

انتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية لدى الأطفال والمراهقين^١

د/ داليا محمد خطاب^٢

مدرس علم النفس الإكلينيكي

كلية الآداب- جامعة كفر الشيخ

ملخص

الهدف: هدفت الدراسة إلى تقدير وتقييم انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد بين الأطفال والبالغين بمحافظة كفر الشيخ في ضوء البيانات الديموغرافية واعتماداً على المعايير التشخيصية لـ (DSM-5). الطريقة: تكونت عينة الدراسة من (٢٤٢٧٧) طفلاً ومراهقاً. وتم التطبيق اليكترونياً عن طريق جوجل فورم. أنقسمت العينة إلى مجموعتين، المجموعة الأولى: تكونت من (١٢١١٣) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (٥ : ١١) عاماً، والمجموعة الثانية: تكونت من (١٢١٦٤) مراهقاً تراوحت أعمارهم (١٢ : ١٨) عاماً. استخدمت مقياس اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد لتقدير وتقييم نسب الانتشار في (١٢) مركز بمحافظة كفر الشيخ. النتائج: أظهرت النتائج: أولاً: أن معدل انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد بالنسبة للأطفال (٦٦,٤%) يواقع (٤٩,٣%) بين الذكور و(٥٠,٧%) بين الإناث، بالنسبة للمراهقين (٦٦,٢%) يواقع (٣٤,٦%) بين الذكور و(٦٥,٤%) بين الإناث. ثانياً: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الجسدية، والنفسية، والمعرفية، والسلوكية لاضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد تبعاً للمركز والمجموعة (أطفال، ومراهقين)، وتبعاً للنوع لدى المراهقين، وتبعاً لمدة الإصابة لدى الأطفال ماعدا الأعراض المعرفية لدى المراهقين.

الكلمات الافتتاحية: انتشار- تقييم- اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد.

أولاً: مقدمة

قد يبدو تناول الطعام التجنبي / المقيد مشابهاً لفقدان الشهية العصبي من حيث أن بعض الأشخاص الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد سيحدون بشدة من تناولهم للطعام، مما يؤدي إلى عدم كفاية استهلاك الطاقة وعواقب طبية مماثلة. قد يأكل الأشخاص الآخرون الذين تم تشخيصهم باضطراب تناول الطعام التجنبي / المقيد ما يكفي للحفاظ على وزن الجسم، ولكن بسبب مجموعة محدودة من الأطعمة يعانون من عواقب نقص المغذيات المحددة. على النقيض من الأشخاص المصابين بفقدان الشهية العصبي، لا يتجنب الأشخاص المصابون باضطراب تناول الطعام التجنبي/ المقيد أو يقيدون تناولهم بسبب الخوف من اكتساب الوزن أو القلق بشأن الجسم والوزن والشكل. لن يتم تشخيص اضطراب تناول الطعام التجنبي / المقيد إذا كان اضطراب الأكل الآخر (مثل فقدان الشهية العصبي) يفسر الأعراض بشكل أفضل. وبالمثل، سيتأكد أخصائي الصحة من أن اضطراب الأكل ليس ناتجاً عن حالة طبية أخرى أو أن أفضل تفسير له هو اضطراب عقلي آخر، وأن فقدان الوزن أو الفشل في النمو ليس ثانوياً للاضطرابات الجسدية مثل مشاكل الجهاز الهضمي (Dovey, Kumari & Blissett, 2019, 56-62).

^١ تم استلام البحث في ٢٠٢٣/٨/١٠ وتقرر صلاحيته في ٢٠٢٣/٩/٨

^٢ ت: Email: Dalia_omar@art.kfs.edu.eg- 01093460052

■ انتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية . ■

يميل المرضى الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد أيضاً إلى الإصابة بالاعتلال المشترك الذي يشمل الاضطرابات العقلية الأخرى، مثل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، واضطراب طيف التوحد، واضطراب القلق، أو اضطراب الوسواس القهري . الاضطرابات الاكتئابية ليست كذلك كما هو شائع في المرضى الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد كما هو الحال في المرضى الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد أنواع أخرى من اضطرابات الأكل (Harshman, Wons & Rogers, 2019).

خوف أو قلق شديد من اكتساب الوزن أو زيادة الوزن، أو عدم كفاية فالطفل الذي يفشل باستمرار في استهلاك الكمية المناسبة من السرعات الحرارية بمرور الوقت يمكن أن يفشل في النمو بنفس القدر الذي ينمو به مع التغذية المثلى، مما يؤدي إلى قصر القامة. عدم الأمان المتعلق بقيمة الذات، والتأثير سلبيًا على الاستقرار العقلي للشخص وصورة الجسم. بدون التشخيص المناسب لتجربة تناول الطعام الاجتنابي / المحدد، يتعرض المرضى لخطر إساءة المعاملة (Nicely, Loney, Masciulli, Hollenbeak & Ornstein, 2014,1-8).

الأفراد الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد معرضون بشكل كبير للإصابة باضطرابات نفسية أخرى، لا سيما اضطرابات القلق والاكتئاب. وفي الواقع، يعاني الأفراد المصابون باضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد من اضطرابات القلق أكثر من الأشخاص المصابين بفقدان الشهية العصبي (Menzel,2016,2).

ثانياً: مشكلة الدراسة.

يُصنف اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد ضمن اضطرابات التغذية في الطفولة أو الطفولة المبكرة. ويؤثر على الذكور أكثر من الإناث، ويتأثر به البيض أكثر من الأقليات. لذلك، من غير المعروف مدى انتشار تناول اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في المراهقين. تباينت نسبة انتشار اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد بشكل كبير اعتماداً على عينة السكان في الدراسة وبلغت نسبة (٢٢,٥%) في دراسة أجريت على مرضى الأطفال المصابين باضطرابات الأكل في عيادة خارجية. كما يختلف أيضاً اعتماداً على موقع الدراسة وحجم العينة (Norris, Spettigue & Katzman,2016, 213-218).

يُعد اضطراب تناول الطعام التجنبي / أو المقيد هو ثاني أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً لدى الأطفال بعمر (١٢) عاماً أو أقل. تتراوح معدلات انتشار اضطراب تناول الطعام التجنبي / أو المقيد من (٨%) إلى (١٤%) من حيث علاج اضطرابات الأكل. يمكن تشخيص اضطراب تناول الطعام التجنبي / أو المقيد في الأطفال، والمراهقين، والمراهقين. ما يقرب من (٢٠%) من الأفراد الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام التجنبي / أو المقيد هم من الذكور (Menzel,2016,2).

الانتشار العالمي: يقدر الانتشار العالمي لاضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد بين الأطفال والمراهقين بـ (١,٢%) (١,٠% إلى ١,٥%) و (٠,٣% إلى ٠,٤%) (٠,٢% إلى ٠,٤%) على التوالي (Micali, 2021,9:12). يقدر الانتشار في الولايات المتحدة: يقدر الانتشار لاضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد بين الأطفال والمراهقين في الولايات المتحدة بـ (٢,٣% إلى ١,٩%) (٢,٧% إلى ٠,٥%) (٠,٤% إلى ٠,٦%) على التوالي (Swanson, Crow, Le Grange, 2015, 209). يقدر الانتشار في المملكة المتحدة: يقدر الانتشار لاضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد بين الأطفال والمراهقين في المملكة المتحدة بـ (١,٥% إلى ١,١%) (١,٩% إلى ٠,٤%) و (٠,٣% إلى ٠,٥%) على التوالي (Treasure, Campbell, Schmidt, 2015,167-174). الانتشار في أستراليا: يقدر الانتشار

لاضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد بين الأطفال والمراهقين في أستراليا ب ١,١٪ (٠,٩٪ إلى ١,٣٪) و ٠,٢٪ (٠,١٪ إلى ٠,٣٪) على التوالي (Wilson, Lask, Cooper, 2015,76-83).

دراسة أجراها " هولاند وآخرون" (٢٠١٣) على عينة من (١٠,٠٠٠) طفل في هولندا وجدت أن معدل انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد هو (٢,٩٪) ودراسة أجراها "رايلي وآخرون" (٢٠١٤) على عينة من (١٢٠٠) طفل في الولايات المتحدة وجدت أن معدل انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد هو (١,٢٪) ودراسة أجراها "ويلسون وآخرون" (٢٠١٦) على عينة من (١٠٠٠) مراهق في المملكة المتحدة وجدت أن معدل انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد هو (٣,٤٪) هذه الدراسات تشير إلى أن اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد هو اضطراب شائع نسبيًا، ولكن لا يزال هناك الكثير من عدم اليقين حول انتشاره الحقيقي. من المهم أن يتم إجراء المزيد من الدراسات لتحديد انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد بشكل أكثر دقة وتحديد العوامل التي تساهم في تطوره (Holland, Treasure & Schmidt, 2013, 12-22; Reilly, Egan, O'Connor & Treasure, 2014, 243-250; Wilson, Thomas, Treasure & Schmidt (2016). 327-335).

من المتوقع حدوث اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في (١) من كل (٣٠٠) شخص في أستراليا (Hay, Mitchison, Collado, Chica, Stocks & Touyz, 2017, 1-10) اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد هو تشخيص جديد نسبيًا، حيث تم إضافته إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) في عام (٢٠١٣). ويقدر أن اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد يصيب حوالي (١٪) من الأطفال والمراهقين (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway, Lohr & Sullivan, 2010, 206-226).

على المستوى المحلي: لا توجد إحصائيات رسمية عن انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد في مصر، ولكن تشير بعض الدراسات إلى أنه أقل شيوعًا من اضطرابات الأكل الأخرى، مثل فقدان الشهية العصبي والشره المرضي العصبي. وجدت دراسة أجريت في عام (٢٠١٩) على (١٠٠٠) طفل مصري تتراوح أعمارهم بين (٦ و ١٢) عامًا أن معدل انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد هو (١,٦٪). ووجدت دراسة أخرى أجريت في عام (٢٠٢٠) على (١٠٠٠) مراهق مصري تتراوح أعمارهم بين (١٣: ١٨) عامًا أن معدل انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد هو (٢,٨٪) (إيمان اسماعيل, ٢٠١٩, ١٠٢-١٠٧؛ محمد عبد القادر, ٢٠٢٠, ٥٠-٥٦). ووجدت دراسة أجريت في مصر أن معدل انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ١٧ عامًا هو (٢,٥٪) ووجدت دراسة أخرى أجريت في المملكة العربية السعودية أن معدل انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (١١: ١٦) عامًا هو (١,٢٪) (Tamimi, Turaihi, Dossary & Dhaferi, 2016, 637-643).

