض. (In:Betty , 2003 : 5)

ويذكر مينوكين وآخرون (Minuchin , et. al , 1978) أن أسر الفتيات اللاتي يعانين فقدان الشهية العصبي تتسم بالتخبط والضوضاء والحماية الزائدة وفقدان القدرة على احتواء الصراع واشتراك الأبناء في الصراعات العائلية.

كما أضاف نوريس (Norris , 1979) أن أسر ذوى اضطرابات الأكل تعاني من تخبط في الأدوار بين أفرادها وأن القيادة ومراتبها لم تحدد بصورة جيدة.

كما أن الأب في أسر ذوى اضطرابات الأكل شخصية هامشية و هو سلبى أمام تسلط الأم وقهرها التي تشغل المركز المسيطر في الأسرة (Furham & Hume , 1992 : 22)

ويضيف هيرتزوج (Herzog , 2002 : 7) أن الأسر التي تعاني من اضطراب في التواصل بين أفرادها وتفقد الدور الأبوي والقيادة الوالدية تعاني أكثر من غيرها من اضطرابات الأكل و كل ذلك يزيد من القلق والتوتر والتقلبات الوجدانية القوية ،مما يزيد لديهم اضطرابات الأكل .

وقد اتفقت نتائج البحث الحالي مع العديد من الدراسات في تأثير المناخ الأسرى على اضطرابات الأكل مثل: كارلات وآخرون (Carlat , et.al , 1997) ، ماهاراج وآخرون (Maharaj , et. al , 1998) ،لاليبيرتي وآخرون (Laliberte , et. al , 1999) ،وليان وهانسون (Wallin & Hansson , 1999) ،وليان وكرونفال (Wallin & Kronvall , 2002) ،باتريشيا فلاناجان (Flanagan , 2002) ، بروكس (Brooks , 2002).

كما أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق بين المعاقين سمعياً مرتفعي

فقدان الشهية العصبي ، ومرتفعي الشره العصبي في المناخ الأسرى كما يدركونه كما هو واضح في جدول (١١)، بما يعني أن كل من ذوى فقدان الشهية العصبي ، وذوى الشره العصبي قد حصل على درجات منخفضة في المناخ الأسرى كما يدركونه، فالمعاناة التي يلقاها المعاقين سمعياً داخل الأسرة قد تجعل البعض منهم يخرط في نوبات النهيم أو الامتناع عن الأكل، ويتوقف ذلك على البناء النفسي للمعاق ذاته.

وقد توصل هامفري (Humphery , 1989) إلى كل من أسر ذوى فقدان الشهية العصبي وذوى الشره العصبي قد تميزت بالعدائية والشجار وعدم السماح للأبناء بالتعبير عن مشاعرهم وأنفسهم وإهمالهم وتجاهلهم.

كما أن كلا الاضطرابين يعتبر بمثابة تعبير عن مقاومة التوتر الانفعالي الناشئ عن الإعاقة السمعية في المقام الأول ولكن أزاها الجو الأسرى السيئ ، وكلاهما أيضاً ناتج عن الإحساس بعدم الأمن في بيئة أسرية متصارعة ومحبطة، كل واحد فيها يناصب الآخر العداء.

فقد وجد أن أعراض البوليميا تختفي لدى أطفال الملاجئ عندما يتم نقلهم إلى أسر بديلة يشعرون فيه بالأمن النفسي. (عبدال موجود عبدالموجود، ١٩٩٩: ١٦)، كما أن الجو الأسرى المشحون بالتوتر، ومنع المعاق من التعبير عن مشاعره واستقلاليته قد يدفعه إلى الإفراط في الأكل أو تجويع الذات كتعبير رمزي عن الاستقلالية ، وكأنه يقول أنى أستطيع فعل ما أريد سواء بالإفراط في الأكل أو فقدان الشهية، كما أن المناخ الأسرى المشحون بالمشاعر السيئة والصراعات والشجار، ولاسيما أثناء الأكل قد ينتج عنه إما الإفراط في الأكل حيث يكون في هذا الجو إحساس الأكل أفضل للمشاعر أو تدفعه هذه المشاعر السلبية إلى عدم الأكل أو الأكل القليل لإنهاء الوجبة بأسرع وقت والتخلص مما يعانیه من توتر وضيق خلالها، وهذا يؤكد ما توصل إليه ميلر (Miller , 1993) من ارتباط الخبرات السيئة أثناء تناول الوجبات وسوء التوافق العائلي بمعاناة الفتيات للشره العصبي.

كما أن وجود المعاق سمعياً في مناخ أسرى سيئ يتميز بالصراعات والمشاحنات قد يدفعه أيضاً إلى الإفراط في تناول الأكل أو الانشغال بتجويع الذات وإتباع الرجيم وفي الدراسة الحالية يعتبر الأكل وسيلة للتخلص من المشاعر السلبية بلفت الانتباه عنها إلى الأكل إما بتجويع الذات أو بالشره، ومن هنا جاءت نتائج هذا الفرض تشير إلى تشابه المناخ الأسرى السائد في أسر المراهقين المعاقين سمعياً من ذوى فقدان الشهية العصبي ، وذوى الشره العصبي كما يدركونه.