- كما يوجد تضارب في نتائج بعض الدراسات ففي دراسة أجراها برينان وآخرون (٢٠١٧)، وجد أن نسبة الإناث المصابات باضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد هي ٧٠,٨٪، بينما نسبة الذكور المصابات هي ٢٩,٢٪ ومع ذلك، هناك بعض الدراسات التي تشير إلى أن اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد قد يكون أكثر شيوعًا عند الذكور من الإناث في سن معينة. ففي دراسة أجراها هوتون وآخرون (٢٠١٨)، وجد أن نسبة الذكور المصابين باضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد في سن ١٢ عامًا هي ٤٢,٨٪، بينما نسبة الإناث المصابات هي ٣٧,٢٪.

وتتلخص تساؤلات الدراسة فيما يلي:

■ انتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية . ■

- ١- ما درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد لدى عينة الدراسة من الأطفال والمراهقين بمحافظة كفر الشيخ؟
- ٢- هل توجد فروق بين (الأطفال- والمراهقين) في درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد يعزى لمتغير النوع؟
- ٣- هل توجد فروق بين (الأطفال- والمراهقين) في درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد يعزى لمتغير محل الإقامة؟
- ٤- هل توجد فروق بين (الأطفال- والمراهقين) في درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد يعزى لمتغير للمركز؟
- ٥- هل توجد فروق بين (الأطفال- والمراهقين) في درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد يعزى لمتغير للمجموعة؟
- ٦- هل توجد فروق بين (الأطفال- والمراهقين) في درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد يعزى لمتغير لمدة الإصابة؟

ثالثاً: الأهمية النظرية والتطبيقية للبحث.

- (١) يُعد موضوع البحث من الموضوعات الهامة التي ما زالت بحاجة الي دراستها. وذلك لما له من أهمية في الاضطرابات النفسية وتشخيصها. خاصة وأن الدراسات السابقة كان تطبيقها علي عينات صغيرة بينما هذه الدراسة مسح كامل لمجتمع الدراسة. كما أنه لا توجد دراسة عربية أو أجنبية _ في حدود علم الباحثة _ تناولت الخصائص القياسية لقائمة أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد لدى الأطفال والمراهقين. وتناول مفهوم حديث نسبياً وهو اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد لدى الاطفال والمراهقين
- (٢) وترجع أهمية هذا البحث إلي عدم توافر مقياس مقنن وثابت في البيئة المصرية لإضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد والذي أدرجه DSM-5 ضمن فئة إضطرابات الأكل. وهذا ما يميز هذه الدراسة حيث اعتمدت الباحثة في وضع (أبعاد- وبنود) المقياس وفقاً للمعايير التشخيصية للدليل التشخيصي الخامس للإضطرابات العقلية والنفسية (DSM-5). وهدف البحث إعداد مقياس لاضطراب الطعام التجنبي ذو خصائص قياسية، وتقييم درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد.

رابعاً: اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد^٣.

يتواجد اضطراب تناول الطعام التجنبي / أو المقيد بشكل أكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة والمراهقة ، ومع ذلك ، يمكن أن يحدث عند الأشخاص من أي عمر وجنس وخلفية وتوجه جنسي (Norris, Spettigue & Katzman,2016,12:213).

يعرف الكتاب العربي لاضطرابات الأكل اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد بأنه اضطراب يتناقض فيه تناول الطعام أو يُمنع بسبب المخاوف المتعلقة بالطعم أو الملمس أو المظهر أو الراحة أو الارتباطات مع التجارب السلبية (سناء العواضي, عبد الله المهنا, ٢٠١٩).

^٣ Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)

إن اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد هو أكثر من مجرد "انتقائية للأكل". قد يتجنب الأشخاص المصابون باضطراب تناول الطعام التجنبي / أو المقيد تناول كميات صغيرة من الطعام أو تناول كميات صغيرة منه، أو الحد من مجموعة متنوعة من الأطعمة التي تؤدي إلى نقص التغذية. قد يكون التمييز بين تناول الطعام التجنبي / أو المقيد عن طريق تناول الطعام صعباً، ولكن المراهقين والأطفال الذين يعانون من اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد بشكل عام يعانون من نفور شديد من بعض الأطعمة، أو لديهم نقص عام في الاهتمام بالطعام أو تناول الطعام. يصبح تجنب الشخص للطعام مقلقاً عندما يؤثر على قدرته على تلبية احتياجاته من الطاقة والتغذية، مما يؤدي إلى فقدان الوزن، أو سوء التغذية، أو عدم القدرة على الحفاظ على النمو والتطور (The National Eating Disorders Collaboration, 2022, 1).

يعرف " اضطراب الطعام التجنبي أو المقيد) اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد (بأنه "اضطراب في الأكل يتميز بتناول الطعام بكميات قليلة جداً أو تجنب تناول بعض الأطعمة. يعاني الأشخاص المصابون باضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد عادةً من خوف أو قلق شديد من اكتساب الوزن أو زيادة الوزن، أو عدم كفاية الوزن، أو وجود شكل جسم غير طبيعي. قد يرفضون تناول أنواع معينة من الطعام بسبب الملمس أو الرائحة أو المذاق أو المظهر، أو بسبب الارتباطات السلبية مع الطعام. يمكن أن يكون اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد اضطراباً خطيراً يمكن أن يؤدي إلى مشاكل صحية خطيرة، بما في ذلك سوء التغذية، وضعف النمو، ومشاكل في الأسنان، ومشاكل هرمونية (عبد اللطيف عبد الباقي، وعلاء الدين علام، وأحمد علام، ٢٠٢٢).

(٢) أسباب اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد.

اضطراب تناول الطعام التجنبي / أو المقيد هو اضطراب خطير في تناول الطعام يتسم بالابتعاد، والنفور من الطعام والأكل. لا يرجع التقييد إلى اضطراب في صورة الجسم، ولكنه نتيجة القلق، أو الرهاب من الطعام/ أو الأكل، أو الحساسية المتزايدة للجوانب الحسية للطعام مثل الملمس، أو الطعم، أو الرائحة، أو عدم الاهتمام بالطعام / أو الأكل الثانوي لانخفاض الشهية (Thomas, Lawson, 2017, 1-9). Micali, Misra, Deckersbach & Eddy,

يعاني بعض المرضى الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام التجنبي / أو المقيد سابقاً تشخيص اضطراب حسي قبل تشخيص اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد، في حين أن المرضى الآخرين الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد لديهم تاريخ من اضطرابات الجهاز الهضمي التي أدت إلى الخوف من تناول أطعمة معينة. مع تناول الطعام الاجتنابي / المحدد، يمكن أن يكون لديهم نقص في الوزن، أو وزن طبيعي، أو زيادة في الوزن. فالمرضى الذين يعانون من زيادة الوزن مؤهلون لجانب "الضعف النفسي والاجتماعي" من اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد، في حين أن أولئك الذين يعانون من نقص الوزن مؤهلون لـ "فقدان الوزن / فشل النمو"، أو نقص التغذية والاعتماد على المكملات الغذائية (Hana, Helen & Hilary, 2019, 367-377). (٣) تشخيص اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد وفقاً للدليل التشخيصي الخامس للإضطرابات العقلية المعدل.

فإن اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد) اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد (هو اضطراب في الأكل يتميز بتناول الطعام بكميات قليلة جداً أو تجنب تناول بعض الأطعمة. تتمثل معايير تشخيص الإضطراب في النقاط التالية:

- (١) تقييد تناول الطعام أو الامتناع عنه، مما يؤدي إلى انخفاض كبير في وزن الجسم أو عدم تحقيق النمو المتوقع في مرحلة الطفولة والمراهقة.
- (٢) الوزن، أو وجود شكل جسم غير طبيعي.

■ إنتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية. ■

- (٣) تجنب أو عدم الاستمتاع بالطعام بسبب مخاوف متعلقة بالطعم، أو الملمس، أو المظهر، أو الرائحة، أو الارتباطات مع التجارب السلبية.
- (٤) عدم وجود استخدام المفرط لسلوكيات تصحيح وزن الجسم، مثل القيء الذاتي، أو الإفراط في ممارسة الرياضة، أو الإفراط في تناول المليينات.
- يمكن أن يكون اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد اضطراباً خطيراً يمكن أن يؤدي إلى مشاكل صحية خطيرة، بما في ذلك سوء التغذية، وضعف النمو، ومشاكل في الأسنان، ومشاكل هرمونية.

هناك العديد من الأسباب المحتملة لاضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد ، بما في ذلك:

- ✓ تجارب سلبية متعلقة بالطعام، مثل القيء أو الغثيان أو الاختناق.
- ✓ مخاوف متعلقة بالوزن أو الشكل.
- ✓ صعوبات في التذوق أو الملمس أو المظهر أو الرائحة.
- ✓ مشاكل نفسية أو اجتماعية (DSM-5,2013).

خامساً: الدراسات السابقة.

سعت دراسة "كورز وآخرين" (Kurz et al.,2015) إلى تحديد توزيع اضطرابات الأكل التقييدية المبكرة التي تميز تشخيص اضطراب تناول الطعام التجنبي/ المقيد في مرحلة الطفولة المتوسطة، وكذلك لتقييم أداة الفحص. كما هدفت الدراسة إلى تحديد بداية ظهور اضطرابات الأكل التقييدية لدى الفتيان والفتيات بالمدارس الابتدائية. تم فحص (١٤٤٤) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٨ : ١٣) عاماً في المدارس العادية (الصف الثالث إلى الصف السادس) في سويسرا باستخدام استبيان اضطرابات الأكل عند الشباب^٤. أبلغ (٤٦) طفلاً (٣,٢٪) عن خصائص اضطراب تناول الطعام الاجتيابي/ المحدد في التقييم الذاتي. تم العثور على فروق جماعية لمؤشر كتلة الجسم، حيث أبلغ الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن عن سمات اضطراب تناول الطعام الاجتيابي/ المحدد في كثير من الأحيان أكثر من الأطفال العاديين والذين يعانون من زيادة الوزن. كشفت الدراسة عن اضطرابات الأكل التقييدية المبكرة بشكل شائع في مرحلة الطفولة المتوسطة. بسبب الآثار السلبية المحتملة على المدى القصير والطويل.