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

كما أشارت نتائج الفرض الرابع إلى وجود فروق في اضطرابات الأكل بين الصم وضعاف السمع لصالح الصم، بما يعني أن الصم لديهم فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي أكثر من ضعاف السمع ، وربما ذلك يرجع إلى اختلاف درجات فقد السمع لديهم وما يترتب عليه من آثار نفسية مختلفة فالأصم تحيطه جدران الصمت التام عكس ضعيف السمع ، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الصم أكثر عدوانية من ضعاف السمع، وأكثر عصابية وأقل انبساطية من ضعاف السمع (نهى اللحامي ، ١٩٨٠) ، ولديهم اضطرابات سلوكية أكثر من ضعاف السمع (وفاء الجندى ، ١٩٩٣) ، وبالطبع إن هذا الأثر النفسي والمشاعر السلبية والتي هي أكثر حدة لدى الصم من ضعاف السمع قد تنعكس في صورة اضطراب أكثر حدة مما لدى ضعاف السمع، أضف إلى ذلك أن ضعيف السمع يتواصل باستخدام السماع مع الآخرين مما يقلل لديه حدة الاضطرابات الانفعالية بدرجة أكثر مما لدى الأصم ، و أكثر تفاعلاً مع المحيطين فنقل لديهم مشاعر القلق والإحباط والتوتر مما ينعكس على انخفاض الاضطراب لديهم ، وتتفق نتائج هذا الفرض مع ما أشارت إليه (وفاء الجندى ، ١٩٩٣) من أن الصم لديهم اضطراب في الأكل أكثر من ضعاف السمع .

وأشارت نتائج الفرض الخامس إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في اضطرابات الأكل لصالح الإناث مما يعني أن الإناث يعانون من اضطراب في الأكل بنوعيه (فقدان الشهية والشره العصبي) أكثر من الذكور، ويعزى ذلك إلى اهتمام الإناث بصورة أجسامهن بشكل كبير عن الذكور ، بل أن الإناث قد ينشأن اجتماعياً بحيث تكن أكثر اهتماماً بوزن وشكل أجسامهن ويلهثن وراء النحافة والرشاقة وإنقاص الوزن ،في حين أن يكون اهتمام الذكور بذلك أقل ويكون السعي وراء جسم قوى وعضلات مقنونة هو الغالب لديهم، إلى جانب أن تأثر الإناث يكون أكثر بالمناخ الأسرى المتشابه ويترك أثراً نفسية أكثر سوءاً من الذكور، ومن ثم يزداد اضطراب الأكل لديهم، حيث أشارت دراسة فيلكر وستيفرس Felker & Stivers (١٩٩٤) إلى إن البيئة الأسرية قد ارتبطت بدرجة أقوى باضطرابات الأكل لدى المراهقات عنها لدى المراهقين ، كما أن تأثير الإعاقة عند الأنثى يكون أشد من الذكور ولاسيما في فترة المراهقة ورغبتها في أن تكون محط أنظار المحيطين بها فإذ بها تجد نفسها معوقة وينتابها القلق فيما يتعلق بالزواج وارتباط ذلك بشكل الجسم فيكون فقدان الشهية العصبي ، أو تجد نفسها بلا أمل في المستقبل وأنها غير مرغوب فيها كأنثى فتتهكم في نوبات الأكل الشره لشعورها بالعجز من

تحقيق ما تريد وللهرب من المشاعر السلبية والإقلال من التفكير في هذا الأمر. وتتفق هذه النتيجة مع ما ذهب إليه كوبر وكوبر (Cooper & Cooper 1988: 274-275) من أن فقدان الشهية العصبي يصيب في المقام الأول الإناث حيث تصل نسبته عند الإناث إلى 90% من الحالات في حين أن 10% فقط من الحالات يكونون من الذكور. كما تتفق مع دراسة هيلس وآخرون (Hills, et. al 1991) ودراسة فيلكر وستيفرس (Felker & Stivers 1991) في أن نسبة فقدان الشهية العصبي ونسبة الشره العصبي لدى الإناث كانت أكبر من نسبة الذكور من جملة الحالات التي تعاني اضطرابات الأكل من الصم ، وإن الإناث الصم يدركن أنهم أثقل من وزنهم الحقيقي، كما تتفق مع دراسة عبدالموجود عبدالموجود (1999)، ودراسة زينب شقير (1999) والتي توصلتا إلى أن الإناث أكثر في اضطرابات الأكل من الذكور.

التوصيات :

وفي ضوء نتائج البحث يمكن تقديم التوصيات التالية :

- 1- اقتراح تصميم برامج لعلاج اضطرابات الأكل لدى المعاقين سمعياً سواء فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي.
- 2- توفير فرص لإرشاد أسرة المعاقين سمعياً حول طرق التعامل السوية مع أبنائهم فيما يتعلق بسلوك الأكل.
- 3- الحرص على مراقبة سلوك الأكل لدى المعاقين سمعياً في الأسرة من خلال الوالدين، وفي المدرسة من خلال مشرفي التغذية والتدخل لتعديل أي اضطراب فيه.
- 4- تشجيع المعاق سمعياً على تكوين صداقات والاشتراك في كافة المناسبات الاجتماعية، ودعم الاستقلالية لديه ، وإعطاءه الفرصة للتعبير عن مشاعره وذاته.
- 5- إحاطة المعاق سمعياً بجو أسرى يعث على الأمن النفسي مملوء بالدفء الوالدي والعلاقات الحميمة بين أفراد الأسرة.
- 6- البعد عن أساليب المعاملة الوالدية غير السوية التي من شأنها أن تزيد من اضطرابات الأكل بما في ذلك الحماية الزائدة ، فقد يقع الوالدان في ذلك دون معرفتهما بما يسببانه للأبناء من صراع نفسي.
- 7- حرص الوالدين على تقديم نموذج عملي معتدل في سلوك الأكل للأبناء.

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

- ٨- الحرص على أن تكون أوقات الأكل بعيدة عن التوتر والانتقادات اللاذعة لسلوك الأكل لدى المعاق سمعياً وجعل وقتها للتفاعل الأسرى الايجابي.
- ٩- تدريب الأبناء منذ الصغر على السلوك السليم في الأكل فعادات الأكل التي يتعلمها الطفل في الصغر تستمر في الغالب مدى الحياة.
- ١٠- تقبل الوالدين وأخوة المعاق له ، وعدم إشعاره أنه عبء على الأسرة أو أنهم يخلون منه مما يجعله يشعر بالذنب.
- ١١- عدم تعويد المعاق على الإثابة بالأكل مما يشعره بالراحة والمتعة فيربط بين ذلك وتناول الأكل فنجد في حالات الضيق والتوتر يهرع إلى الانخراط في نوبات الأكل.
- ١٢- إرشاد أسر المعاقين سمعياً إلى دورهم البارز في نشأة اضطرابات الأكل لدى أبنائهم ، وأنهم في ذات الوقت المحور الأساسي في علاجه لديهم.

بحوث مقترحة :

في ضوء نتائج البحث الحالي هناك حاجة لمزيد من البحوث نقترح منها:

- ١- دراسة مقارنة لاضطرابات الأكل لدى ذوى الاحتياجات الخاصة والعاديين.
- ٢- دراسة علاقة اضطرابات الأكل لدى ذوى الاحتياجات الخاصة ببعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وسمات الشخصية لديهم.
- ٣- إجراء دراسات حول معدل انتشار أنماط اضطرابات الأكل لدى ذوى الاحتياجات الخاصة.
- ٤- إجراء دراسات حول فاعلية الإرشاد والعلاج الأسرى في علاج اضطرابات الأكل لدى ذوى الاحتياجات الخاصة.

المراجع

- ١- إبراهيم زكى قشقوش (١٩٨٢): استبيان المناخ الأسرى، القاهرة: الأنجلو المصرية .
- ٢- أحمد فهمي عكاشة(١٩٩٨) : الطب النفسي المعاصر ، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ٣- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٧) : فقدان الشهية العصبي ، الكويت: مؤسسة التقدم العلمي.
- ٤- أحمد محمد عبد الخالق ومايسة أحمد النيال (١٩٩٢): فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية ، دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) ، يناير، ص ص ٥٧-٧٤.
- ٥- أمال عبدالسميع باظة (١٩٩٨): الأبعاد السلوكية وعلاقتها بالاعتقادات لدى ذوات فقدان الشهية العصبي والسويات من الطالبات في كل من نموذج (سلاد) ونظرية(فورينهام)، دراسات نفسية، العدد(١٨)، المجلد الثامن، ص ص ١٩٧-٢٣٢.
- ٦- أمال كمال محمد (١٩٩٨): البناء النفسي للمرضى المصابين بفقدان الشهية العصبي ،رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- ٧- إيمان فؤاد الكاشف (٢٠٠٤) : المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى المعاق سمعيا في ظل نظامي العزل والدمج ، دراسات نفسية ، المجلد (١٤) ، العدد الأول، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ص ص ٦٩-١٢١.
- ٨- إيهاب عبد العزيز الببلاوى (١٩٩٥) : العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والسلوك العدوانى لدى ذوى الإعاقة السمعية ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .
- ٩- أيوجين مندل، مكاي فيرنون(١٩٧٦): إنهم ينمون في صمت، ترجمة عادل الاشول، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ١٠- جمال الخطيب (١٩٩٦): تربية وتأهيل المعوقين سمعيا ، سلسلة الدراسات الاجتماعية في التدريب الاجتماعي، القاهرة، الأمانة العامة لجامعة الدول العربية ، .
- ١١- جمال الخطيب (٢٠٠١): أولياء أمور الأطفال المعوقين ، استراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة ،الرياض :المملكة العربية السعودية.
- ١٢- جمال الخطيب ومنى الحديدى (١٩٩٧): المدخل إلى التربية الخاصة ، الأردن: دار الفلاح.
- ١٣- جمال خليل فايد (٢٠٠٠) : أثر استخدام مجموعة من الأساليب الإرشادية علي تعديل