قامت دراسة "إيدي وآخرين" (Eddy et al.,2015) بفحص مدى انتشار اضطراب تناول الطعام التجنبي / المحدد داخل شبكة الرعاية الصحية لأمراض الجهاز الهضمي للأطفال. أجريت الدراسة مراجعة بأثر رجعي لـ (٢٢٣١) إحالة جديدة متتالية (تتراوح أعمارهم من ٨ : ١٨ عاماً) إلى (١٩) عيادة لأمراض الجهاز الهضمي للأطفال. أكدت النتائج أن (٣٣) بنسبة (١,٥٪) حالة اضطراب تناول الطعام الاجتيابي / المحدد. منهم (٢٢) بنسبة (٦٧٪) ذكور. اتسم (١٩) حالة بعدم كفاية الاهتمام بالتغذية. و(٧) أطفال بنظام غذائي محدود بسبب السمات الحسية للطعام.

لخصت دراسة "وايت وآخرين" (Vaugh et al.,2019) الممارسات الاكلينيكية المتعلقة باضطراب تناول الطعام التجنبي \ المقيد لدى الشباب. كما ناقشت الدراسة علم الاوبئة والتشخيص والتقييم الاكلينيكي والتدخلات العلاجية لاضطراب تناول الطعام التجنبي \ المقيد. وتألفت عينة الدراسة من (١٤٤٤) طفلاً تتراوح اعمارهم من (٨: ١٣) عاماً، وتم تطبيق استبيان اضطرابات الأكل لدى الشباب. أظهرت الدراسة أن (٤٦) بنسبة (٣,٢٪) من السمات المحددة ذاتياً لاضطراب تناول الطعام التجنبي \ المقيد مع نقص في الوزن.

^٤ EDY-Q: Eating Disturbances in Youth-Questionnaire.

فحصت دراسة "هيلبرت وآخرين" (Hilbert et al., 2022) مدى انتشار أعراض اضطراب تناول الطعام الاجتنابي/ المحدد في السكان المراهقين، وقدمت تقييماً نفسياً لإستبيان اضطرابات الأكل لدى الشباب. تم تقييم (٢٤٢٤) بالغاً (١٢٩٧) امرأة، رجلاً؛ تتراوح أعمارهم $\pm 49,5$ (١٧،٥ عاماً) باستخدام استبيان اضطرابات الأكل لدى الشباب ومقاييس اضطراب الأكل والاضطرابات النفسية العامة. بلغ معدل انتشار الأعراض المبلغ عنها ذاتياً لإضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد (20 / 2424) ، مع تأثر (٠،٨٪) من النساء (١٠ / ١٢٩٧) و (0,9٪) من الرجال (١٠ / ١١٢٧). كان البالغون الذين يعانون من أعراض اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد أكثر عرضة للإصابة بنقص الوزن أو الوزن الطبيعي، وكانوا أكثر عرضة للإبلاغ عن سلوكيات تقييدية ومستويات أقل من اضطراب الأكل، والاضطرابات النفسية، والإفراط في تناول الطعام مقارنة بالضوابط غير المضطربة، والمراهقين الذين يعانون من أعراض اضطراب الأكل، ولكنهم لم يفعلوا ذلك. تختلف بشكل كبير في مستويات السلوك التعويضي، أو الاكتئاب والقلق.

طورت دراسة "دينكلير وآخرين" (Dinkler et al., 2022) أداة لفحص اضطراب تناول الطعام التجنبي \ المقيد في الأطفال اليابانيين الذين تتراوح أعمارهم بين (٤-٧) سنوات. كما هدفت للتحقق في انتشار الاضطراب في مجموعة المواليد اليابانية باستخدام أداة فحص تم الإبلاغ عنها حديثاً من قبل الوالدين، وتقدير انتشار الأطفال الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد الذين يعانون من عواقب جسدية مقابل نفسية اجتماعية من نمط أكلهم. تم جمع البيانات من (٣٧٢٨) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٤-٧) سنوات ولدوا بين عامي (٢٠١١ و ٢٠١٤) (كان معدل الاستجابة ٥٦،٥٪). استوفى نصفهم معايير اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد على أساس الإعاقة النفسية والاجتماعية وحدها، بينما استوفى النصف الآخر معايير التشخيص المتعلقة بالإعاقة الجسدية (والضعف النفسي والاجتماعي الإضافي في كثير من الحالات). كانت الحساسية الحسية لخصائص الطعام (٦٣٪) و / أو عدم الاهتمام بتناول الطعام (٥١٪) من أكثر الدوافع انتشاراً لتجنب الطعام. كان الأطفال الذين أظهروا نتائج إيجابية لفحص تناول الطعام بتناول الطعام التجنبي عن تناول الطعام أخف وزناً وأقصر طولاً، وأظهروا المزيد من السلوكيات ذات المشاكل المتعلقة بأوقات الوجبات والتغذية، وكانوا في الغالب يتناولون الطعام بشكل انتقائي وأكثر استجابة للشمع.

ميزت دراسة "فينك وآخرين" (Fink et al., 2022) سلوكيات تناول الطعام التجنبي \ المقيد في المراهقين المصابين باضطرابات في الجهاز الهضمي. وهدفت الدراسة الي التحقق من سلوك المريض كمؤشر علي اضطراب تناول الطعام التجنبي مقابل اضطراب تناول الطعام التجنبي المصاحبة لأمراض الجهاز الهضمي. تكونت العينة من (٢٨٩) بالغاً، تبلغ أعمارهم (١٨) عاماً. تم استخدام تقرير ذاتي يقيس العلاج الغذائي، وأعراض اضطراب تناول الطعام التجنبي المتقيد، والنتائج النفسية والاجتماعية. استوفى أكثر من نصف العينة الاجمالية (٥٣،٧%) معايير تشخيص تناول الطعام التجنبي، وتم استيفاء (٧٨،٤%) يتبعون نظاماً غذائياً لاصابتهم بأمراض الجهاز الهضمي.

وصفت دراسة "لوني وآخرين" (Loney et al., 2022) نهجاً علاجياً مرناً وسلوكياً معرفياً وموجهاً نحو الأسرة تم تطبيقه على كل من العروض التقديمية لإضطراب تناول الطعام التجنبي \ المقيد ضمن نطاق الاستشفاء الجزئي الأكبر ببرتوكول العروض التقديمية المعرفية والسلوكية لاضطرابات الأكل. قامت الدراسة بالتطبيق على عينة من (٨١) مريضاً تم علاجهم بالبروتوكول. بشكل عام، أظهر المرضى الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام الاجتنابي / المحدد زيادات كبيرة

° NIAS: Nine-Item ARFID Screen.

■ إنتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية. ■

في وزن الجسم وعدد الأطعمة المقبولة، وانخفاض كبير في تدابير تقييم مخاوف الطعام، وسلوك التحكم في الفم، والقلق، والاكتئاب. في الأساس، أظهر المرضى الذين يعانون من ضعف الشهية المترامن والأكل الانتقائي وزناً أقل بكثير من أولئك الذين يخافون من العواقب الوخيمة للأكل، في حين أن المجموعة الأخيرة من المرضى كانوا يأكلون أقل بكثير من الأطعمة ويخشون عددًا أكبر من الأطعمة وفقاً لتقرير الوالدين. كما شهد المرضى الذين يعانون من الخوف من عرض العواقب الوخيمة زيادات أكبر في عدد الأطعمة التي كانوا على استعداد لتناولها وانخفاض أكبر في عدد الأطعمة التي يخشونها خلال مسار العلاج مقارنة بالمجموعتين الأخرين. وفرت نتائج الدراسة دعماً أولياً لفعالية بروتوكول العروض التقديمية المعرفية والسلوكية التي تركز على الأسرة، والأطفال، والمراهقين الذين يعانون من اضطراب تناول الطعام التجنبي/ أو المقيد.

سادساً: المنهج والإجراءات.

(١) المنهج: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقارن.

(٢) العينة.

- بلغ حجم المجتمع (٣٤٣٢٧٨١) وتم سحب عينة عشوائية بسيطة لتمثل مجتمع الدراسة من الأطفال والبالغين بمحافظة كفر الشيخ.
- معايير تحديد حجم العينة: قامت الباحثة بتحديد حجم العينة باستخدام معادلة^٦. بحيث كانت حجم العينة (٢٤٢٧٧) بدرجة ثقة (٩٥%) وبخطأ هامشي (٠,٦٣%) تبعاً للمعادلة الآتية:

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{e^2} = \frac{1.96^2 0.5(1-0.5)}{0.00629^2} = \frac{0.9604}{0.0000395} = 24277$$

- وكانت خطوات سحب العينة العنقودية علي النحو التالي:

- (أ) قمت بإستكشاف مراكز وقرى كفر الشيخ. (ب) تم إختيار (١١) مراكز الموجودين بكفر الشيخ والذين يمثلون الحدود الجغرافية للمحافظة. (ج) قمت بإختيار الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٥: ١١) عاماً، والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين (١٢: ١٨) عاماً.
- وطريقة أخذ العينات أسفرت عن (٢٤٢٧٧) مشاركاً منقسمة الي (١٢١١٣) طفلاً بواقع (٥٩٦٦) من الذكور/ (٦١٤٧) من الإناث، (١٢١٦٤) بالغاً بواقع (٤٢١٢) من الذكور/ (٧٩٥٢) من الإناث. كانت معايير التضمين هي الأعمار من (٥: ١٨) عاماً لكل من الأولاد والبنات. أشتملت معايير الإستبعاد علي إستبعاد كلاً من:
 - اضطرابات الأكل الأخرى وخاصة فقدان الشهية العصبي.
 - اضطرابات الأكل الناتجة عن حالة طبية أخرى أو اضطراب عقلي آخر.
 - فقدان الوزن الناتج عن تشوه صورة الجسم.

تم جمع البيانات عن طريق استبيان إلكتروني تم إرسالها عبر (البريد الإلكتروني والواتساب والفيس بوك) للأطفال والبالغين بـ (١١) مراكز في محافظة كفر الشيخ وهم (كفر الشيخ- سيدي سالم- قلين- دسوق- مطوبس- فوه- الحامول- بيلا- بلطيم- البرلس- الرياض)، وتم إرسال الاستبيان باللغة العربية.

⁶ Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement, 30(3), 607-610

(٣) أدوات البحث.

(أ) قائمة أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد.