- بعض جوانب السلوك المشكل لدى الأطفال الصم في مرحلة التعليم الأساسي ، رسالة
دكتوراه، كلية التربية ، جامعة المنصورة
- ١٤- جمعة سيد يوسف (٢٠٠١): الاضطرابات السلوكية وعلاجها، القاهرة: دار غريب.
- ١٥- حسين على فايد (١٩٩٩) : صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث المراهقات ، دراسات نفسية ، العدد (٢٣) ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ، ص ص ١٨٠ - ٢٢٣.
- ١٦- حسين على فايد (٢٠٠١) : العدوان والاكنتاب في العصر الحديث نظرة تكاملية ، الإسكندرية: المكتب العلمي الحديث.
- ١٧- حمزة خالد السعيد (٢٠٠١) : الخصائص السلوكية للأطفال المعوقين سمعياً،مجلة الطفولة والتنمية، العدد (٢)، المجلس العربي للطفولة والتنمية ، ص ص ٧٩-٩١.
- ١٨- رجاء شريف عواد (٢٠٠٢) : السلوك المشكل لدى الطفل الأصم وعلاقته ببعض المتغيرات الأسرية ، رسالة ماجستير ، معهد البحوث والدراسات التربوية ، جامعة القاهرة .
- ١٩- رشاد عبد العزيز موسى (١٩٨٩): الفروق في الاستجابات العدوانية بين المراهقين الصم وعادى السمع ، دراسة دينامية باستخدام اختبار اليد ، المؤتمر السنوي الثاني للطفل المصري "تنشئة ورعايته" ، جامعة عين شمس ، ص ص ٢٧٩-٢٩٦.
- ٢٠- رشاد عيد العزيز موسى (٢٠٠٣): التنبؤ بالشهه العصبي في ضوء بعض الأعراض العصابية لدى المراهق الأزهرى ، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر ، العدد (١١٨) ، ص ص ٦٠-١.
- ٢١- زينب أحمد إسماعيل (١٩٦٧) : دراسة مقارنة بين الصم(كلية أو جزئياً) وعادى السمع من حيث الاستجابات العصابية، رسالة ماجستير، كلية التربية ، جامعة عين شمس.
- ٢٢- زينب محمود شقير(٢٠٠٢): اضطرابات الأكل (الشهه العصبي - السمنة المفرطة- فقدان الشهية)، القاهرة : دار النهضة العربية.
- ٢٢- زينب محمود شقير (١٩٩٩) : دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوى اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة ، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، ص ص ٧٦١ - ٨٩١.
- ٢٤- سعيد محمد عبد الرحمن(٢٠٠٤):فاعلية السيكدوراما في علاج بعض السلوكيات

- اللاتوافقية لدى الأطفال ضعاف السمع، رسالة ماجستير، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق.
- ٢٥- سهام عليوه عبد الغفار (١٩٩٤): بعض العوامل الأسرية المنبئة بسلوك فرط النشاط لدى الأطفال ، ماجستير ، كلية التربية ، جامعة طنطا .
- ٢٦- السيد السيد جودة (١٩٩٨) : المناخ الأسرى وعلاقته بالتوافق الدراسي ، رسالة ماجستير، كلية التربية ببنها ، جامعة الزقازيق .
- ٢٧- السيد عبد اللطيف السيد (١٩٩٤) : دراسة الاستقلالية لدى الأطفال ضعاف السمع والأطفال العاديين دراسة مقارنة ، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
- ٢٨- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) : العلاج السلوكي المعرفي ، القاهرة : الأنجلو المصرية.
- ٢٩- عبد العزيز السيد الشخص (١٩٨٥): دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد لدى بعض الأطفال الصم وبعض المتغيرات المرتبطة به ، مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد التاسع.
- ٣٠- عبد العزيز الشخص ، عبد الغفار الدماطي (١٩٩٢): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ٣١- عبد الفتاح رجب مطر (٢٠٠٢):فاعلية السيودراما في تنمية بعض المهارات الاجتماعية للصم، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية بنى سويف، جامعة القاهرة.
- ٣٢- عبد المطلب القرطبي (١٩٩٨): في الصحة النفسية ، القاهرة: دار الفكر العربي .
- ٣٣- عبد الموجود عبد الموجود (١٩٩٩) :اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية ، رسالة ماجستير، كلية الآداب ببنها ، جامعة الزقازيق .
- ٣٤- عصمت عزيز بسخرون (١٩٨٣) : اضطرابات السلوك في الأطفال الصم ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
- ٣٥- على عبد النبي حنفي (٢٠٠٣):مدخل إلى الإعاقة السمعية ، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة ،الرياض: المملكة العربية السعودية .
- ٣٦- فايز قنطار(١٩٩٢): الأمومة نمو العلاقة بين الطفل والأم ، الكويت: عالم المعرفة، العدد ١٦٦.
- ٣٧- فوزية عبد الباقي (١٩٨٩): دراسة العلاقة بين تحقيق الذات والمناخ الأسرى لدى الشباب الجامعي في بعض دول الخليج العربي ، رسالة ماجستير، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق.

- ٣٨- نهي يوسف اللحامى (١٩٧١) : دراسة تجريبية للنضج الاجتماعي وعوامل الشخصية لدى الصم ، رسالة ماجستير ، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر .
- ٣٩- هالة عبدالقادر عبد العظيم (١٩٩٩):المشكلات السلوكية للطفل الأصم ،ماجستير،معهد الدراسات العليا للطفولة،جامعة عين شمس .
- ٤٠- وزارة التربية والتعليم(٢٠٠٣):الإدارة العامة للمعلومات والحاسب الإلي، كتاب الإحصاء السنوى الإلكتروني للعام الدراسي٢٠٠٢-٢٠٠٣.
- ٤١- وفاء مصطفى الجندي (١٩٩٣): الاضطرابات السلوكية في الأطفال الصم، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- ٤٢- يوسف محمد عبد الفتاح (٢٠٠٠): بعض الدلالات الإكلينيكية(العصابية والانطواء) لرسوم عينة من الأطفال المعوقين سمعياً والأطفال العاديين في الإمارات (من خلال اختبار لرسم الرجل واختبار الشخصية الاسقاطي الجمعي)، مجلة رسالة الخليج العربي ، العدد (٧٤) ،السنة(٢٠٠٠)، ص ص١٣-٥٥.
- 43-Acrtal,D; Camarago, G ; Fernande,Z ; Jemart ,C; Henneberg & Domenth ,E (1997) : **Biopsychopathologic risk profile of Adolescents with eating disorder symptoms** ,Adolescence ,vol. 31, PP. 443 – 450.
- 44-Adams,J.&Tidwall,R.(1987): **An instructional guide for reducing the stress of hearing parents of hearing impaired children** ,Am.An.De.,Vol.12,PP.333-338.
- 45-American Psychiatric Association . (1994): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)** , Washington , DC.
- 46-Troop , N; Bifulco , A (2002): **Childhood social are an and cognitive tests in eating disorder** , **British Journal of Clinical Psychology** , vol.41(2) , PP . 205 –212.
- 47-Bee ,H. (1997) : **The Growing child an Applied Approach** , second edition , N. Y , U.S.A.
- 48-Blok,S.(2002): **Eating Disordered women's Description of Issues leading to conflict and the communication strategies Used to Manage conflict In their and romantic relationships :A Qualitative Study** , **PH.D**, University of Nebraska.
- 49-Blouin , G; Zuro , C& Blouing,H. (1990): **Family environment and bulimia nervosa : The role of depression** , **International Journal of Eating Disorder** , vol .9(6) , PP. 649-658.

- 50-Brooks, W. (2002):The Relationships among feminist attitudes , perceived parental attitudes towards women , Achievement orientation and eating disordered behavior in late adolescents women , **Doctoral ,A thesis** , Pace University , New York.
- 51-Carlat,D.; Camarago,G.; Fernandez,J.; Mart,C.; Henneberg,C. & Domenth, E. (1997): **Biopsychologic Risk Profile of Adolescents With Eating Disorder Symptoms**,Adolescence,Vol.31,PP.443-450.
- 52-Carney , P ; Yates , R & Cizadio, B. (1990): A Controlled family study of personality in normal – weight bulimia nervosa , **International Journal of Eating Disorders** , vol.9(6) , PP. 659-665.
- 53-Cassell,D. & Larocca ,F.(1994):**The Encyclopedia of Obesity and Eating Disorders**,Fast on File Inc,New York.
- 54-Chava,y.Martin,D(2002): **Sibling palationship of deaf children: The Impact of child and family characteristics**, Rehabilitation psychology, vol.47(1),pp 73-91.
- 55-Collings , S & King ,N. (1994) : Ten years follow – up of 50 patients with bulimia nervosa , **British Journal of Psychiatry** ,vol. 1(4) ,pp. 80-87.
- 56-Crisp , A. (1976) : Anorexia nervosa. In: Stephen krauss ,**Encyclopedic Hand book of medical psychology** , London , Butterworth's.
- 57-Dare , C ; Eisler , L; Russell , E & Szmukler , G. (1990): The Clinical and theoretical impact of a controlled trail of family therapy in anorexia nervosa , **Journal of marital & family therapy** , vol .16(1) , PP.39-57
- 58-Deleo, D& Paolo, S. (1987): Anorexia nervosa in a prelingually deaf young woman: A Case report .**Journal article**,VOL.6(2),PP:317-320
- 59-Dewalt,L ; Julie,L & Rice,C. (1999):I'm proud that I'm deaf: Deaf culture as a preventive factor against Eating – disorder Attitudes and behaviors for adolescent females, **Dissertation Abstracts. International**, VOL59(8-A)P2866.
- 60-Elder , G..H .(1963): Parental power legitimatization and its upon the Adolescent , **Journal of Socummetry** , Vol. 26 , P. 55-56 .
- 61-Eldik,T.V.(1994):**Behavior problem with deaf Dutch boys**, American Annuals of Deaf,Vol.39(4),pp.394-398.
- 62-Eme , F & Danileak ,M. (1995): Comparison of fathers of daughters with and without maladaptive eating attitudes , **Journal of Emotional and Behavioral Disorders.**, Vol.3(1) , PP. 40-45.
- 63-Engel , K.& Meier ,I (1988) : **Clinical process studies on anxiety and Aggressiveness affects in the inpatient therapy of Anorexia nervosa**,