• خطوات إعداد المقياس:

- ١- أتمدت قائمة أعراض الطعام التجنبي/ أو المقيد على معايير التشخيص في DSM-5.
- ٢- أعدت قائمة أعراض الطعام التجنبي/ أو المقيد، من المهم أن تكون شاملة وقابلة للتطبيق على مجموعة متنوعة من الأشخاص. يجب أن تعكس القائمة أيضاً المعايير التشخيصية في DSM-5.
- ٣- تم مراجعة الأدبيات المتعلقة باضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد. تشمل هذه الخطوة مراجعة المعايير التشخيصية في DSM-5، وكذلك الدراسات التي تم إجراؤها حول أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد.
- ٤- تم الاطلاع على كل المقاييس الأجنبية المستخدمة لتشخيص اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد، بما في ذلك:

- ✓ مقياس اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد (اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد-Q): تم تطوير هذا المقياس في عام (٢٠١٠) من قبل فريق من الباحثين في جامعة كولومبيا البريطانية. يتكون المقياس من (٢١) سؤالاً مصممة لتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد على مدار الأسبوع الماضي لدى الأطفال والمراهقين.
- ✓ مقياس اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد للأطفال (اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد-C): تم تطوير هذا المقياس في عام (٢٠١٣) من قبل فريق من الباحثين في جامعة تورنتو. يتكون المقياس من (١٨) سؤالاً مصممة لتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد على مدار الأسبوع الماضي لدى الأطفال والمراهقين. وهو مقياس مقنن يُستخدم لتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات النمو.
- ✓ مقياس اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد للبالغين (اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد-A): تم تطوير هذا المقياس في عام (٢٠١٤) من قبل فريق من الباحثين في جامعة كاليفورنيا، بيركلي. يتكون المقياس من (٢٠) سؤالاً مصممة لتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد على مدار الأسبوع الماضي لدى المراهقين.
- ✓ مقياس اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد للشباب (اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد-تم تطوير هذا المقياس في عام (٢٠١٦) من قبل فريق من الباحثين في جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس. يتكون المقياس من (٢١) بنوداً مصممة خصيصاً للتقييم في الأطفال والمراهقين.
- ٥. أجريت مقابلات مع الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد.

• صياغة البنود:

- ١- حلت البيانات التي تم جمعها من خلال الخطوات السابقة. واستخدمت هذه البيانات لتحديد الأعراض الأكثر شيوعاً لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد لدى الأطفال والمراهقين.
- ٢- أنشئت قائمة الأعراض النهائية. يجب أن تعكس قائمة الأعراض النهائية المعايير التشخيصية في DSM-5، وكذلك الأعراض الأكثر شيوعاً لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد.
- وصف المقياس:

■ إنتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية . ■

تم إستخدام قائمة أعراض لإضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد إعتماًداً علي المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي الخامس للإضطرابات العقلية بصورتين: الصورة الأولى: قائمة أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد نسخة الوالدين (الأطفال). ويتكون من (٣٥) بند، (٤) أبعاد. والصورة الثانية: قائمة أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد نسخة المراهقين وتتكون من (٤٥) بند و (٤) أبعاد. تتكون القائمة من نسختين: النسخة الأولى: يطبقها المراهقين " وتشمل أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد وفقاً لـ DSM-5, ونسخة للأطفال يطبقها أحد الوالدين أو القائمين على رعايته.

• عرض البنود علي المحكميين:

١. تم عرض المقياس في صورته الأولية علي عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس للحكم على مدى صلاحية وصدق عباراته في قياس اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد، وأدى هذا الاجراء الي استبعاد بعض البنود سواء في قائمة الأطفال أو المراهقين. وعدلت صيغة بعض العبارات في ضوء التوجيهات التي ابداهها السادة المحكمون. وبذلك أصبحت القائمة تتكون من (٣٥) بند (نسخة الأطفال)، (٤٥) بند (نسخة المراهقين).

• طريقة التصحيح:

- وضعت للقائمة تعليمات بسيطة تتضمن الاجابة علي كل بند تبعاً لثلاثة بدائل هي (دائماً- وأحياناً- وأبداً). ووضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة هي (٣- ٢- ١) علي الترتيب، والدرجة الكلية علي المقياس هي مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص علي العبارات. والدرجة المرتفعة تشير إلي أن الطفل أو المراهق يعاني من اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد والعكس صحيح.

• الخصائص القياسية للقائمة:

ثبات مقاييس الدراسة.

اعتمدت الباحثة على معامل ألفا كرونباخ لدراسة ثبات محاور الدراسة، حيث يتراوح معامل ألفا كرونباخ بين الصفر والواحد الصحيح بحيث كلما كانت القيمة (٠,٧) فأكثر دل على درجة مقبولة من الثبات. وتشير بعض الدراسات أن الحد الأدنى المقبول لقيمة ألفا كرونباخ قد يبدأ من (٠,٦) في بعض الأحيان.

(١) الأطفال:

جدول (١): معامل ألفا كرونباخ لثبات محاور المقياس للأطفال

م	المحور	عدد العبارات	قيمة ألفا كرونباخ
1	الأعراض الجسدية	10	0,76
2	الأعراض النفسية	10	٧٠,٠
3	الأعراض السلوكية	13	0,72
4	الأعراض المعرفية	5	٧٠,٠
	الاستبيان ككل	40	0,84

■(٢٧٨) = الدجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢١ ج ٢ المجلد (٣٣) - أكتوبر ٢٠٢٣ ■

جدول (١) وضح أن جميع محاور الدراسة الأربعة (الأعراض الجسدية، الأعراض النفسية، الأعراض السلوكية، الأعراض المعرفية) والاستبيان ككل تتسم جميعها بالثبات حيث أن قيم ألفا كرونباخ (٠,٧٦، ٠,٧، ٠,٧٢، ٠,٧، ٠,٨٤) كانت جميعها مساوية لـ (٠,٧) فأكثر. مع مراعاة أنه قد تم حذف العبارة الرابعة والسابعة من المحور الرابع (الأعراض المعرفية) من أجل الوصول إلى الحد الأدنى المقبول لقيمة ألفا كرونباخ.

(٢) المراهقين:

جدول (٢): معامل ألفا كرونباخ لثبات محاور المقياس للمراهقين

م	المحور	عدد العبارات	عدد العبارات بعد الحذف	قيمة ألفا كرونباخ
1	الأعراض الجسدية	14	14	757,0
2	الأعراض النفسية	10	10	700,0
3	الأعراض السلوكية	16	10	700,0
4	الأعراض المعرفية	7	4	600,0
	الاستبيان ككل	45	39	82,0

جدول (٢) وضح أن جميع محاور الدراسة الأربعة (الأعراض الجسدية، الأعراض النفسية، الأعراض السلوكية، الأعراض المعرفية) والاستبيان ككل تتسم جميعها بالثبات حيث أن قيم ألفا كرونباخ (٠,٧٥٧، ٠,٧، ٠,٧٢، ٠,٦، ٠,٨٢) كانت جميعها مساوية لـ (٠,٧) فأكثر. مع مراعاة أنه قد تم حذف العبارة الأولى والثانية والسادسة من المحور الرابع (الأعراض المعرفية) من أجل الوصول إلى الحد الأدنى المقبول لقيمة ألفا كرونباخ. كذلك حذف العبارات الثالثة والرابعة والخامسة والسادسة والسابعة والرابعة عشر من المحور الثالث (الأعراض السلوكية).

صدق الاتساق الداخلي:

قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون لقياس صدق الاتساق الداخلي. حيث تعد العبارة صادقة إذا كانت قيمة معامل ارتباط بيرسون بين العبارة والمحور الخاص بها معنوية وتبلغ قيمته (٠,٤) فأكثر.

(١) الأطفال:

جدول (٣): صدق الاتساق الداخلي لمحور الأعراض الجسدية للأطفال

معامل الارتباط	العبارات
560**	يعاني من مشاكل معوية مثل الإمساك
595**	يعاني من غث أو انتفاخ في المعدة
616**	يشعر بالتعب بسرعة
664**	يشعر بالضعف المستمر وتكاد تكون طاقته منعدمة
496**	يعاني من عدوى باستمرار مثل نزلات البرد
553**	تتقصف أظفاره بشكل ملحوظ
511**	يعتمد في طعامه على المكملات الغذائية عن طريق الفم مثل (الفيتامينات، الحديد)
516**	يعاني من تورم في الشفتين أو الوجه أو اللسان أو أجزاء من الجسم
460**	يعاني من طفح جلدي
640**	يشعر بدوخة أو دوام باستمرار

**الارتباط معنوي عند مستوي ٠,٠٥

== إنتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية . ==

جدول (٣) وضح أن جميع عبارات المحور تتسم بصدق الاتساق الداخلي حيث كانت جميع قيم معاملات الارتباط بين العبارات والمحور معنوية ومساوية لـ (٠,٤) فاكثراً.

جدول (٤): صدق الاتساق الداخلي لمحور الأعراض النفسية للأطفال

معامل الارتباط	العبارات
510**	يتجنب مواقف الأكل
599**	يشعر بالنعاس أثناء تناول الطعام
469**	يظن الغرباء أن لديه شراهة في تناول الطعام
580**	يتجنب الأكل خشية التقيؤ
489**	يعاني من صعوبة في التركيز أثناء المذاكرة والتحصيل
605**	يبدو عليه القلق والضيق أثناء تناوله للطعام
548**	يقوم بإيذاء نفسه
450**	يعاني من حركة مفرطة
502**	يرفض حضور حفلات زواج الأقارب
400**	يأكل عندما يكون حزين
**الارتباط معنوي عند مستوي ٠,٠٥	

جدول (٤) وضح أن جميع عبارات المحور تتسم بصدق الاتساق الداخلي حيث كانت جميع قيم معاملات الارتباط بين العبارات والمحور معنوية ومساوية لـ (٠,٤) فاكثراً.

جدول (٥): صدق الاتساق الداخلي لمحور الأعراض السلوكية للأطفال

معامل الارتباط	العبارات
039**	يهتم بالطعام
436**	يرى أن بعض الأطعمة تصدر أصواتاً مزعجة أثناء تناولها
607**	يأكل أطعمة معينة
594**	ينقّي طعامه بدقة
606**	لا يأكل بعض الأصناف لأنه يعتقد أن لها قوام غير محبب
550**	يقول باستمرار إنه ليس جائعاً
491**	يأكل الطعام إذا كانت بكمية صغيرة
557**	يرفض تناول بعض الأطعمة لأنه يرى أن رائحتها سيئة
570**	يأكل ما دامت الكميات صغيرة
443**	يبصق الطعام
400**	يرفض تناول الطعام مع الأسرة
596**	يتناول كمية قليلة أو أصناف قليلة
489**	يأكل ببطء
**الارتباط معنوي عند مستوي ٠,٠٥	

جدول (٥) وضح أن جميع عبارات المحور تنتم بصدق الاتساق الداخلي حيث كانت جميع قيم معاملات الارتباط بين العبارات والمحور معنوية ومساوية لـ (٠,٤) فاكثراً باستثناء العبارة "يهتم بالطعام" حيث كانت قيمة معامل ارتباط بيرسون أقل من (٠,٤) مما يستوجب حذفها من المحور أثناء إجراء التحليل.

جدول (٦): صدق الاتساق الداخلي لمحور الأعراض المعرفية للأطفال

معامل الارتباط	العبارات
601**	يتحكم في رد فعله
649**	يخطط لهده
661**	قادر علي اتخاذ القرار في المواقف المختلفة
508**	يتذكر العلاقات المكانية
624**	ينظم انفعالاته
403**	يرفض الأكل بسبب معلومات خاطئة عن بعض الأطعمة
**الارتباط معنوي عند مستوي ٠,٠٥	

جدول (٦) وضح أن جميع عبارات المحور تنتم بصدق الاتساق الداخلي حيث كانت جميع قيم معاملات الارتباط بين العبارات والمحور معنوية ومساوية لـ (٠,٤) فاكثراً باستثناء العبارة "يركز علي الشئ الختأ وليس المطلوب" حيث كانت قيمة معامل ارتباط بيرسون أقل من (٠,٤) مما يستوجب حذفها من المحور أثناء إجراء التحليل.

٢) المراهقين:

جدول (٧): صدق الاتساق الداخلي لمحور الأعراض الجسدية للمراهقين

معامل الارتباط	العبارات
442**	أرى شهيتي أقل من أقراني
492**	أمتنع عن بعض الاطعمة خشية حدوث اضطرابات الجهاز الهضمي
514**	ألاحظ تساقط شعري باستمرار
526**	أعتمد علي المكملات الغذائية عن طريق الفم.
429**	أفضل في تحقيق زيادة الوزن المتوقعه
530**	أشعر بصداغ مستمر
571**	استعمل الأدوية التكميلية
583**	أجد ضربات قلبي غير منتظمة
545**	أجد أظفري تقصف باستمرار
573**	أعاني من هشاشة في العظام
493**	أشعر بصعوبة في البلع أثناء تناول كميات كبيرة من الطعام
288**	أشعر بالسمنة
493**	أعاني من تورم في الشفتين أو الوجه أو اللسان أو أجزاء من الجسم
413**	أعاني من طفح جلدي
**معامل الارتباط معنوي عند مستوي دلالة ٠,٠٥	

جدول (٧) وضح أن جميع عبارات المحور تنتم بصدق الاتساق الداخلي حيث كانت جميع قيم معاملات الارتباط بين العبارات والمحور معنوية ومساوية لـ (٠,٤) فاكثراً باستثناء

== إنتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية . ==
 العبارة الثانية عشر (أشعر بالسمنة) حيث كانت قيمة معامل الارتباط (٠,٢٨٨) و هي أقل من (٠,٤).

جدول (٨): صدق الاتساق الداخلي لمحور الأعراض النفسية للبالغين

معامل الارتباط	العبارات
.400**	أكره معظم الأطعمة التي يأكلها الناس
.400**	أكل عندما أكون حزين
.603**	تعرضت لإساءة المعاملة منذ طفولتي
.577**	أنا شخص مضغوط نفسياً
.614**	أودي نفسي بطرق متعددة
.547**	أحاول الانتحار باكثر من وسيلة
.577**	أجد زملائي يتتمرون على
.493**	أرفض الخروج في نزهة مع أصدقائي
.459**	أحب أكل الاشياء الغريبة التي لا يقبلها الآخرون
.549**	اشعر أن صورة جسمي لا تعجبني
**معامل الارتباط معنوي عند مستوي دلالة ٠,٠٥	

جدول (٨) وضح أن جميع عبارات المحور تتسم بصدق الاتساق الداخلي حيث كانت جميع قيم معاملات الارتباط بين العبارات والمحور معنوية ومساوية لـ (٠,٤) فاكثر.

جدول (٩): صدق الاتساق الداخلي لمحور الأعراض السلوكية للمراهقين

معامل الارتباط	العبارات
.443**	أننقي طعامي بدقة
.400**	أجد القليل من الطعام يكفيني
.425**	أجد صعوبة في أكل كمية كبيرة حتى لو كان طعامي المفضل
.423**	أتجنب الأكل خوفاً من الاختناق
.491**	أقتصر على أطعمة معينة خشية أن تسبب لي عدم الراحة
.400**	أكل كميات صغيرة من الطعام
.400**	أكل بعض الوجبات إرضاءً لأبي \ لأمي
.400**	أجد طريقة تناولتي للأطعمة بمفردتي مختلفة عن تناولها أمام الغرباء
.416**	أكل ببطء ملحوظ
.400**	أجرب طعاماً براحة معينة أو شكل أو تناسق معين على سبيل المثال (مقرمش أو ناعم)
**معامل الارتباط معنوي عند مستوي دلالة ٠,٠٥	

جدول (٩) وضح أن جميع عبارات المحور تتسم بصدق الاتساق الداخلي حيث كانت جميع قيم معاملات الارتباط بين العبارات والمحور معنوية ومساوية لـ (٠,٤) باستثناء العبارات (أفضل أنواع كثيرة من الطعام في المرة الواحدة، أهتم جداً بالأكل، أتناول الطعام عندما أشعر بالجوع، أجبر نفسي على تناول وجبات منتظمة على مدار اليوم، أتناول وجبة

= (٢٨٢): الدجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢١ ج ٢ المجلد (٣٣) - أكتوبر ٢٠٢٣ =

كبيرة ذات كميات كافية من الطعام في المرة الواحدة، أمارس بعض الالعاب الرياضية) حيث كانت قيمة معامل ارتباط بيرسون أقل من (٠,٤) مما يستوجب حذفها من المحور أثناء إجراء التحليل.

جدول (١٠): صدق الاتساق الداخلي لمحور الأعراض المعرفية للمراهقين

معامل الارتباط	العبارات
.443**	أرفض الأكل بسبب معلومات خاطئة عن بعض الأطعمة
.545**	انظم انفعالاتي بطريقة يمكن تقبلها اجتماعياً
.486**	أرى قدرتي على تذكر العلاقات المكانية جيدة
.571**	أتحكم في تأخير ردود فعلي العفوية حسب الحاجة
.489**	أستطيع اتخاذ القرار في الوقت المناسب

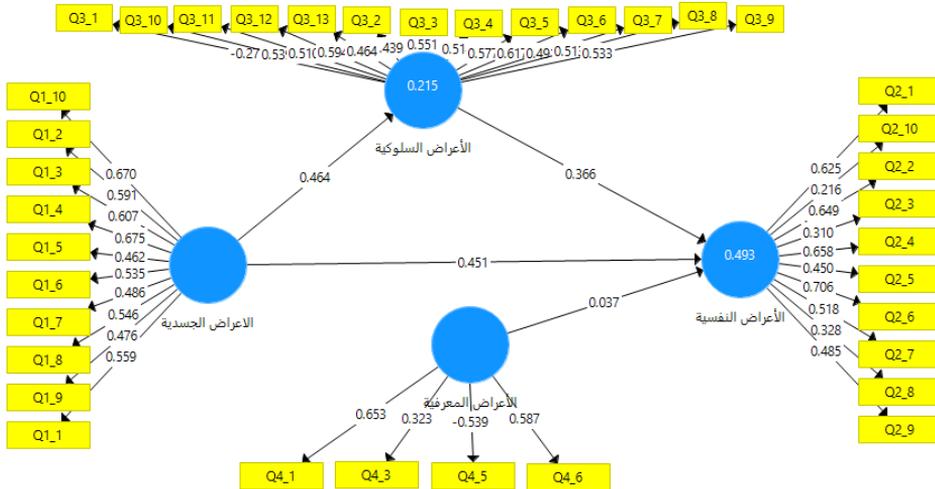
**معامل الارتباط معنوي عند مستوي دلالة ٠,٠٥

جدول (١٠) وضح أن جميع عبارات المحور تنتم بصدق الاتساق الداخلي حيث كانت جميع قيم معاملات الارتباط بين العبارات والمحور معنوية ومساوية لـ (٠,٤) فأكثر. باستثناء العبارات (أعاني من صعوبة في التركيز والتحصيل، أركز علي الشئ الخاطئ وليس علي ماهو مطلوب) حيث كانت قيمة معامل ارتباط بيرسون أقل من (٠,٤) مما يستوجب حذفها من المحور أثناء إجراء التحليل.

الصدق العاملي

اعتمدت الباحثة على استخدام التحليل العاملي التوكيدي للتحقق من الصدق البنائي للعبارات. حيث يكون للعبارة صدق بنائي بدرجة مقبولة إذا كانت قيم التحميلات (Factor Loadings) للعبارة (٠,٣) فأكثر.