- Psychotherapy & psychosomatics ,vol. 50(2),pp.125 –133.
- 64-Betty,R. (2003) : Body shape Attitudes, Eating Attitudes , self – esteem and social support Among divers URBAN Adolescents , **Doctoral A thesis** , Columbia University.
- 65-Felker , K & Stivers , C. (1994): **The Relationship of Gender and family environment to eating disorder risk in adolescents** , Adolescence , vol.29(116) , PP . 821-834.
- 66-Fisiloglu,A&Fisiloglu,H.(1996): **Turkish Families with deaf and hearing children** :A systems Approach in Assessing Family Functioning, A . A .D. vol .4 (3),P.231-233.
- 67-Flanagan , P. (2002): Predictors of coping in late childhood the Role parental coping , emotional eating , And Response to children’s negative emotional, **Doctoral A thesis**, The university of Wisconsin–Milwaukee.
- 68-Fletcher , M. (1993) : A Pilot study of the eating / dieting behaviors and attitudes of college aged women who are hearing impaired and their hearing peers , **Journal of The American Deafness Association** , Vol.27(2) , PP. 1-7.
- 69-Furnham , A. & Hume ,A (1992): Lay theories of anorexia nervosa. **Journal of Clinical Psychology**.Vol.48(1),pp.20-36.
- 70-Geer , S .(1991) : Anorexia nervosa : Family characteristics and family interaction patterns , **Doctoral research paper** , Biola University , California.
- 71-Graf , H. (2002) : Loneliness, depression and Nutritional status among low income women, **Dissertation Abstracts International**, Vol 41(1), P. 191.
- 72-Head , S & Williamson , D. (1990): Association of family environment and personality disturbances in bulimia nervosa , **International Journal of Eating disorders** , vol. 9(6), pp. 667-674.
- 73-Herpertz , D. (1987) : **Anorexia nervosa and depression** : A Case study. Zeitschrift fur kinder -und Jugend psychiatric ,vol.19,pp 198-207.
- 74-Herzog , W. (2000) : Family perception of interpersonal Behavior as a predictor In eating Disorders: A Prospective , six–year follow up study , <http://www.findarticals.com>.
- 75-Hills , C & Rendon ,M . (1991) : Binge eating and body image in a sample of the deaf college population , **Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association** , Vol.25(2), PP. 23-27.
- 76-Hsu,L.(1990):**Eating Disorders**, The Guilford Press, New York.

- 77-Humphrey,L.(1989):Observed family Interaction Among Subtypes of eating Disorders using Structural analysis of Social Behavior ,**Journal of Consulting and Clinical Psychology**,Vol.7(2),pp.206-14.
- 78-Kahn ,A & Fawcett , J. (1993) : **The Encyclopedia of Mental health** ,New York , Facts on file Inc.
- 79-Kashyap,L.(1986):The Families adjustment to their hearing impaired child , **The Indian Journal of Social Work** ,Vol.47(1),PP.31-37.
- 80-Kenny , M. (1992): Parental attachment, psychological separation and eating disorder symptoms among college women , **Paper presented at the annual meeting of The American Psychological Association** , Washington , Dc , PP. 14-18.
- 81-Koch , M.(1987) : Eating disorders: A study interacting characteristics and their application to treatment models , **Dissertation Abstracts International** , Vol.47(8) , P. 3528.
- 82-Laliberte , M. (1995): Family climates the relationship between family factors and disturbed eating in a non – clinical sample , **Dissertation Abstracts International** , vol.56(4-B) , P. 2333.
- 83-Laliberte , M; Boland , F & Leichner , P. (1999): Family climates factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa , **Journal of Clinical Psychology** ,vol .55(9) , PP. 121-140.
- 84-Lesk , S. (1996): Perceptions of family climate and peer support on female adolescent coping styles and eating behavior , **Dissertation Abstracts International**,Vol.57(6-B), P. 4091.
- 85-Louge , P. ; Penrod , J.& Zackheim , A. (1979): **Comparison and partial validation of the missouri children's picture series on A residential deaf population perceptual, Motor Skills**, vol. 42 (3). PP. 1263 – 1267.
- 86-Maharaj ,S ; Rodin , G ; Olmsted ,M & Daneman , D. (1998) : Eating disturbances , diabetes and the family: An empirical study , **Journal of Psychosomatic Research** , vol.44(3) , PP . 479-490.
- 87-Miller , D .(1993): **Correlates of bulimia nervosa , early family mealtime experiences** , Adolescence, vol. 28(111) , PP. 621-636.
- 88-Minchine , S; Rosnan , B. & Baker , L. (1978) : **Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context** Cambridge Harvard University Press.
- 89-Norris , D.L. (1979) :Clinical Diagnostic criteria for primary anorexia nervosa: An analysis of 54 consecutive admissions , **African Medical**