(١) الأطفال:



شكل (١): التحليل العاملي التوكيدي لمحاور مقياس الأطفال

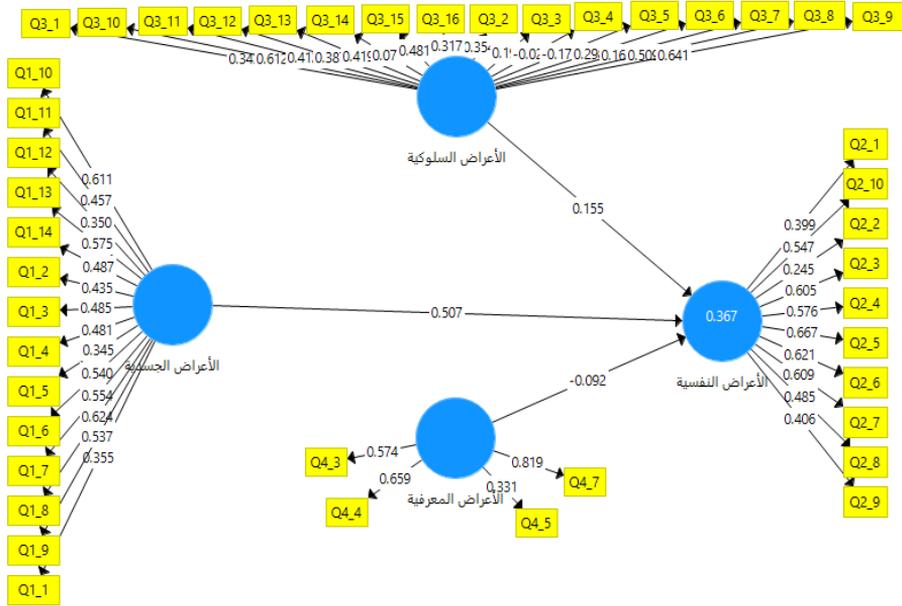
== إنتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية . ==

جدول (١١): الصدق البنائي لمحاور مقياس الأطفال

العبارات	الأعراض السلوكية	الأعراض المعرفية	الأعراض النفسية	الأعراض الجسدية
Q1_1				0,559
Q1_2				0,591
Q1_3				0,607
Q1_4				0,675
Q1_5				0,462
Q1_6				0,535
Q1_7				0,486
Q1_8				0,546
Q1_9				0,476
Q1_10				0,670
Q2_1			0,625	
Q2_2			0,649	
Q2_3			0,310	
Q2_4			0,658	
Q2_5			0,450	
Q2_6			0,706	
Q2_7			0,518	
Q2_8			0,328	
Q2_9			0,485	
Q3_1	0,439			
Q3_2	0,551			
Q3_3	0,514			
Q3_4	0,577			
Q3_5	0,617			
Q3_6	0,491			
Q3_7	0,513			
Q3_8	0,533			
Q3_9	0,539			
Q3_10	0,510			
Q3_11	0,594			
Q3_12	0,464			
Q4_1		0,653		
Q4_3		0,323		
Q4_5		-0,539		
Q4_6		0,587		

من الجدول السابق يمكننا ملاحظة أن عبارات كل محور من محاور الدراسة لديها صدق بنائي حيث أن قيم التشبعات (Factor Loadings) لها جميعها أعلى من (٠,٣) باستثناء العبارة (q2_10) في المحور الثاني (الأعراض النفسية) والعبارة (q3_1) في المحور الثالث (الأعراض السلوكية) والعبارات (q4_7), (q4_4), (q4_2) في المحور الرابع (الأعراض المعرفية) حيث كانت قيم التشبعات لها أقل من ٠,٣ مما يستوجب حذفها من المحاور أثناء إجراء التحليل.

(٢) المراهقين:



شكل (٢): التحليل العائلي التوكيدي لمحاور مقياس المراهقين
جدول (١٢): الصدق البنائي لمحاور مقياس المراهقين

العبارات	الأعراض الجسدية	الأعراض السلوكية	الأعراض المعرفية	الأعراض النفسية
Q1_1	0,355			
Q1_2	0,435			
Q1_3	0,485			
Q1_4	0,481			
Q1_5	0,345			
Q1_6	0,540			
Q1_7	0,554			
Q1_8	0,624			
Q1_9	0,537			
Q1_10	0,611			
Q1_11	0,457			
Q1_12	0,350			
Q1_13	0,575			
Q1_14	0,487			
Q2_1	0,399			
Q2_2	0,300			
Q2_3	0,605			
Q2_4	0,576			
Q2_5	0,667			
Q2_6	0,621			
Q2_7	0,609			
Q2_8	0,485			
Q2_9	0,406			
Q2_10	0,547			
Q3_1		0,343		

انتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية .

العبارات	الأعراض الجسدية	الأعراض السلوكية	الأعراض المعرفية	الأعراض النفسية
Q3_2		0,354		
Q3_3		0,509		
Q3_4		0,641		
Q3_5		0,612		
Q3_6		0,412		
Q3_7		0,387		
Q3_8		419 و0		
Q3_9		0,481		
Q3_10		0,317		
Q4_11			0,574	
Q4_12			0,659	
Q4_13			0,331	
Q4_14			0,819	

من الجدول السابق يمكننا ملاحظة أن عبارات كل محور من محاور الدراسة لديها صدق بنائي حيث أن قيم التشبعات (Factor Loadings) لها جميعها أعلى من ٠,٣ باستثناء العبارات (أفضل أنواع كثيرة من الطعام في المرة الواحدة، أهتم جداً بالأكل، أتناول الطعام عندما أشعر بالجوع، أجبر نفسي على تناول وجبات منتظمة على مدار اليوم، أتناول وجبة كبيرة ذات كميات كافية من الطعام في المرة الواحدة، أمارس بعض الألعاب الرياضية) في المحور الثالث حيث كانت قيم التشبعات لها أقل من (٠,٣) مما يستوجب حذفها من المحاور أثناء إجراء التحليل.

• النتائج والمناقشة.

١. ما درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد لدى عينة الدراسة من

الأطفال والمراهقين بمحافظة كفر الشيخ؟

اعتمدت الباحثة على التكرارات والنسب المئوية في تحديد نسب الانتشار للإصابة بالمرض وللبينات الديموغرافية الأخرى مثل النوع و محل الإقامة والسن.

جدول (١٣) نسب الانتشار للإصابة بالمرض وللبينات الديموغرافية الأخرى

المتغيرات	القطاعات	الأطفال		البالغين	
		النسبة	العدد	النسبة	العدد
الإصابة	مصاب	٣٩,١%	٤٧٣٢	٣٨,٢%	٤٦٨٢
	غير مصاب	٦٠,٩%	٧٣٨١	٦١,٥%	٧٤٨٢
	الإجمالي	١٠٠,٠%	١٢١١٣	١٠٠,٠%	١٢١٦٤
النوع	ذكر	٤٩,٣%	٥٩٦٦	٣٤,٦%	٤٢١٢
	أنثى	٥٠,٧%	٦١٤٧	٦٥,٤%	٧٩٥٢
	الإجمالي	١٠٠%	١٢١١٣	١٠٠%	١٢١٦٤
المركز	سيدي سالم	٧,٣%	٨٨٨	٦,٥%	٧٩٣
	كفر الشيخ	٣٩,٢%	٤٧٤٧	٣٩,٤%	٤٧٩٥
	قلين	٨,٤%	١٠١٤	٨,٤%	١٠٢٠
	مطويس	١,٩%	٢٣٥	١,٩%	٢٢٨
	فوه	٣,١%	٣٧٩	٢,٩%	٣٥٧
	الحامول	٥,٧%	٦٨٧	٥,٨%	٧٠٧
	دسوق	١٥,٧%	١٨٩٨	١٥,٦%	١٨٩٦
	بيلا	٩,٢%	١١٠٩	٩,٢%	١١١٩
	بلطيم	٣,٥%	٤٢١	٣,٤%	٤١٢
	البرلس	٢,٤%	٢٩٤	٢,٤%	٢٨٧

الرياض	٤٤١	٣,٦%	٤٥٠	٣,٧%
سيدي غازي	٠	٠,٠%	١٠٠	٠,٨%
الإجمالي	١٢١١٣	١٠٠%	١٢١٦٤	١٠٠%
٥ سنوات	٢١٢٩	١٧,٦%	٠	٠,٠%
6 سنوات	٢٠٣٧	١٦,٨%	٠	٠,٠%
7 سنوات	٢٢٣٢	١٨,٤%	٠	٠,٠%
8 سنوات	٢٤٤٧	٢٠,٢%	٠	٠,٠%
9 سنوات	٣٢٦٨	٢٧,٠%	٠	٠,٠%
10 سنوات	٠	٠,٠%	٤٧١	٣,٩%
11 سنوات	٠	٠,٠%	٦٢٦	٥,١%
12 سنوات	٠	٠,٠%	٩٣٢	٧,٧%
13 سنوات	٠	٠,٠%	١٠٩٥	٩,٠%
14 سنوات	٠	٠,٠%	١١٠٢	٩,١%
15 سنوات	٠	٠,٠%	١٣٩١	١١,٤%
16 سنوات	٠	٠,٠%	١٦٠٥	١٣,٢%
17 سنوات	٠	٠,٠%	١٦٨٥	١٣,٩%
18 سنوات	٠	٠,٠%	٣٢٥٧	٢٦,٨%
الإجمالي	١٢١١٣	١٠٠%	١٢١٦٤	١٠٠%

من جدول (١٣) يتضح أن ٣٩,١% من عينة الدراسة من فئة الأطفال مصابون بالمرض بينما ٣٨,٢% من عينة البالغين مصابين. ٤٩,٣% من عينة الأطفال ذكور، بينما ٣٣,٨% من عينة البالغين من الإناث. ٣٩,٢% من عينة الأطفال من مركز كفر الشيخ، بينما ٣٩,٤% من عينة البالغين من مركز كفر الشيخ. ٢٧% من عينة الأطفال عمرهم ٩ سنوات، بينما ١٣,٤% من عينة البالغين عمرهم ١٨ سنة.

ينص الفرض الثاني على: "توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد يعزي الى النوع".

اعتمدت الباحثة على اختبار T لمجموعتين مستقلتين في دراسة الفروق في ظهور أعراض المرض تبعاً لمتغير النوع. بينما اعتمدت على اختبار F (تحليل التباين الأحادي ANOVA) في دراسة الفروق في ظهور أعراض المرض تبعاً لمتغير النوع.

جدول (١٤) الفروق في ظهور اعراض الاضطراب لدى الاطفال تبعاً لمتغير النوع

الأعراض	النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت	المعنوية
الأعراض الجسدية	ذكر	5966	1.706	0.384	-2.039	0.0415
	أنثى	6147	1.720	0.387		
الأعراض النفسية	ذكر	5966	1.656	0.374	5.7458	0.0001
	أنثى	6147	1.617	0.377		
الأعراض السلوكية	ذكر	5966	1.991	0.387	-1.396	0.1626
	أنثى	6147	2.001	0.377		
الأعراض المعرفية	ذكر	5966	1.828	0.429	-6.323	0.0001
	أنثى	6147	1.877	0.434		
أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ المقيد	ذكر	5966	1.795	0.271	-1.754	0.0795
	أنثى	6147	1.804	0.268		

== إنتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية . ==
من جدول (١٤) يتضح عدم وجود فروق ذو دلالة إحصائية في الأعراض السلوكية وأعراض
تضطراب الطعام التجنبي /المقيد ككل تبعاً للنوع حيث كانت قيم المعنوية (٠,٠٧, ٠٠,١٦, ٠٠,٠٥)
وهي أكبر من ٠,٠٥. هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الجسدية والنفسية
والمعرفية تبعاً للنوع حيث كانت قيم المعنوية (٠,٠٤, ٠٠,٠٠١, ٠٠,٠٠١) وهي أقل من
٠,٠٥.

جدول (١٥): مقارنة أعراض المرض للمراهقين تبعاً للنوع

المعنوية	قيمة اختبار ت	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	النوع	الأعراض
0.0001	-23.8	0.365	1.606	4212	ذكر	الأعراض الجسدية
		0.355	1.770	7952	أنثي	
0.0001	-11.4	0.357	1.590	4212	ذكر	الأعراض النفسية
		0.358	1.668	7952	أنثي	
0.0001	-9.6	0.360	1.904	4212	ذكر	الأعراض السلوكية
		0.359	1.970	7952	أنثي	
0.005	2.8	0.474	2.099	4212	ذكر	الأعراض المعرفية
		0.461	2.074	7952	أنثي	
0.0001	-15.3	0.246	1.800	4212	ذكر	أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ المقيد
		0.240	1.870	7952	أنثي	

من الجدول السابق يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الجسدية والنفسية
والسلوكية والمعرفية وأعراض اضطراب الطعام التجنبي /المقيد ككل تبعاً للنوع حيث كانت
قيم المعنوية (٠,٠٠٠١, ٠٠,٠٠٠١, ٠٠,٠٠٥, ٠٠,٠٠٠١) وهي أقل من ٠,٠٥.

وجدت دراسة (Ghafoori et al.,2015) أن الفتيات أكثر عرضة للإصابة بالأعراض النفسية
لإضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد من الأولاد. كما وجدت الدراسة أن الفتيات أكثر عرضة
للشعور بالاكتئاب والقلق واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية. كما أجريت دراسة
(Vanderlinden et al.,2016) أن الفتيات أكثر عرضة للإصابة بالأعراض السلوكية
لإضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد للمشاركة في سلوكيات تحكم الوزن، مثل القيء القهري
واستخدام المليينات والحقن. وأن الفتيات أكثر عرضة للانسحاب من الأنشطة الاجتماعية
والشعور بالذنب والعار، وأن الذكور المصابين باضطراب الطعام التجنبي أو المقيد أكثر
عرضة للإصابة باضطرابات النوم واضطرابات التحكم في الانفعالات من الإناث، والذكور
أكثر عرضة للإصابة بسوء التغذية واضطرابات السلوك الغذائي من الإناث. وجدت دراسة
(Tanofsky-Kraff et al.,2017) أن الفتيات أكثر عرضة للإصابة بالأعراض الجسدية
لإضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد يتضح في نقص الوزن والسمنة ومشكلات الأسنان
والمشكلات الهضمية، وأن الذكور المصابين باضطراب الطعام التجنبي أو المقيد أكثر عرضة

= (٢٨٨) = الدجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢١ ج ٢ المجلد (٣٣) - أكتوبر ٢٠٢٣ ==

للإصابة بانخفاض الوزن وانخفاض قوة العضلات وانخفاض الكتلة العضلية من الإناث. كما وجدت الدراسة أن الفتيات أكثر عرضة للشعور بالتعب والضعف والإرهاق. وجدت دراسة (Klump et al.,2018) أن الفتيات أكثر عرضة لأفكار التشويه الجسمي واضطرابات الأكل الوسواس القهري. كما وجدت الدراسة أن الفتيات أكثر عرضة للشعور بالضيق وعدم القيمة وهو ما يعبر عن الأعراض المعرفية.

وجدت بعض الدراسات أن هناك بعض الفروق في ظهور الأعراض النفسية والسلوكية والجسدية والمعرفية لإضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد تبعاً للذكور والإناث. على سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات أن الإناث أكثر عرضة من الذكور للإصابة بأعراض الاكتئاب والقلق واضطرابات الشخصية. كما وجدت الدراسة أن الإناث أكثر عرضة من الذكور لممارسة السلوكيات التعويضية، مثل القيء والإسهال وتناول المليينات. من المهم ملاحظة أن هذه الدراسات هي دراسات رصدية، مما يعني أنها لا يمكنها إثبات وجود علاقة سببية بين العوامل المختلفة وظهور الأعراض. ومع ذلك، فإن هذه الدراسات تشير إلى أن هناك بعض الفروق في ظهور الأعراض النفسية والسلوكية والجسدية والمعرفية لإضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد تبعاً للذكور والإناث (Schmidt, Treasure & Williams,2007; Thompson & Smolak,2001).

ينص الفرض الثالث: "توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد يعزى الى المركز".

جدول (١٦): مقارنة أعراض المرض للأطفال تبعاً للمركز

الأعراض	المركز	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة اختبار F	المعنوية
الأعراض الجسدية	سيدي سالم	888	1.746	0.412	3.8	0.0001
	كفر الشيخ	4747	1.706	0.378		
	قلين	1014	1.691	0.381		
	مطويس	235	1.719	0.363		
	فوه	379	1.739	0.390		
	الحامول	687	1.741	0.383		
	دسوق	1898	1.737	0.386		
	بيلا	1109	1.675	0.394		
	بلطيم	421	1.724	0.370		
	البرلس	294	1.702	0.454		
	الرياض	441	1.683	0.375		
	الإجمالي	12113	1.713	0.386		
الأعراض النفسية	سيدي سالم	888	1.687	0.400	5.1	0.0001
	كفر الشيخ	4747	1.625	0.369		
	قلين	1014	1.641	0.383		
	مطويس	235	1.625	0.330		
	فوه	379	1.671	0.385		
	الحامول	687	1.641	0.367		
	دسوق	1898	1.660	0.392		

انتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية .

		0.371	1.590	1109	بيلا	
		0.363	1.649	421	بلطيم	
		0.386	1.632	294	البرلس	
		0.342	1.606	441	الرياض	
		0.376	1.636	12113	الإجمالي	
0.0001	4.23	0.414	2.013	888	سيدي سالم	الأعراض السلوكية
		0.373	1.992	4747	كفر الشيخ	
		0.375	1.973	1014	قلين	
		0.373	1.966	235	مطوبس	
		0.388	1.997	379	فوه	
		0.380	2.029	687	الحامول	
		0.379	1.995	1898	دسوق	
		0.389	1.961	1109	بيلا	
		0.377	2.056	421	بلطيم	
		0.397	2.067	294	البرلس	
		0.406	2.005	441	الرياض	
		0.382	1.996	12113	الإجمالي	
		0.0001	3.34	0.453	1.826	
0.430	1.841			4747	كفر الشيخ	
0.439	1.847			1014	قلين	
0.420	1.849			235	مطوبس	
0.409	1.849			379	فوه	
0.444	1.908			687	الحامول	
0.418	1.880			1898	دسوق	
0.427	1.838			1109	بيلا	
0.416	1.903			421	بلطيم	
0.454	1.844			294	البرلس	
0.460	1.853			441	الرياض	
0.432	1.853			12113	الإجمالي	
0.0001	5.49			0.296	1.818	888
		0.265	1.791	4747	كفر الشيخ	
		0.277	1.788	1014	قلين	
		0.248	1.790	235	مطوبس	
		0.267	1.814	379	فوه	
		0.263	1.829	687	الحامول	
		0.265	1.818	1898	دسوق	
		0.274	1.766	1109	بيلا	
		0.254	1.833	421	بلطيم	
		0.279	1.811	294	البرلس	
		0.265	1.787	441	الرياض	
		0.269	1.799	12113	الإجمالي	

من جدول (١٦) يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الجسدية والنفسية والسلوكية والمعرفية وأعراض اضطراب الطعام التجنبي/ المقيد ككل تبعاً للمركز محل الإقامة حيث كانت قيم المعنوية (٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١) وهي أقل من ٠,٠٥ .

جدول (١٧): مقارنة أعراض المرض للبالغين تبعاً للمركز

المعنوية	قيمة اختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المركز	الأعراض
0.006	2.3	0.379	1.702	793	سيدي سالم	الأعراض الجسدية
		0.368	1.707	4795	كفر الشيخ	
		0.356	1.718	1020	قلين	
		0.381	1.705	228	مطوبس	
		0.362	1.773	357	فوه	
		0.362	1.688	707	الحامول	
		0.354	1.717	1896	دسوق	
		0.372	1.741	1119	بيلا	
		0.351	1.715	412	بلطيم	
		0.406	1.730	287	البرلس	
		0.368	1.699	450	الرياض	
		0.406	1.647	100	سيدي غازي	
				0.367	1.713	
0.0001	4.2	0.361	1.613	793	سيدي سالم	الأعراض النفسية
		0.370	1.655	4795	كفر الشيخ	
		0.357	1.626	1020	قلين	
		0.350	1.536	228	مطوبس	
		0.372	1.701	357	فوه	
		0.322	1.636	707	الحامول	
		0.340	1.631	1896	دسوق	
		0.361	1.645	1119	بيلا	
		0.332	1.629	412	بلطيم	
		0.377	1.648	287	البرلس	
		0.369	1.632	450	الرياض	
		0.394	1.616	100	سيدي غازي	
				0.359	1.641	
0.0001	4.4	0.384	1.925	793	سيدي سالم	الأعراض السلوكية
		0.361	1.930	4795	كفر الشيخ	
		0.353	1.954	1020	قلين	
		0.363	2.024	228	مطوبس	
		0.338	1.970	357	فوه	
		0.359	1.979	707	الحامول	
		0.351	1.947	1896	دسوق	
		0.356	1.950	1119	بيلا	
		0.368	2.010	412	بلطيم	

انتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية .

		0.384	1.979	287	البرلس	
		0.367	1.962	450	الرياض	
		0.378	1.983	100	سيدي غازي	
		0.361	1.947	12164	الإجمالي	
0.0001	3.2	0.497	2.067	793	سيدي سالم	الأعراض المعرفية
		0.463	2.079	4795	كفر الشيخ	
		0.444	2.086	1020	قلين	
		0.482	2.169	228	مطوبس	
		0.481	1.993	357	فوه	
		0.479	2.094	707	الحامول	
		0.457	2.100	1896	دسوق	
		0.465	2.064	1119	بيلا	
		0.494	2.086	412	بلطيم	
		0.475	2.159	287	البرلس	
		0.440	2.072	450	الرياض	
		0.433	2.063	100	سيدي غازي	
		0.466	2.083	12164	الإجمالي	
0.16	1.4	0.262	1.827	793	سيدي سالم	أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ المقيد
		0.250	1.843	4795	كفر الشيخ	
		0.240	1.846	1020	قلين	
		0.242	1.858	228	مطوبس	
		0.236	1.859	357	فوه	
		0.238	1.849	707	الحامول	
		0.230	1.849	1896	دسوق	
		0.241	1.850	1119	بيلا	
		0.217	1.860	412	بلطيم	
		0.286	1.879	287	البرلس	
		0.242	1.841	450	الرياض	
		0.286	1.827	100	سيدي غازي	
		0.245	1.846	12164	الإجمالي	

من جدول (١٧) يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الجسدية والنفسية والسلوكية والمعرفية تبعاً للمركز محل الإقامة حيث كانت قيم المعنوية (٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١) وهي أقل من ٠,٠٥. بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اضطراب الطعام التجنبي/المقيد ككل تبعاً للمركز محل الإقامة حيث كانت قيمة المعنوية ٠,١٦ و هي أكبر من ٠,٠٥.