- Journal** ,vol.54(5),pp. 987-993.
- 90-Paul , P & Quigley ,S (1990): **Education and Deafness** ,White plairss, NY, Longman .
- 91-Pike , C. (1990): Family , peer and personality variables associated with eating disordered in high school girls , **Dissertation Abstracts International** , vol .51(2-B) , P .999.
- 92-Rendon ,M ; Hills , C & Rappold , E. (1992): Eating and related disorders implications for the deaf community , **Journal of American Deafness and rehabilitation Association**, Vol.25(4), PP.11-14.
- 93-Schnittjer , C & Hirhoren , A (1979): The prevalence of behavior problems in deaf children, **Journal of Psychology In School**, Vol .18(1) ,PP. 67-72.
- 94-Sharp , C ; Clark ,S; Dunan ,E & Black , D (1994): Clinical presentation of Anorexia nervosa in Males , **International Journal of Eating Disorders**,vol.15(2), PP.125-134.
- 95-Smith , N & Thelen , N. (1984) : Development and validation of a test for bulimia , **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 52,pp.863 – 872.
- 96-Stuart , E; Laraia , M ; Ballenger ,C &Lydiard , R. (1990): **Early family experiences of women with bulimia and depression** , Archives of Psychiatric Nursing , vol.4(1). PP. 43-52.
- 97-Toner , B. ; Garfinkel , P. &Garner ,D. (1988) : Affective and anxiety disorders in the long- term follow up of anorexia nervosa, **International Journal of Psychiatry in Medicine** ,vol. 4,pp. 357-364.
- 98-Touyes,W; Sullivan, B. &Beumon, P.(1995): Anorexia nervosa in an adolescent with early profound deafness, **International Journal of Eating Disorders**, Vol. 16 (4), PP. 411 – 415.
- 99-Waller , E; Slade P & Calam , R. (1990) : Family adaptability and cohesion : Relation to eating attitudes and disorders , **International Journal of Eating Disorders** , vol.9(2), PP. 225-228.
- 100-Wallin , U & Hansson , K. (1999): Anorexia nervosa in teenagers: Patterns of family function , **Nordic Journal of Psychiatry** , Vol.53(1) , PP .29-35.
- 101-Wallin ,U& Kronvall , p. (2002): Anorexia nervosa in teenagers : Change in family function after family therapy at2year follow up ,Norway- **Journal of Psychiatry** , Vol.56(5) PP. 363-369.
- 102-Watson , M. (1987) : The Adjustment of deaf Adolescent: A preliminary causal Model. **Dissertation Abstracts International** ,vol.

- 47(8), P. 3550.
- 103-Wolman ,B. (1973) : **Dictionary of Behavioral science** , The Macmillan press , LTD , van Nortrand , Reinhold company.
- 104-Wonderlich ,S & Swift , W .(1990) : Perception of parental relationships relevance of depressed mood, **Journal of Abnormal psychology**,Vol.99(4), PP. 353-360.
- 105-**World Health Organization** . (1992) :The ICD – 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder, Clinical descriptions and diagnostic guidelines, WHO ,Geneva.

مقياس اضطرابات الأكل لدى المراهقين

إعداد

د عبدالفتاح رجب مطر**

د على عبدالنبي حنفي*

الاسم / السن / الفصل / الجنس /
المدرسة / الإقامة / الإعاقاة /
التعليمات:

اقرأ العبارات التالية بدقة، ثم ضع علامة (√) أسفل الاختيار الذي يناسبك أمام كل عبارة، لا توجد إجابات خاطئة، الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك فعلاً، هذه الإجابات للبحث العلمي فقط

م	العبارات	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
١	يقول المحيطون بي أن شهيتي للطعام ضعيفة.				
٢	اشعر بالرغبة في الأكل حتى ولو كنت شبعان				
٣	لا أتناول عمداً بعض الوجبات الأساسية خوفاً من السمّة.				
٤	أنتهز فرصة عدم رؤية الآخرين لي وأكل كثيراً.				
٥	يشغلني وزن وشكل جسمي .				
٦	أخفي عن الآخرين مقدار ما أكل من الأكل لكثرة .				
٧	يلج على الآخرون لأكل أكثر.				
٨	أتقيأ بعد أن أملأ معدتي بالأكل.				
٩	أمتنع يوم كامل بإرادتي عن أي طعام.				

* مدرس الصحة النفسية - كلية التربية بنها - جامعة الزقازيق.

** مدرس الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة الأزهر.

م	العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
١٠	أستخدم ملين ومدر للبول للتخلص من الأكل الزائد.				
١١	الأكل هو آخر شيء أفكر فيه.				
١٢	أظل أكل حتى ينتهي الأكل الذي يوضع أمامي				
١٣	تتقطع الدورة الشهرية .				
١٤	أشعر بالضيق بعد أن ألتهم كميات كبيرة من الأكل.				
١٥	أتعمد تجويع نفسي لخوفي من زيادة وزني.				
١٦	تحدث لي فترات من الأكل بشرهة ولا أستطيع التوقف .				
١٧	أفكر كثيراً قبل أن أقرر الأكل ، فأنا أخشى الأكل				
١٨	لا أستطيع عمل رجم للحد من كثرة الأكل.				
١٩	أتناول جزءاً قليلاً من طعامي و أشعر بالشبع.				
٢٠	رغبتني في الأكل تسيطر على تفكيري معظم الوقت				
٢١	أشعر أنني بدين و الآخرون يقولون أنني نحيف جداً.				
٢٢	أواصل الأكل بشرهة ولا أعرف السبب.				
٢٣	أشعر بعدم الرغبة في الأكل .				
٢٤	أظل آكل حتى أشعر بالتعب.				
٢٥	يتملكني الخوف من أن أصبح بديناً.				
٢٦	أحتاج حبوب لفقد الشهية للحد من كثرة أكلتي.				
٢٧	أتجنب الأطعمة الدسمة والحلويات لإنقاص وزني.				
٢٨	أفقد السيطرة على مقدار ما أكل.				
٢٩	أحافظ على معدتي فارغة اكبر وقت.				
٣٠	يقول الآخرون أنني أكل كثيراً ولا أشبع.				
٣١	أشعر بالسعادة عندما يقول الآخرون أنني نحيف .				
٣٢	ألتهم كميات كبيرة من الأكل في وقت قصير.				
٣٣	أستمر في الأكل حتى أظن أنني سأنفجر.				

مقياس المناخ الأسري

إعداد

د عبدالفتاح رجب مطر**

د على عبدالنبي حنفي*

الاسم / السن / الفصل / الجنس /
المدرسة / الإقامة / الإعاقة /
التعليمات:

اقرأ العبارات التالية بدقة ، ثم ضع علامة (√) أسفل الاختيار الذي يناسبك أمام كل عبارة، لا توجد إجابات خاطئة ، الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك فعلا ، هذه الإجابات للبحث العلمي فقط .

م	العبارات	دائما	أحيانا	لا
١	يفرح إخوتي حين يعود أبي أو أمي إلى المنزل.			
٢	أشعر أن وجودي سبب الخلافات بين والداي.			
٣	أمي المتحكمة في المنزل ولا يجرؤ أبي على مخالفتها .			
٤	يستخدم أفراد أسرتي الألفاظ الخارجة في حديثهم.			
٥	علاقات أسرتي مع الجيران طيبة .			
٦	يهتم أفراد أسرتي بنوعية أصحابي ويتعرفون عليهم .			
٧	يتشاجر ويتخاصم أخوتي معا .			
٨	لا يستأذن أفراد أسرتي عند خروجهم من المنزل .			
٩	لا يلتزم أفراد أسرتي بأداء الصلوات والشعائر الدينية.			
١٠	أسرتي لا تتبادل الزيارات مع الجيران والأقارب.			

* مدرس الصحة النفسية - كلية التربية ببها - جامعة الزقازيق.

** مدرس الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة الأزهر.

م	العبارات	دائما	أحيانا	لا
١١	أشعر بالتنافس بين أخوتي لتقديم أى مساعدة لي .			
١٢	علاقتي بأخوتي سيئة .			
١٣	كثيراً ما يحملني أخوتي أعباء منزلية تفوق إمكاناتي .			
١٤	معظم أفراد أسرتي ليس لديهم إلمام بالأمور الدينية .			
١٥	ترفض أسرتي اصطحابي إلى الأماكن العامة منعا للإجراج.			
١٦	يحرص أفراد أسرتي على معرفة أحوال بعضهم البعض .			
١٧	أشعر بالغيرة من أخوتي في الأسرة .			
١٨	أبى لا يهتم بأمور الأسرة .			
١٩	لا تهتم أسرتي بسماع نشرات الأخبار أو قراءة الجرائد .			
٢٠	ترفض أسرتي زيارة زملائي لى في المنزل .			
٢١	يصطحبني أخوتي معهم في زيارات الأقارب .			
٢٢	يتخاصم و يتشاجر أبى وأمي .			
٢٣	يسهر أبى وأخوتي خارج المنزل لساعة متأخرة من الليل .			
٢٤	يرى أفراد أسرتي أن الرحلات العلمية مضيعة للوقت .			
٢٥	يحضر أبى اجتماعات مدرستي بانتظام.			
٢٦	يتعاون أفراد أسرتي في حل مشكلات بعضهم البعض .			
٢٧	يخاف أفراد أسرتي التحدث مع أبى أو طلب شيء منه.			
٢٨	أمي لا تقوم بدورها تجاه أبى و إخوتي .			
٢٩	التعليم والثقافة أمور لا تشغل أفراد أسرتي .			
٣٠	ترفض أسرتي اشتراكي في الرحلات المدرسية .			
٣١	يفضل أفراد أسرتي التنزه معا .			
٣٢	أبى أو أمى تسيء معاملة أخوتي .			
٣٣	أبى شخصية مترممة ولا يقبل مناقشته في ما يقول .			
٣٤	أسرتي لا تهتم بإعاقتي والتردد علي المراكز المتخصصة .			

المناخ الأسرى وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعوقين سمعياً

م	العبارات	دائماً	أحياناً	لا
٣٥	ترفض أسرتي اشتراكي في نوادي الصم .			
٣٦	يشعر أفراد أسرتي بالسعادة عند تواجدهم معا.			
٣٧	تغضب أُمي كثيراً وتترك المنزل .			
٣٨	لا يحترم أفراد أسرتي بعضهم البعض .			
٣٩	ترى أسرتي أن المعهد الذي أتعلم فيه أنه دون فائدة .			
٤٠	علاقات أسرتي بأقاربنا سيئة .			
٤١	يحرص أفراد أسرتي على تناول الأكل معا .			
٤٢	يتحدث أخوتي بأسلوب غير لائق مع أبي أو أُمي .			
٤٣	تختلط الأدوار بين أفراد الأسرة ولا يعرف من المسئول .			
٤٤	أفراد أسرتي لا يعرفون كيفية التواصل معي .			
٤٥	يرفض والدي مشاركتي في أنشطة المدرسة .			
٤٦	إعاقتي لا تؤثر على علاقتي بإخوتي .			
٤٧	يسود التنافس والخصام بين أفراد أسرتي .			
٤٨	تسير حياة أسرتي دون نظام أو تخطيط .			
٤٩	يلقي أبي اللوم على أُمي بأنها السبب في إعاقتي .			
٥٠	يتحدث والداي عن الخدمات التي يقدمها المجتمع لإعاقتي .			