الأعراض النفسية: أن الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والقلق واضطرابات القلق الاجتماعي من الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الحضرية. والإصابة باضطرابات الشخصية من الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الحضرية. الأعراض السلوكية: أن الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية أكثر عرضة للإصابة بسوء التغذية واضطرابات السلوك الغذائي من الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الحضرية. وأن الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية أكثر عرضة للإصابة باضطرابات النوم واضطرابات التحكم في الانفعالات من الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الحضرية. الأعراض الجسدية: أن الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية أكثر عرضة للإصابة بانخفاض الوزن وانخفاض قوة العضلات وانخفاض الكتلة العضلية من الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الحضرية. و أكثر عرضة للإصابة بمشاكل في الجهاز الهضمي ومشاكل في الأسنان من الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الحضرية. الأعراض المعرفية: أن الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية أكثر عرضة للإصابة بأفكار سلبية حول الجسم وأفكار الاضطهاد من الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الحضرية. والإصابة بضعف التركيز وضعف الذاكرة من الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الحضرية (American Psychiatric Association,2013; Fairburn, Cooper, Shafran & Wilson,2008; Schmidt, Treasure & Williams,2007).

ينص الفرض الرابع على: "توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد يعزى الى المجموعة".

جدول (١٨): مقارنة أعراض المرض تبعاً للمجموعة

المعنوية	قيمة اختبار ت	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المجموعة	الأعراض
0.937	-0.08	0.39	1.71	12113	الأطفال	الأعراض الجسدية
		0.37	1.71	12164	البالغين	
0.308	-1.02	0.38	1.64	12113	الأطفال	الأعراض النفسية
		0.36	1.64	12164	البالغين	
0.0001	10.23	0.38	2.00	12113	الأطفال	الأعراض السلوكية
		0.36	1.95	12164	البالغين	
0.0001	-39.82	0.43	1.85	12113	الأطفال	الأعراض المعرفية
		0.47	2.08	12164	البالغين	
0.0001	-14.08	0.27	1.80	12113	الأطفال	أعراض اضطراب الطعام التجنبي/ المقيد
		0.24	1.85	12164	البالغين	

من جدول (١٨) يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور الأعراض الجسدية والنفسية تبعاً للمجموعة (الأطفال / البالغين) حيث كانت قيمة المعنوية (٠,٣٠٨, ٠٠,٩٣٧) وهي أكبر من ٠,٠٥. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض السلوكية والمعرفية

== إنتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية . ==
 واضطراب الطعام التجنبي/ المقيد ككل تبعاً للمجموعة (الأطفال / البالغين) حيث كانت قيم المعنوية (٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١) وهى أقل من ٠,٠٥ .

- دراسة أجريت في عام (٢٠٠٨) على (١٢٥٠) طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٢ و ١٧ عاماً وجدت أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والقلق واضطرابات القلق الاجتماعي من الأطفال الذين لا يعانون من اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد. كما وجدت الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد أكثر عرضة لانخفاض احترام الذات وضعف الأداء المدرسي (Fairburn, Cooper, Shafran & Wilson, 2008).

- بينما دراسة أجريت في عام (٢٠٠٧) على (٥٠٠) بالغاً يعانون من اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد وجدت أن البالغين المصابين باضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والقلق واضطرابات القلق الاجتماعي من البالغين الذين لا يعانون من اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد. كما وجدت الدراسة أن البالغين المصابين باضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد أكثر عرضة لانخفاض احترام الذات وضعف الأداء الوظيفي (Schmidt, Treasure & Williams, 2007).

ينص الفرض الخامس على: "توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة انتشار اضطراب الطعام التجنبي/ أو المقيد يعزى الى لمدة الإصابة".

استخدمت الباحثة اختبار مربع كاي (Chi-Square) للمقارنة بين أعراض الإصابة بالمرض بين الأطفال والبالغين بحيث يكون المتغير الوصفي هو الإصابة بالأعراض (مصاب، غير مصاب) والمتغير الوصفي الآخر هو المجموعة (الأطفال، البالغين).

جدول (١٩): مقارنة أعراض المرض بين الأطفال والبالغين تبعاً للإصابة

قيمة اختبار مربع كاي	المجموعة				الإصابة	الأعراض
	البالغين		الأطفال			
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار		
14.06*	4.7%	577	5.8%	705	مصاب	الجسدية
	95.3%	11587	94.2%	11408	غير مصاب	
	100.0%	12164	100.0%	12113	الإجمالي	
56.25*	3.9%	471	6.0%	721	مصاب	النفسية
	96.1%	11693	94.0%	11392	غير مصاب	
	100.0%	12164	100.0%	12113	الإجمالي	
378.17*	13.5%	1639	23.1%	2801	مصاب	السلوكية
	86.5%	10525	76.9%	9312	غير مصاب	
	100.0%	12164	100.0%	12113	الإجمالي	
226.4*	26.4%	3213	18.4%	2224	مصاب	المعرفية
	73.6%	8951	81.6%	9889	غير مصاب	
	100.0%	12164	100.0%	12113	الإجمالي	

*معنوي عند مستوي دلالة ٠,٠٥

من جدول (١٩) يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإصابة بالأعراض الجسدية والنفسية والسلوكية والمعرفية تبعاً للإصابة حيث كانت قيم المعنوية (٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١، ٠,٠٠٠١) وهي أقل من ٠,٠٥.

المراجع.

أولاً: المراجع العربية:

- سناء العواضي, و عبد الله المهنا (٢٠١٩). *الكتاب العربي لإضطرابات الأكل*. القاهرة: دار الفارابي.
- عبد اللطيف عبد الباقي, علاء الدين علام، وأحمد علام (٢٠٢٢). *اضطرابات الأكل: دليل شامل*. القاهرة، مصر: دار النشر للجامعات.
- محمد السيد عبد اللطيف، و عبد اللطيف عبد الباقي (٢٠٢٠). *اضطرابات الأكل: التشخيص والعلاج*. القاهرة، مصر: دار النشر للجامعات.

ثانياً: المراجع الإنجليزية:

- Dinkler L., Lovell K., Eitoku M., Fujieda M., Suganuma N., Hatakenaka Y., Hadjikhani N., Waugh R., Rastam M., Gillberg C. (2022). Development of a parent-reported screening tool for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): Initial validation and prevalence in 4-7-year-old Japanese children. *Appetite*, 168,105735.
- Eddy K., Thomas J., Hastings E., Edkins K., Lamont E., Nevins C., Patterson R., Murray H., Waugh R. & Becker A. (2015). Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *The International journal of eating disorders*, 48(5), 464-70.
- Fink M., Simons M., Tomasino K., Pandit A. & Taft T. (2022). When Is Patient Behavior Indicative of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) Vs Reasonable Response to Digestive

== إنتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية . ==

Disease?. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 20(6), 1241-1250.

Gormez A., Kilic A. & Kirpina I. (2018). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: An Adult Case Responding to Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Case Studies*, 17(6), 1-10.

Hana F., Helen B. & Hilary E. (2019). Characteristics of outpatients diagnosed with the selective/ neophobic presentation of avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 367-377.

Harshman S., Wons O., Rogers M. (2019). A diet high in processed foods, total carbohydrates and added sugars, and low in vegetables and protein is characteristic of youth with avoidant/restrictive food intake disorder. *Nutrients*, 11(9).

Hilbert A., Zenger M., Eichler J., Braehler E. (2020). Psychometric evaluation of the Eating Disorders in Youth-Questionnaire when used in adults: Prevalence estimates for symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder and population norms. *The International journal of eating disorders*, 54(3), 399-408.

Loney S., Zickgraf H., Ornstein R., Mahr F., Essayli J. (2022). A Cognitive-Behavioral Family-Based Protocol for the Primary Presentations of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Case Examples and Clinical Research Findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(2), 318-334.

Norris M., Spettigue W. & Katzman D. (2016). Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12:213.

Thomas J. & Eddy K. (2019). *Cognitive-Behavioural Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Children, Adolescents, & Adults*. Cambridge: Cambridge University Press.

Waugh R. (2019). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 557-565.

= (٢٩٦) = الدجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢١ ج ٢ المجلد (٣٣) - أكتوبر ٢٠٢٣ =

Prevalence and Evaluation of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Symptoms in Relation to Demographic Variables Among Children and Adolescents

Dalia Mohamed Khattab

Assistant Professor of Clinical Psychology

Faculty of Arts, Kafr El-Sheikh University

summary.

Objective: The study aimed to estimate and evaluate the prevalence of avoidant/restrictive eating disorder among children and adults in Kafr El-Sheikh Governorate in light of demographic data and based on the diagnostic criteria of (DSM-5). **Method:** The study sample consisted of (24,277) children and adolescents. The application was done electronically via Google Form. The sample was divided into two groups. The first group: consisted of (12,113) children whose ages ranged between (5: 11) years, and the second group: consisted of (12,164) adolescents whose ages ranged from (12: 18) years. The avoidant/restrictive eating disorder scale was used to estimate and evaluate the prevalence rates in (12) centers in Kafr El-Sheikh Governorate. **Results:** The results showed: First: The prevalence of avoidant/restrictive eating disorder for children (66.4%) is (49.3%) among males and (50.7%) among females, as for adolescents (66.2%) (34.6%) among males and (65.4%) among females. Second: There are statistically significant differences in the physical, psychological, cognitive, and behavioral symptoms of avoidant/restrictive eating disorder according to the center and group (children and

■ ■ إنتشار وتقييم أعراض اضطراب الطعام التجنبي / أو المقيد في ضوء المتغيرات الديموغرافية . ■ ■
adolescents), according to the gender in adolescents, and
according to the duration of the infection in children, with the
exception of cognitive symptoms in adolescents.

■ ■ (٢٩٨) = الدجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢١ ج ٢ المجلد (٣٣) - أكتوبر ٢٠٢٣ ■ ■